

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Nutriční screening jako indikátor kvality ošetrovatelské péče

Diplomová práce

Vedoucí bakalářské práce:
Mgr. Marie Schusterová

Autor práce:
Bc. Klára Lenková

2010

Abstract

Proper nutrition is essential for every human being, whether healthy or sick. Nutrition is, according to associate docent Kohout, one of the areas that is most neglected in health and social facilities in the Czech Republic.

Standardized nutritional care should be established in all hospitals, representing a comprehensive nutritional and qualified solution for clients/patients. The standardized nutritional care involves systematic assessment of nutritional status of a client/patient and a search for clients/patients at nutritional risk. It further includes an appropriate diet according to the needs and capabilities of a client/patient and timely provision of adequate nutritional support to clients/patients who were identified as nutritionally at risk. Finally, standardized nutritional care also includes monitoring and documenting the effects of nutritional therapy, because the effect of individual measures cannot be monitored without proper documentation.

The objective is to monitor the process of identification, evaluation and implementation of actions to ensure nutritional care in selected medical facilities from the perspective of the senior nursing management. Another objective is to map how significant quality indicator this is and what problems are seen in creating and maintaining a standard situation.

Data collection was carried out by an interviewing technique using questionnaires. Respondents were from hospitals in the Czech Republic where we addressed the members of their senior nursing management.

H1 “The hospitals use established control mechanisms to find out about the nutritional status of compliance with established standards of nutritional care” has been confirmed. H2 “Nutritional screening is performed by nurses on all clients/patients at reception” has been confirmed. H3 “Nutritional screening during hospitalization is repeated only in clients/patients at risk” has been confirmed. H4 “Nurses develop nutritional screening within the cooperation of nurses with a nutritional therapist in the provision of standardized nutrition care” has been confirmed, and H5 “The results of

nutritional screening are used by nurses as the basis for the saturation of clients'/patients' nutritional requirements" has also been confirmed.

The second objective was to map how significant quality indicator this is and what problems are seen in creating and maintaining a standard situation.

The performance of nutritional screening has become the second most important quality indicator according to the research. As for the problems seen by respondents in relation to creating and maintaining a standard situation, it can be said, on the basis of the research results, that the biggest problems in creating and maintaining a standard situation is the lack of personnel, economic demands and approach of the personnel, their reluctance and disinterest.

We attempted to explore the process of identification, evaluation and implementation of actions to ensure nutritional care in selected medical facilities from the perspective of the senior nursing management and then, based the results, to suggest ways of potential improvement of the current situation in the field of clients'/patients' nutrition.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „*Nutriční screening jako indikátor kvality ošetrovatelské péče*“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích

Podpis autora

.....

Poděkování

Ráda bych touto cestou vyjádřila své poděkování Mgr. Marii Schusterové a PhDr. Marii Trešlové PhD., za čas, trpělivost a všestrannou pomoc při vedení diplomové práce.

Obsah:

Úvod	3
1. Současný stav	5
1.1. Malnutrice	5
1.1.1 Definice a příčiny malnutrice	5
1.1.2 Rozdělení malnutrice	7
1.1.3 Klinické důsledky, rizika a komplikace malnutrice	9
1.1.4 Diagnostika malnutrice	10
1.2 Nutriční screening	11
1.2.1 Charakteristika screeningových nástrojů	12
1.3 Hodnocení stavu výživy – assessment	17
1.3.1 Výživová anamnéza	18
1.3.2 Fyzikální vyšetření	18
1.3.3 Antropometrická vyšetření a měření	19
1.3.4 Laboratorní a jiná vyšetření	20
1.4 Alternativní měřící metody	21
1.5 Nutriční podpora a její význam	22
1.5.1 Úloha sestry v zajištění a indikaci umělé výživy	24
1.5.2 Enterální výživa	26
1.5.3 Parenterální výživa	31
1.6 Organizace nutriční péče – nutriční tým a stupňovitá nutriční péče	35
1.7 Kvalita a indikátory kvality poskytované péče	38
2. Cíle práce a hypotézy	43
2.1 Cíle práce	43
2.2 Hypotézy	43
3. Metodika	44
3.1 Metodika práce	44
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	44
3.2 Statistická analýza	46

4. Výsledky výzkumného šetření	47
5. Diskuze	75
6. Závěr	89
7. Seznam použité literatury	91
8. Klíčová slova	98
9. Přílohy	99

Úvod

Správná výživa je nezbytná pro každého člověka, ať už zdravého, či nemocného. Výživa je ale podle docenta Kohouta ve zdravotnických i sociálních zařízeních v České republice jednou z oblastí, která bývá nejvíce podceňována a zanedbávána.

Ve všech nemocnicích by měla být zavedena standardizovaná nutriční péče, která představuje komplexní a kvalifikované řešení výživy klientů/pacientů. Standardizovaná nutriční péče zahrnuje systematické posuzování výživového stavu klienta/pacienta a vyhledávání klientů/pacientů v nutričním riziku. Dále zahrnuje odpovídající úpravu stravy podle potřeb a schopností klienta/pacienta a včasné zajištění odpovídající nutriční podpory pro klienty/pacienty, kteří byli identifikováni jako nutričně riziková. V neposlední řadě standardizovaná nutriční péče zahrnuje také sledování a dokumentování efektu nutriční léčby, protože bez řádně vedené dokumentace nelze sledovat efekt jednotlivých opatření (54).

Nutriční stav klienta/pacienta by měl být zjištěn pomocí nutričního screeningu ošetřující sestrou a nutriční terapeut by měl následně navrhnout nutriční intervenci, plán nutriční péče a zajistit jeho realizaci. Nutriční screening by pak měla sestra ve spolupráci s nutričním terapeutem provádět v pravidelných intervalech.

Za cíl diplomové práce si klademe zmapovat proces identifikace, vyhodnocení a provádění činností k zajištění nutriční péče ve vybraných zdravotnických zařízeních z pohledu vrcholového managementu ošetrovatelství. Také si klademe za cíl zmapovat, jak významným indikátorem kvality je nutriční screening a jaké problémy k vytvoření a udržení standardní situace vidí představitelé vrcholového managementu ošetrovatelství. Na základě výsledků pak navrhne řešení, jak by bylo možné stávající situaci v oblasti výživy vylepšit.

Toto téma mě zaujalo především proto, že ač jsem zdravotník, ale také budoucí magistra ošetrovatelství, o nutričním screeningu jsem do této doby slyšela velice málo.

Díky vypracování této práce jsem si uvědomila, jak je téma „Výživa“ velice široké a pro klienty/pacienty důležité. Na základě těchto poznatků domnívám, že je také nutností, aby vrcholový management ošetrovatelství zajistil edukaci zdravotníků

k této problematice, která by vedla ke zlepšení kvality a prevenci snížení poškození v souvislosti s výživou klientů/pacientů.

1. Současný stav

1.1 Malnutrice

Malnutrice je komplexní problém, který můžeme posuzovat jak ze strany medicínské, ošetrovatelské a organizační, tak ze strany ekonomické. Je závažným problémem u klientů/pacientů jak v nemocnici, tak v ústavech sociální péče a smutnou skutečností je, že se více pozornosti věnuje obezitě než tomu, že se řada klientů/pacientů nachází v podvyživeném stavu již v okamžiku přijetí do nemocnice. V průběhu hospitalizace se stav výživy mnohdy ještě zhorší a určité procento případů se také vyvine až v nemocnici jako iatrogenní malnutrice (25, 32, 34, 70, 81).

Počet klientů/pacientů v malnutrici se liší podle oddělení a podle diagnózy, se kterou do nemocnice přichází. Přibližně 50 % případů malnutrice se vyskytuje u geriatrických klientů/pacientů, 45 % u nemocných s chronickými respiračními chorobami, přibližně 80 % u nemocných se zánětlivým střevním onemocněním, asi 85 % u nemocných s nádorovým onemocněním a zhruba 65 % u nemocných v kritickém stavu (81). Následkem malnutrice pak dochází k prodloužení doby hospitalizace, ke zvýšení mortality, která souvisí s věkem, infekcí a diagnózou a ke zvyšování počtu komplikací u chirurgických i nechirurgických klientů/pacientů, což má za následek zvyšování nákladů na léčbu (34, 70).

Malnutrice vzniká hladověním. To znamená, že klient/pacient nepřijímá dostatečné množství energie a substrátů, k němuž mohou vést důsledky somatické, psychické nebo sociální (15).

1.1.1 Definice a příčiny malnutrice

Pojem malnutrice definují autoři několika způsoby. Zadák ve své publikaci definuje malnutrici jako patologický stav, který je způsobený nedostatkem

nebo nevyrovnaným příjmem živin (81). Velmi podobně definuje malnutrici také Lukáš, který uvádí, že je malnutrice (synonymum podvýživa) patologický stav, který je způsobený nedostatkem živin (42). Podle Zazuly je malnutrice neboli podvýživa definována jako porucha výživy, která je způsobena neadekvátním, anebo nedostatečným příjmem základních energetických substrátů vzhledem k potřebě organismu (82). Někteří autoři přiřazují k pojmu malnutrice jako synonymum pojem podvýživa. Musil ale ve své publikaci uvádí, že jsou v klinické praxi pojmy podvýživa a malnutrice často zaměňovány a jsou považovány právě za synonyma. Podle Musila tedy malnutricí rozumíme každou poruchu výživy ve smyslu plus (nadvýživa, nadváha, obezita), nebo mínus (podvýživa). A i při deficitu pouze jednoho prvku (např. železa, jódu, atd.) nebo vitamínu v lidském organismu, hovoříme o malnutrici (45). Charvát ve své publikaci uvádí, že je výraz malnutrice chápán především jako podvýživa, nikoli jako špatná výživa obecně, kterou bychom mohli použít také v souvislosti s nadměrným příjmem potravy (21). Malnutrici tedy nakonec definuje jako např. Zadák či Lukáš, a to tak, že je to patologický stav, který je způsobený nedostatkem živin (21). Jurašková uvádí definici malnutrice dle ESPEN Guidelines 2006, která zní následovně. Malnutrice je stav výživy, kdy deficit, ale i přebytek nebo nerovnováha energie, proteinů a ostatních nutričních složek způsobuje měřitelné vedlejší účinky na tkáň nebo formu těla (tvar, velikost, složení), jeho funkce a výsledný klinický stav (24). Nedostatek jednotlivých nutrientů (např. vitaminů) je nazýván karencí.

Pro potřebu v této diplomové práci bude definován pojem malnutrice (podvýživa) jako stav zhoršené výživy, který je důsledkem nedostatečné nebo nepřiměřené výživy, která následně vede k poklesu celkové tělesné hmotnosti, ztrátě tukové tkáně a komplexním metabolickým a somatickým změnám (25, 32, 66).

Příčinou malnutrice může být nedostatečný příjem živin, který je způsobený např. snížením chuti k jídlu, poruchami polykání, potravinovou alergií, odmítáním jídla z různých příčin (anorexie, chudoba, bolest), poruchami vědomí, ale také nedostatkem péče o stravování ze strany zdravotnického personálu apod.

Další příčinou malnutrice mohou být poruchy trávení (maldigestce), nebo poruchy vstřebávání (malabsorpce), které mohou být způsobeny gastrektomií, či pankreatobiliární insuficiencí. Poruchy resorbce mohou pak souviset s poruchami trávení, např. po operacích střeva pro idiopatický střevní zánět, celiakií, či při abusu projímadel apod. Příčinou malnutrice jsou ale také metabolické příčiny. Jedná se především o stavy spojené s hypermetabolismem (polytrauma, stavy po operacích, sepse, multiorgánové selhání apod.), ale také o chronické onemocnění dlouhodobě vyčerpávající organismus (renální insuficience, respirační insuficience, městnavá srdeční slabost, diabetes mellitus apod.) V neposlední řadě je příčinou také zvýšená spotřeba živin a energie, která je způsobena např. infekcemi, traumatem, sepsí, nádorovým onemocněním, pooperačními stavy či rekonvalescencí, a zvýšené ztráty, které jsou způsobeny např. střevními píštělemi, chronickými průjmy nebo zvracením (21, 32, 69).

1.1.2 Rozdělení malnutrice

Původně byla malnutrice rozdělena na malnutrici energetickou (marantický typ, kachexie, marasmus), proteinovou (kwashiorkor, izolovaná proteinová malnutrice) a proteinoenergetickou. V tomto případě můžeme energetickou malnutrici charakterizovat jako stav, při kterém lidský organismus nedostává dostatečné množství energie, a zásoby tělesného tuku jsou nízké, přičemž sérologické markery stavu výživy jsou v normě. Při proteinové malnutrici je naopak hladina nutričních proteinů v séru snížena. Malnutrice proteinoenergetická je kombinací jak malnutrice energetické, tak proteinové (32, 46).

Později se rozdělovala na malnutrici prostou (prosté hladovění) a malnutrici stresovou. Zde můžeme prostou malnutrici charakterizovat jako stav, při kterém je organismus na nízký energetický příjem adaptován, přičemž je energetický

výdej snížený. Při stresové malnutrici je lidský organismus vystaven působení stresu u kriticky nemocných klientů/pacientů a energetický výdej je vysoký (32).

Obecně ale můžeme malnutrici rozdělit na dva typy. Na marantický typ (marasmus, prosté hladovění), u kterého je příčinou dlouhodobé prosté hladovění s nedostatečným přívodem energie. Klienti/pacienti musí poté využívat svoje vnitřní zásoby energie (glykogen, tukové zásoby, svalová hmota) a postupným spotřebováváním vnitřních zásob energie následovně dochází ke klesání tělesné hmotnosti. Marantický typ malnutrice je tedy charakteristický především postupným symetrickým váhovým úbytkem, který vede ke kachexii. Tento typ malnutrice bývá u klientů/pacientů s psychiatrickými chorobami (mentální anorexie a bulimie, demence, apod.), nebo u starých klientů/pacientů, také u klientů/pacientů s defektním chrupem a špatnou zubní protézou, nebo u klientů/pacientů s onemocněním dutiny ústní, hltanu, jícnu, GIT, jater. Druhým typem je kwashiorkorový typ, kde je důležité rozlišit mechanismus vzniku. Malnutrice, která je způsobena převážně dlouhodobým chyběním bílkovin ve stravě, přičemž je příjem energie dostatečný, můžeme nazývat malnutricí proteinovou. S touto malnutricí se můžeme setkat např. u alkoholiků, těžké deprese, starých lidí či u skupin s odlišnými stravovacími návyky. Dalším mechanismem vzniku kwashiorkorového typu malnutrice bývá situace, kdy u podvyživeného klienta/pacienta nastoupí účinek katabolizujícího onemocnění, které je příčinou stresového hladovění. Tento typ se nazývá také jako Kwashiorkor-like malnutrice a rozvíjí se tedy při nedostatku bílkovin za stresových situací (46, 47, 81). Kwashiorkorový typ malnutrice se vyznačuje tvorbou otoků, takže klienti/pacienti nemusí hned na první pohled jevit známky malnutrice. U klientů/pacientů, kteří jsou hospitalizováni na jednotkách intenzivní péče (JIP), nebo na anesteziologicko-resuscitačních odděleních (ARO), se můžeme také často setkat s kombinací obou typů malnutrice. Jedná se o kombinovanou formu malnutrice, o tzv. marasmus-kwashiorkor. Marasmus a kwashiorkor představují extrémní případy podvýživy, kdy na jedné straně chybí dostatečný příjem energie a na straně druhé dostatečný příjem bílkovin. Mezi marazmem a

kwashiorkorem ale existuje široké spektrum stavů, při kterých chybí energie, bílkoviny, ale také vitaminy, minerály a stopové prvky (7, 39, 42, 45, 82).

Podmínkou rozvoje malnutrice je tedy hladovění. Hladovění prosté, nebo hladovění spojené se stresem vyvolané nemocí (15, 81).

Prosté hladovění nastává v situaci, kdy je sníženo množství přijímané potravy. Organismus se musí na nedostatečné množství potravy adaptovat, a to si vynutí přechod na úsporný režim, při kterém organismus musí maximálně snížit energetickou náročnost. Následně dochází např. ke snížení hormonální aktivity štítné žlázy či k redukci celkové hmotnosti s úbytkem aktivní svalové hmoty. Podle délky trvání můžeme rozlišit prosté hladovění na hladovění krátkodobé, kterým je chápáno nepřijímání potravy po dobu menší než 72 hodin, a na hladovění dlouhodobé, kterým je míněno nepřijímání potravy delší než 72 hodin. Dlouhodobé hladovění s sebou nese adaptační mechanismy, které mají dopady hladovění zmírnit. Oproti krátkodobému hladovění, které bez přidružení dalších nepříznivých faktorů nemusí působit vážnější poruchy. U stresového hladovění dochází obvykle k současnému působení podvýživy a onemocnění (především akutní infekce, trauma či kombinace více katabolických vlivů). Charakteristickým příznakem bývá pokles sérového albuminu a rozvoj edému (25, 69, 81).

1.1.3 Klinické důsledky, rizika a komplikace malnutrice

Malnutrice je stav, který mívá pro organismus závažné důsledky, které jsou velmi dobře známy. Mají přímý, či nepřímý vliv na frekvenci výskytu komplikací, ale také na prognózu. Klienti/pacienti, kteří se nacházejí v malnutrici, jsou zatíženi vyšší mortalitou v pooperačním období nebo v průběhu konzervativní terapie (25, 32, 66).

Primární důsledky malnutrice jsou důsledkem katabolismu proteinů. U klientů/pacientů může docházet ke snížení obranyschopnosti nebo ke zvýšené

náchylnosti k infekcím. Dále může docházet k úbytku svalové hmoty, která vede ke snížení celkové fyzické výkonnosti, svalové slabosti, zhoršení mobility, nebo soběstačnosti, což může mít za následek tvorbu trombóz či embolií. Také se zvyšuje riziko pádu, fraktur a poranění. Postižení dýchacích svalů vede ke zhoršení ventilace a zvyšuje se riziko bronchopulmonálních komplikací. Dochází ke zvýšenému riziku vzniku dekubitů, ke zpomalení hojení ran a téměř vždy také ke zhoršení probíhajícího chronického onemocnění. Při dlouhodobé malnutrici se vyskytují edémy, anémie, poruchy vnitřního prostředí či atrofie střevní sliznice (21, 25, 66, 83). Mezi infekční komplikace můžeme zařadit např. bronchopulmonální a močové infekce, vznik abscesů a katérové, nebo dekubitální sepse. Do pooperačních komplikací lze zařadit zhoršené hojení ran, dehiscenci anastomóz, vznik abscesů a píštělí, nebo také zhoršené odpojování od ventilátoru, bronchopneumonie či septické stavy. Dojde-li ke snížení svalové síly, musíme pomýšlet na zhoršené vykašlávání, vznik bronchopneumonie, zhoršenou rehabilitaci, nebo upoutání na lůžko (32). Sekundární důsledky pak zahrnují zvýšení morbidity a mortality, prodloužení doby hospitalizace, prodloužení rekonvalescence a zvýšení ekonomických nákladů na péči (21).

1.1.4 Diagnostika malnutrice

Protože je malnutrice komplexní problém, který postihuje více orgánů nebo orgánových systémů, je třeba ji diagnostikovat pomocí kombinace různých metod. Nejčastěji se při hodnocení podvýživy využívá screening, který slouží k vyhledávání rizikových klientů/pacientů a hodnocení stavu výživy (assessment). Zahrnuje jak anamnézu, fyzikální vyšetření klinického stavu klientů/pacientů a antropometrické metody, tak laboratorní vyšetření, včetně speciálních vyšetřovacích metod (29, 39).

Při diagnostice malnutrice by bylo vhodné využít všech složek zdravotní péče. Diagnostika malnutrice by měla být součástí jak lékařského, tak také

ošetřovatelského příjmu a chorobopisu. Na podkladě ošetřovatelského příjmu či pozorování klienta/pacienta by měla být sestra schopna upozornit na zhoršený stav výživy nebo na stav malnutrice. Samozřejmě musíme ale na malnutrici pomýšlet také při vstupním vyšetření klienta/pacienta lékařem a při lékařských vizitách. Riziková klienti/pacienti by měli následně projít speciálním vyšetřením nutričního terapeuta a klienti/pacienti, kteří jsou indikováni ke speciální péči pomocí enterální a parenterální výživy by měli být vyšetřeni lékařem specialistou (29). Nutriční screening a hodnocení stavu výživy budou podrobněji popsány v následujících kapitolách.

1.2 Nutriční screening

Nutriční screening je prvním krokem pro komplexnější proces nutričního hodnocení. Je to rychlý a jednoduchý nástroj, pomocí něhož sestra nebo jiný zdravotnický pracovník hodnotí nutriční stav a z něj vyplývající rizika nedostatečné výživy, či stav malnutrice u klientů/pacientů při přijetí do nemocnice, terénní péče nebo jiného zdravotnického či sociálního zařízení (15, 19, 33, 35). Během screeningu dochází tedy k třídění klientů/pacientů podle nutričního rizika, které by mělo být provedeno při prvním kontaktu s klientem/pacientem nebo během prvních 24 hodin od přijetí (50). Na základě tohoto vyšetření lze také vyhledat klienty/pacienty, kteří jsou malnutricí ohroženi a následně jim věnovat zvýšenou pozornost. V chirurgických oborech umožňuje nutriční screening zaměření na klienty/pacienty, kteří jsou ohroženi pooperačními komplikacemi v důsledku špatného stavu výživy v prvním kontaktu před plánovanou operací a zahájit tak včasnou předoperační a pooperační nutriční podporu (39).

„Podle Mezinárodních akreditačních standardů pro nemocnice je nutriční screening jeden z indikátorů kvality péče.“ (13, s. 9). [příloha 12]. „Nutriční

screening a hodnocení nutričního stavu je také součástí Doporučených postupů EPUAP pro výživu při prevenci a léčbě proleženin.“ (13, s. 9)

K dispozici jsou různé screeningové nástroje a dotazníky, kterých je velká řada. ESPEN (European Society for Clinical Nutrition), BAPEN (British Association for Parenteral and Enteral Nutrition), či ASPEN jsou odborné mezinárodní společnosti klinické výživy, které doporučují nástroje a dotazníky pro zjišťování a hodnocení nutričního stavu. Jedná se např. o MUST (Malnutrition Universal Screening Tool), NRS 2002 (Nutritional Risk Screening 2002), MNA (Mini Nutritional Assessment), SGA (Subjective Global Assessment) a Nottinghamský dotazník. Screeningové nástroje většinou obsahují údaj o hmotnosti, Body Mass index, (dále jen BMI), dále také nechtěný úbytek hmotnosti za určitý časový úsek a omezení příjmu stravy (13).

Tento rychlý a jednoduchý nástroj pro zjišťování a hodnocení nutričního stavu ale zatím není zaveden plošně a rutinně u každého hospitalizovaného klienta/pacienta, institucionalizovaného klienta/pacienta či klienta/pacienta v terénní péči. Přitom se však mnoho klientů/pacientů nachází v pásmu podvýživy nebo obezity (13, 14, 42, 43). Kondrup udává, že zhruba 30 % hospitalizovaných klientů/pacientů se nachází v podvyživeném stavu. Velká část klientů/pacientů je v podvyživeném stavu do nemocnice přijímána a u většiny z nich se podvýživa dále rozvíjí. Je zajímavé, že ostatní projevy primárního onemocnění jsou vyhledávány, zaznamenávány a léčeny, kdežto nutriční problémy, které mohou způsobit významný klinický problém, jsou mnohdy přehlíženy (13, 35).

1.2.1 Charakteristika screeningových nástrojů

Již bylo uvedeno, že screeningových nástrojů je celá řada. V následujícím textu budou tedy uvedeny nástroje, které jsou doporučované odbornými mezinárodními společnostmi klinické výživy.

MUST - Malnutrition Universal Screening Tool, je screeningový nástroj, který se skládá z 5 kroků. Tento nástroj slouží k identifikaci dospělých, kteří jsou

v pásmu podvýživy, v riziku podvýživy, nebo jsou obézní. Obsahuje také doporučení, která mohou být použita k vytvoření plánu nutriční péče. Není však určen ke zjišťování deficitu nebo nadměrného příjmu vitaminů a minerálů. Zajímavostí je, že byl tento screeningový nástroj původně vyvinut pro použití v komunitní péči, kde se známky podvýživy neobjevují často (2, 3, 13). Prvním krokem MUST, je změření výšky a určení hmotnosti. Na základě těchto údajů pak vypočítání BMI, podle něhož pak následuje přiřazení BMI skóre konkrétnímu klientovi/pacientovi (příloha 1). Pokud není možné změření a zvážení klienta/pacienta standardním způsobem, lze využít alternativních měřících metod. Ve druhém kroku je důležité stanovit procento neúmyslného váhového úbytku a přiřadit skóre podle tabulky s názvem: Skóre váhového úbytku (příloha 2). Ve třetím kroku pak posuzujeme vliv choroby a připočítáme skóre. Pokud je klient/pacient ovlivněn fyzickou, či psychickou nemocí, pokud nepřijímá stravu déle než 5 dní nebo je její příjem po tuto dobu nepravděpodobný, nachází se nejspíše v nutričním riziku. Zahrnujeme sem také klienty/pacienty kriticky nemocné, klienty/pacienty s dysfagií, úrazem hlavy a nemocné, kteří podstupují chirurgické výkony na zažívacím traktu. V takovýchto případech je skóre 2. V předposledním čtvrtém kroku sečteme skóre z prvního, druhého a třetího kroku (BMI, váhový úbytek, vliv choroby) a stanovíme tak celkové riziko malnutrice. Výsledné riziko je nízké při součtu 0, střední při součtu 1 a vysoké výsledné riziko pak při součtu 2 a více (příloha 3). Vytvoření plánu péče je pátým a posledním krokem. V tomto kroku zaznamenáváme skóre celkového rizika malnutrice a zařazujeme klienta/pacienta k léčbě, sledování, či k rutinní péči podle tabulky s názvem: Vytvoření plánu péče. (příloha 4). Hodnocení je důležité pravidelně opakovat (13).

NRS 2002 – Nutritional Risk Screening 2002 je screeningový nástroj, který probíhá ve dvou krocích, a jehož účelem je zjistit přítomnou podvýživu či riziko vývoje podvýživy v nemocnicích. Tento nástroj se od MUST liší tím, že navíc obsahuje stupeň tíže choroby, který odráží zvýšené nutriční nároky a zahrnuje také vyšší věk jako rizikový faktor (13). Prvním krokem je vstupní screening, který

obvykle provádí sestra, která přijímá nemocného na lůžko. Skládá se ze čtyř otázek. „Je BMI nižší než 20,5 kg/m²?, Zhubl pacient za poslední 3 měsíce?, Omezil pacient příjem stravy v posledním týdnu?, Je pacient závažně nemocen (např. intenzivní péče)?“ (13, s. 10). Na tyto otázky se odpovídá ANO či NE a výsledkem je žádná, jedna, nebo více odpovědí ANO. Pokud klient/pacient odpoví během těchto čtyř otázek jednou ANO, je nutné zavolat nutričního specialistu. Naopak jsou-li všechny odpovědi NE, je vhodné opakovat hodnocení jednou týdně. Je-li však u klienta/pacienta naplánován velký operační výkon, je vhodné vytvoření preventivního nutričního plánu k omezení rizika. Druhým krokem NRS 2002 je závěrečný screening, ve kterém následuje hodnocení nutričního stavu s přiřazením příslušného skóre a poté hodnocení tíže choroby, opět s přiřazením příslušného skóre dle tabulek s názvy: Nutriční stav, Vliv choroby (příloha 5). Tuto fázi screeningu provádí u nemocných na standardním oddělení nutriční terapeut/ka, na jednotkách intenzivní péče sestra při příjmu. Celkové skóre NRS je dáno součtem skóre z nutričního stavu se součtem skóre vlivu choroby. U klientů/pacientů ve věku nad 70 let přičítáme navíc 1 k celkovému skóre. Jedná se o Věkově zohledněné celkové skóre. Následné hodnocení udává jednotlivá skóre. Skóre ≥ 3 znamená, že je klient/pacient v nutričním riziku a je třeba zahájit nutriční plán. Skóre < 3 znamená kontrolu jednou týdně. Je-li u klienta/pacienta plánován velký operační výkon, je vhodné sestavit preventivní nutriční plán k omezení nutričního rizika spojeného s operací. Plán nutriční péče je indikován u klientů/pacientů, kteří jsou těžce podvyživení (skóre 3), těžce nemocní (skóre 3), středně podvyživení a mírně nemocní (skóre 2 a 1) a u klientů/pacientů, kteří jsou mírně podvyživení a středně nemocní (skóre 1 a 2). Popis vlivu, nebo tíže onemocnění. Skóre 1: Klient/pacient (slabý, avšak schopen opustit lůžko) s chronickým onemocněním přijatý k hospitalizaci pro akutní komplikace. Skóre 2: Klient/pacient upoutaný na lůžko. Upoutání na lůžko je zapříčiněno chorobou (např. stav po velké břišní operaci). Skóre 3: Klient/pacient např. v intenzivní péči, na umělé plicní ventilaci. U tohoto nutričního screeningu je velice důležité, aby jeho použití neskončilo pouze u vstupního screeningu, ale aby, pokud je to nutné,

následoval také závěrečný screening, tedy stanovení nutričního stavu a rizika nutričním specialistou. Poté by mělo následovat vytvoření plánu nutriční péče (13, 65).

MNA – Mini Nutritional Assessment je screeningový nástroj, jehož účelem je zjistit přítomnou podvýživu nebo riziko rozvíjející se podvýživy, a to především u geriatrických pacientů a seniorů v ošetrovatelských domech, komunitní péči a v nemocnicích. V českém překladu se tento nástroj nazývá Škála pro hodnocení stavu výživy a již v roce 1995 byl přeložen Neuwirthem a Topinkovou. Výhodou tohoto nástroje je především to, že obsahuje nutriční dotazník, ale zároveň zahrnuje také fyzické a mentální aspekty, které ovlivňují nutriční stav seniorů (13, 67). Pro běžnou seniorskou populaci, ale především pro primární péči, byla uvedena zkrácená verze MNA tzv. Mini Nutritional Assessment – Short Form (MNA – SF), který obsahuje pouze 6 položek z původního MNA a délka jeho provedení obvykle nepřesahuje 3 minuty. Oproti kompletnímu MNA, který je možno vyplnit obvykle za 10 – 15 minut a který zahrnuje 4 okruhy otázek a měření. Autoři obou verzí MNA doporučují zahájit hodnocení stavu výživy nejprve zkrácenou formou MNA – SF (příloha 6), která se skládá ze 6 otázek. Za každou otázku se připočítává příslušný počet bodů. Maximálně lze dosáhnout 14 bodů, kdy je stav výživy dobrý a není nutné další vyšetření. Pokud je ale dosáhnuto 11 bodů a méně, znamená to možnost podvýživy a je tedy třeba pokračovat v provedení kompletního MNA, který lze dle potřeby doplnit také o laboratorní vyšetření (13, 67). Kompletní MNA zahrnuje 4 okruhy otázek a měření. Prvním okruhem je antropometrické měření, při kterém zjišťujeme hmotnost, výšku, obvod paže a lýtka a ztrátu hmotnosti. Druhým okruhem je pak celkové hodnocení, kde je 6 otázek zaměřených na mobilitu, soběstačnost, přítomnost akutního onemocnění, chronický kožní defekt, psychiatrické onemocnění, psychický stres a užívání léků. Třetím okruhem otázek jsou dotazy na dietní návyky a stravování, které obsahují 8 otázek zaměřených na jídlo, konzumaci potravin a tekutin, a schopnost se samostatně najíst. Posledním okruhem otázek je pak vlastní hodnocení zdraví a stavu výživy, který

obsahuje otázky dvě (příloha 7). Každá otázka je bodově ohodnocena. Celkové skóre se pohybuje od 0 – 29 bodů. Hodnota nad 24 bodů představuje velmi dobrý stav výživy, skóre v rozmezí 17 až 23,5 bodu představuje riziko podvýživy a hodnota nižší než 17 bodů svědčí pro podvýživu (61, 67).

SGA – Subjective Global Assessment je komplexní, ale méně specifický nástroj než ostatní screeningové metody. Klasifikuje klienta/pacienta subjektivně podle anamnestických dat a fyzikálního vyšetření. Nejedná se tedy ale o bodový skórovací systém. Anamnestické údaje jsou seskupeny do 7 položek, klinické nálezy do 4 položek. Jednotlivé položky se pak řadí do skupin či stupňů a jsou označeny písmeny A, B nebo C. Začíná se získáním anamnestických údajů, které se týkají ztráty hmotnosti během 6 měsíců, změny hmotnosti v posledních 2 týdnech, změn v příjmu stravy a jejich trvání, přítomnosti gastrointestinálních příznaků, funkčního stavu a stavu základní choroby a komorbidit. (příloha 8). Poté následuje fyzikální vyšetření, kdy jsou opět jednotlivé položky zařazeny do skupin označených písmeny A, B nebo C (příloha 9). Pomocí tohoto nástroje klasifikujeme klienta/pacienta písmeny A, B nebo C podle převahy odpovědí, přičemž kategorie A odpovídá dobrému nutričnímu stavu, kategorie B podvýživě či riziku podvýživy a kategorie C těžce podvyživenému stavu. Odpovědi se zapisují do skórovacího listu, ve kterém jsou odpovědi A v levé části listu, B uprostřed a C v pravé části listu. Pokud je převaha odpovědí A, je klient/pacient v dobrém nutričním stavu, pokud je ale více odpovědí B a C, je klient/pacient nejspíše podvyživený (14).

Nutriční dotazníky. Nutriční dotazníky obvykle doplňují anamnézu a fyzikální vyšetření. Při jejich zpracování jde opět o přiřítání bodů za jednotlivé odpovědi. Podle výsledného skóre pak následně dochází k individuálnímu zařazení do odstupňovaného nutričního rizika (normální nutriční stav, střední riziko podvýživy a vysoké riziko podvýživy). Mezi nutriční dotazníky můžeme zařadit např. Základní dotazník stravovacích zvyklostí a souvisejících okolností, ve kterém se ptáme, zda klient/pacient zhubl, zda má nějakou chorobu, která mu brání v příjmu potravy, zda konzumuje mléčné výrobky a ovoce, zda pije alkohol,

má potíže s chrupem, zda nemá dostatek peněz na jídlo apod. Dalším dotazníkem je Nottinghamský screeningový dotazník, který zahrnuje BMI, nechtěné zhubnutí za poslední 3 měsíce, snížení příjmu potravy během posledního měsíce a zohledňuje také závažnost onemocnění jako stresový faktor. Mezi nutriční dotazníky můžeme také zařadit dotazníky různě upravené. Jde např. o Základní nutriční screening, který je zpracován s použitím Nottinghamského dotazníku a který je používán ve Fakultní Thomayerově nemocnici (příloha 10.) nebo Vstupní vyšetření pro pacienty v pokročilém věku, které je zpracováno s použitím mini MNA (14, 29).

1.3 Hodnocení stavu výživy - assessment

Hodnocení stavu výživy je velice často opomíjeno. Z oblasti péče o rány nebo z oblasti hodnocení bolesti víme, že je většina sester seznámena s používáním hodnotících formulářů a protokolů, a že použití právě těchto prostředků v ranné fázi kontaktu s klientem/pacientem může optimalizovat péči a vést k uspokojivým výsledkům (53).

Nutriční hodnocení je podrobné vyšetření metabolických, nutričních, či funkčních změn klinickým odborníkem nebo nutričním terapeutem. Je delší než screening a je založeno především na důkladné anamnéze, klinickém vyšetření a laboratorním vyšetření. Nutriční hodnocení obvykle postihne důsledky podvýživy, jako je např. svalová slabost, únavnost či deprese. Zahrnuje hodnocení gastrointestinálního traktu (dentice, polykání, funkce střeva) a vyžaduje také správnou interpretaci laboratorních výsledků (41). Stav výživy je nezbytné hodnotit komplexně, a to na základě anamnézy klienta/pacienta, posouzení nynějšího onemocnění, antropometrických a laboratorních parametrů, funkčních testů apod. (39).

1.3.1 Výživová anamnéza

Na začátku hodnocení stavu výživy by měla být vždy kvalitně odebraná nutriční anamnéza, která je výchozím bodem pro stanovení aktuálního nutričního stavu a tím i zhodnocení stupně poruchy výživy (21, 45).

Při anamnestickém vyšetření, které je zaměřené na stav výživy bychom měli pátrat nejprve po údajích o změně tělesné hmotnosti za určitý časový úsek (45, 46). Důležitými údaji, které lze získat z výživové anamnézy (příloha 11) jsou také např. údaje o dietních zvyklostech klienta/pacienta, o preferenci jídel, nebo omezeních, o denním příjmu tekutin, o užívání doplňků (vitaminových či minerálních), také o problémech s výživou (potíže s kousáním, polykáním), o fyzické aktivitě a o chorobách. Podstatné jsou také informace o léčích, které klient/pacient užívá, informací o schopnosti nákupu jídla a jeho přípravy atd. (37).

1.3.2 Fyzikální vyšetření

Fyzikální vyšetření je dalším krokem hodnocení nutričního stavu. Výživa ovlivňuje většinu systémů lidského těla. Proto je nutné se také zaměřit na klinické příznaky stavu výživy, kde hodnotíme kůži, nehty, vlasy, oči, jazyk, sliznice, srdeční, nervový a trávicí systém, vitalita, hmotnost apod. Během fyzikálního vyšetření nás mohou upozornit na změnu výživy např. otoky, špatně se hojící rány, dekubity, suchost kůže či vypadávání vlasů. Dále také zpomalené psychomotorické tempo, zhoršená schopnost expektorace, snížení svalové síly, zhoršená chůze, nebo posazení na postel či stisk ruky. Při objektivním posouzení můžeme také nalézt propadliny v temporální a lícní oblasti, ztrátu a oslabení svalů kolem pletence horních končetin, vpadlé mezikostní prostory na hřbetech rukou a vyhlazení thenaru, hypothenaru a prsních svalů. Patrný je také úbytek hmoty na hýždích, stehnech a bérkách. Při fyzikálním vyšetření je také nutné zjistit tělesnou hmotnost

a výšku klient/pacienta. Důležité je tělesnou hmotnost opravdu ověřit, nikoli pouze zapsat udané míry (37, 45, 75, 77).

1.3.3 Antropometrická vyšetření a měření

Fyzikální vyšetření lze také doplnit antropometrickými měřeními, která mají pro posuzování nutričního stavu veliký význam. Přinášejí informace o velikosti a složení těla. Základem je stanovení tělesné hmotnosti, hmotnostního indexu a tělesné výšky. Patří sem také ale měření kožních řas a tělesných obvodů (21, 46, 68, 80).

Tělesná hmotnost a stanovení BMI. Při určování tělesné hmotnosti je důležité, aby byl klient/pacient pouze ve spodním prádle, a aby stál pokud možno v klidu uprostřed nášlapné plochy váhy. Je-li klient/pacient oblečen, je vhodné odečíst 2 kg. Mezi nejrozšířenější metodu kontroly tělesné hmotnosti bezesporu patří stanovení a sledování BMI (indexu tělesné hmotnosti), který se používá od roku 1985. Pro výpočet BMI je nutné tělesnou váhu v kilogramech vydělit druhou mocninou tělesné výšky v metrech. Normou není přesná hodnota, ale určité rozmezí. Hodnoty v rozmezí 18,5 – 24,9 svědčí pro normální hmotnost. Hodnota nižší než 18,5 pro podvýživu a rozmezí 25 – 29,9 pro nadváhu. Rozmezí 30 – 39,9 pro obezitu a hodnota vyšší než 40 svědčí pro těžkou obezitu (5, 9, 68, 79, 80).

Tělesná výška. Tělesnou výšku určujeme bez obuvi, ve stoji spatným, s rovným a přímým držením hlavy. Paty a špičky jsou u sebe. Klient/pacient se měřicí stěny dotýká patami, hýžděmi, lopatkami a týlem. Měří se vertikální vzdálenost nejvýše položeného bodu na hlavě od podložky, na níž klient/pacient vzpřímeně stojí. K měření tělesné výšky lze využít standardizované měřicí pásy nebo kovový antropometr. Výškoměry, které jsou součástí osobních vah nelze příliš doporučit, protože jsou nepřesné (5, 80).

Měření kožních řas a tělesných obvodů. Metodou měření kožních řas stanovíme množství podkožního tuku v těle. Měření provádíme pomocí dvou typů speciálního přístroje, kaliperu (Bestův a Holtainerův kaliper).

Měření by mělo být provedeno na nedominantní končetině u stojícího či sedícího klienta/pacienta, končetina by měla být volně svěšena, měřit bychom měli na dorzální straně ve střední části a stisk kožní řasy kaliperem by měl trvat minimálně 4 sekundy. Měření se může provádět na různém počtu řas (na desíti, na čtyřech, na dvou, nebo na jedné řase). Podrobné vyšetření zahrnuje měření deseti nebo čtyř kožních řas. K orientačnímu vyšetření však stačí 2 kožní řasy (subskapulární a nad tricepsem). Nejčastěji měřenou kožní řasou je ale řasa nad tricepsem horní končetiny. Norma kožní řasy pro ženy je 16,5 mm, pro muže pak 12,5 mm. Hodnota menší než 8 mm u mužů a 10 mm u žen svědčí pro těžkou malnutrici. Tělesné obvody je nutné měřit páskovou mírou s přesností na 0,5 cm. Můžeme měřit obvod hrudníku, pasu, boků, levé paže, stehna, ale také obvod lýtky a hlavy. K určení množství svalové hmoty můžeme využít měření obvodu paže, jehož normální hodnoty jsou u mužů vyšší než 29,3 cm a u žen vyšší než 28,5 cm. Úbytek svalové hmoty s hodnotami nižšími než 19,5 cm u mužů a 15,5 cm u žen svědčí pro těžkou malnutrici. Nejdůležitější je však měření obvodu pasu, kde je prokázána těsná závislost mezi obvodem pasu a rizikem výskytu onemocnění a poměr pas/boky. (5, 18, 20, 77, 80).

1.3.4 Laboratorní a jiná vyšetření

Nezbytným vyšetřením při hodnocení stavu výživy jsou také jednotlivá laboratorní vyšetření, mezi která řadíme především hematologická a biochemická vyšetření. Při hematologickém vyšetření se hodnotí např. absolutní počet lymfocytů, jejichž pokles pod 1500/μl svědčí pro malnutrici. Laboratorní biochemická vyšetření a testy výživového stavu pomáhají určit, jaké procesy probíhají uvnitř lidského organismu. Bývají také metodou volby při časném

odhalení malnutrice. Mezi nejpoužívanější laboratorní testy, které se využívají právě při hodnocení stavu výživy, patří především určení albuminu a prealbuminu, hemoglobinu, hematokritu, celkové bílkoviny, transferinu, stanovení odpadů dusíku do moče, odpady kreatininu do moče apod. Mezi méně využívané testy, které slouží především pro doplnění informací o výživovém stavu, patří určení hodnot vitaminů, minerálů, nebo stopových prvků. (5, 29, 37). Poruchy výživy mají mnohdy za následek sníženou imunitní odpověď organismu. Pro praxi je proto velice užitečné stanovit počet lymfocytů v periferní krvi. Hodnoty vyšší než 1 500/ μ l odpovídají normě, hodnoty pod 800/ μ l svědčí pro těžkou malnutrici (80).

V indikovaných případech, ale především pro experimentální a vědecké účely jsou využívána také speciální vyšetření, mezi která patří např. vícedimenzionální bioimpedance, CT vyšetření, izotopové metody nebo podvodní vážení. (21, 29).

Další možností při hodnocení stavu výživy jsou funkční vyšetření. Vyšetření svalové síly speciálními přístroji tzv. dynamometry můžeme hodnotit např. svalovou sílu stisku ruky nebo sílu zádových svalů. Sílu respiračních svalů můžeme hodnotit pomocí tzv. peak flow meteru (výdechové rychlosti) [29].

1.4 Alternativní měřící metody

V již zmíněných screeningových nástrojích se pracuje především s hmotností, výškou nebo s BMI. V některých případech ale nelze klienta/pacienta zvážit, změřit nebo stanovit BMI a sledování jejich nutričního stavu pak naráží na problémy. Proto byly vyvinuty alternativní měřící metody, které pomáhají odhadnout BMI, určit výšku, ideální tělesnou hmotnost, nebo procento tukové tkáně. Alternativní měřící metody můžeme také využít v situacích, kdy klienta/pacienta zvážit lze, ale hmotnost je např. otoky, amputacemi končetin, ascitem či fixačními sádrovými obvazy zkreslena. Užívají se také

u klientů/pacientů s rozsáhlými ranami (dekubity, ležící pacienti apod.), u kterých bývá právě vážení a měření nějakým způsobem limitováno (13, 14).

Výška. Výšku klienta/pacienta lze zjistit změřením výšky kolene, změřením délky ulny nebo změřením poloviny rozpětí paží. Měření se upřednostňuje na levé horní končetině a na levé dolní končetině (14).

Odhad BMI. Pokud není možno klienta/pacienta zvážit ani změřit, nebo pokud nelze získat údaje jiným způsobem, můžeme BMI odhadnout na základě změřením středního obvodu paže (14).

Kalorická rezerva, tělesný tuk. Měříme kožní řasu nad tricipsem, bicipsem a na břicho. K měření můžeme použít prsty, nebo kaliper. Pro výpočet tělesného tuku existují také rovnice (14).

Odhad BMI a hmotnosti při zvláštních situacích. Přesuny tekutin, fixační obvazy a stavy po amputacích končetin jsou situace, při kterých je nutné BMI a hmotnost odhadnout (14).

Hmotnost lze sledovat zvážením klienta/pacienta na běžné osobní nebo lékařské váze s přesností na kilogramy či dekagramy. Pro vážení částečně pohyblivých klientů/pacientů můžeme využít např. nájezdovou váhu pro pojízdné křeslo, speciálně upravené křeslo s integrovanou váhou, nebo elektronické váhy, které jsou vybavené sedákem. Při vážení zcela imobilních klientů/pacientů můžeme využít např. hydraulické váhy či nájezdové rampy s váhou, na které se najede s klientem/pacientem v lůžku. Dále také můžeme využít např. speciální lůžka, která jsou vybavena váhovým systémem, u kterých odpadá fyzická zátěž ošetrovatelského personálu (70).

1.5 Nutriční podpora a její význam

Nutriční podpora jako součást komplexní terapie získala v posledních letech významné místo a to nejen v léčbě kriticky nemocných, ale také v léčbě všech patologických stavů, které jsou provázeny energetickou, iontovou i vitamínovou

dysbalancí. Špatný nutriční stav je významným predisponujícím faktorem pro vznik různých komplikací. Malnutrice a stavy, které k ní vedou je proto velice důležité včas diagnostikovat a začít co nejdříve léčit. Nutriční péči je velice důležité věnovat všem, kteří jsou k ní indikováni, to znamená jak hospitalizovaným klientům/pacientům, tak také ambulantním klientům/pacientům (36, 39).

V současné době zasahuje nutriční podpora do všech oblastí medicíny a vede k výraznému zlepšení léčebných výsledků. Umělá výživa je výhradně podpůrnou terapií a bez komplexní léčby, která vede k odstranění primární příčiny malnutrice, není dostatečně efektivní. Naopak jakákoli cílená léčba u organismu, který nemá dostatečné množství živin potřebných při hojení a rekonvalescenci, nemá šanci na úspěch (36, 39).

Cílem podávání nutriční podpory u klienta/pacienta, který vyžaduje nutriční podporu, je udržet dlouhodobě uspokojivý nutriční stav a stav vnitřního prostředí.

Nutriční podpora bývá indikována u širokého spektra klientů/pacientů a zahrnuje, jak klienty/pacienty stabilizované a teoreticky schopné plného perorálního příjmu, limitované pouze faktory, kterými jsou např. anorexie, sociální problémy, kognitivní deficit či zhoršená mobilita, tak také klienty/pacienty, kteří jsou perorálního příjmu z různých důvodů neschopní (vyšetřovací program, poruchy zažívacího traktu, poruchy vědomí). Nutriční podpora bývá indikována okamžitě po zjištění malnutrice. U klientů/pacientů, u kterých není malnutrice ještě vyjádřena, se postupuje individuálně v závislosti na typu a tíži onemocnění. U zdravých klientů/pacientů, kteří podstupují plánovaný operační výkon s nekomplikovaným průběhem, a s omezeným perorálním příjmem potravy po dobu sedmi dnů po operaci, není nutné zvláštní nutriční podporu zahajovat (39).

1.5.1 Úloha sestry v zajištění a indikaci umělé výživy

Charakteristickým rysem moderního ošetrovatelství je systematické vyhledávání, hodnocení a plánovité uspokojování všech potřeb nemocného, ale i zdravého člověka. Ošetrovatelství se ve velké míře podílí jak na prevenci, diagnostice a terapii, tak také na rehabilitaci klientů/pacientů. Jinak tomu není ani v oblasti výživy a příjmu potravy jako primární biologické potřeby člověka. Úspěch v prevenci, v zjišťování stavu výživy a v konkrétní ošetrovatelské nutriční intervenci či edukaci klienta/pacienta, která vede ke zlepšení stavu výživy a následně také ke zlepšení celkového stavu klienta/pacienta, ve velké míře závisí na odborných znalostech, zájmu a pochopení sestry (21).

Proto, aby mohla sestra zajistit kvalitní ošetrovatelskou péči v oblasti výživy, je nutné, aby znala ošetrovatelský proces v péči o výživu klienta/pacienta. Je tedy potřeba, aby měla znalosti v oblasti zásad správné výživy, kde je jejím úkolem posoudit, zda výživa klienta/pacienta odpovídá požadavkům racionální výživy a na základě těchto znalostí pak edukovat klienta/pacienta a jeho rodinné příslušníky, např. v prevenci civilizačních onemocnění. Velice důležitá je pro sestru také znalost faktorů, které ovlivňují správnou výživu, jejichž identifikace je základem individuálního přístupu ke klientům/pacientům. V tomto případě je důležité se zaměřit na fyziologicko-biologické faktory, mezi které patří funkce zažívacího systému, věk, růst, vývoj, pohlaví a zdravotní stav. Dále je nutné se zaměřit na psychologicko-duchovní faktory, mezi které patří zvyklosti a potřeby, osobnost či emocionální ladění. Sociálně-kulturní faktory, mezi které patří kulturní zvyky a obyčeje, způsob života, ekonomická situace a religiózní hodnoty. Důležité jsou také faktory životního prostředí, do nichž lze zařadit klima a geografickou polohu, stav životního prostředí a kvalitu vzduchu, vody či ovzduší. Další potřebnou a důležitou znalostí sestry je také znalost poruch výživy (nechutenství, dysfagie, zvracení, průjem, zácpa apod.) a již zmíněné posuzování stavu výživy (21, 68).

Sestra představuje na oddělení nejbližší kontakt klienta/pacienta se zdravotnickým světem. Pro někoho může být sestra andělskou bytostí, pro někoho jenom ta, která bude chtít, aby jedl. Pro jiného znamená sestra toho, kdo neustále spěchá a nemá na něho čas. Sestra by měla být na oddělení ale v první řadě profesionál, který musí zvládnout velké množství úkolů. Všechny by však měly být zaměřeny na klienta/pacienta a jeho potřeby.

Mezi základní potřeby klienta/pacienta patří mimo jiné také výživa. Jednou ze základních úloh sestry v této oblasti je detekace abnormalit. K jejich odhalení je potřeba stanovit základní parametry a zjistit, zda se od nich klient/pacient neodchyluje. Důležité je také aktivní sledování nejen přijatých tekutin za den, ale také množství přijaté stravy. Zvýšenou pozornost je důležité věnovat klientům/pacientům, kteří jsou nesoběstační, nebo je jejich soběstačnost nějakým způsobem omezena (geriatřičtí a ochrnutí klienti/pacienti, klienti/pacienti s traumaty, děti apod.) [15, 21].

Záznamy a monitorování v této oblasti ošetrovatelské péče mohou mít vliv na uzdravování klienta/pacienta, a proto jsou podstatnou součástí práce sestry na oddělení.

Velmi důležitou a nezastupitelnou roli v péči o nutriční stav klienta/pacienta má sestra, mezi jejíž kompetence mimo jiné patří také zjišťování nutričního stavu, sledování příjmu stravy ve spolupráci s nutričním terapeutem a spolupráce s lékařem při vlastní nutriční intervenci. Úloha sestry při zjišťování nutričního stavu spočívá v provádění nutričního screeningu u hospitalizovaných klientů/pacientů. Při sledování příjmu stravy pak spočívá úloha sestry především v pečlivém zapisování množství snědené stravy, protože pouze na podkladě spolehlivých údajů je nutriční terapeut schopen spočítat energetický a proteinový příjem, který klient/pacient dostává. Na podkladě zjištěných údajů a celkového klinického a nutričního stavu může také lékař rozhodnout o předepsání případné nutriční intervence a o její nevhodnější formě podání. Úloha sestry při nutriční intervenci ve formě sippingu spočívá především v podpoře klienta/pacienta při nutričním příjmu, v dokumentaci množství, které klient/pacient vypije

a ve sledování tolerance jednotlivých nabízených přípravků. Úlohou sestry při enterální výživě je zavedení nazogastrické a jejunální sondy klientům/pacientům, kteří jsou při vědomí a jsou starší 10 let. Také příslušná péče o ně a aplikace předepsané enterální výživy sondou, eventuelně žaludečními nebo duodenálními stomiemi, u klientů/pacientů všech věkových kategorií podle ordinace lékaře. Další úlohou je při enterální výživě také dokumentace případných komplikací (např. přítomnost průjmů, nadýmání, bolesti v břiše, regurgitaci enterální výživy apod) a sledování a zaznamenávání případných změn kolem vstupu gastrostomické či jejunostomické sondy. V případě parenterální výživy spočívá práce sestry v zavedení periferního vstupu nebo asistence lékaři při zavedení centrálního katétru a jejím ošetřování (40, 76).

1.5.2 Enterální výživa

Enterální výživa je metodou první volby u klientů/pacientů, kteří se nacházejí ve stavu malnutrice nebo jsou rizikem jejího vzniku ohroženi. Podmínkou je funkční trávicí trakt u klienta/pacienta a neschopnost, nebo nechtěnost, přijímat stravu. Enterální výživa je upřednostňována před výživou parenterální, nicméně je řada situací, ve kterých jsou využívány obě formy výživy současně (32, 58, 69).

Enterální výživu můžeme chápat jako jakýkoli přísun živin do zažívacího traktu. Zahrnuje tedy jak perorální příjem stravy a nutričních doplňků formou sippingu, tak podání tekuté enterální výživy pomocí sondy přímo do žaludku nebo střeva. V dnešní době se už ale jako enterální výživa neoznačuje tekutá mixovaná strava, která je připravovaná běžnými kuchyňskými technikami, a která je podávána do sondy. Proto je enterální výživa v širším slova smyslu chápána především jako podávání farmaceuticky připravených výživných roztoků do trávicího traktu. V užším slova smyslu je pak enterální výživa chápána jako podávání farmaceuticky připravených nutričních přípravků do tenkého střeva

cestou nazojejunální sondy, jejunostomií nebo jejunální sondou zavedenou do PEGu (36, 39, 46, 63, 69).

Do žaludku lze výživu podávat nazogastrickou sondou nebo gastrostomií, která je nejčastěji vytvořena endoskopicky – perkutánní endoskopická gastrostomie (PEG), méně často pak chirurgicky. Do tenkého střeva můžeme naopak výživu podávat nazojejunální sondou nebo jejunostomií, která bývá zavedena také endoskopicky – perkutánní endoskopická jejunostomi (PEJ) či chirurgicky. Podávání enterální výživy do žaludku a do tenkého střeva se ale značně liší. Do žaludku lze výživu podávat v bolusech, zatím co do střeva lze podávat výživu pouze kontinuálně pomocí enterální pumpy (16).

Výhodami enterální výživy je především to, že je přirozenou cestou přívodu, trávení a resorbce živin. Stimuluje střevní motilitu a sekreci gastrointestinálních hormonů, udržuje fyziologickou střevní mikroflóru a bariérovou funkci střeva, je vhodnou prevencí vzniku peptického vředu, je levnější a její aplikace je snazší a jednodušší. Komplikace enterální výživy jsou také méně časté a lehčí, než u parenterální výživy (32, 69). Indikací k enterální výživě jsou především poruchy zažívacího traktu (chronická zánětlivá onemocnění střev, patologické stavy v oblasti dutiny ústní, hltanu, hrtanu i jícnu, stenózy horní části gastrointestinálního traktu apod.), předoperační nutriční podpora, a neurologické či psychiatrické poruchy (anorexie, demence apod.) Dále také akutní stavy (polytraumata po odeznění šokového stavu bez zranění gastrointestinálního traktu, stavy po operacích apod.), výživa při onkologickém onemocnění, potravinová alergie nebo podvýživa geriatrických klientů/pacientů. Kontraindikací absolutní jsou pak náhlé příhody břišní, akutní krvácení do gastrointestinálního traktu, mechanický ileus, šokový stav, těžká hypoxie či acidóza. Akutní pankreatitida, těžký průjem či neztížitelné zvracení jsou pak kontraindikací relativní (26, 36, 69).

Enterální výživu lze tedy podat do různých částí zažívacího systému a v několika režimech. Perorálně ve formě sippingu, nazogastrickou sondou

(NGS), nazoenterální sondou (NJS), perkutánní gastrostomií (PEG) či perkutánní jejunostomií (PEJ).

Nejjednodušším a nejfyziologičtější způsobem aplikace enterální výživy je podávání výživy per os formou sippingu. Jde o popíjení tekuté formy výživy, která má definované množství energetických substrátů, bílkovin, vitamínů, minerálů a vlákniny. K sippingu jsou obvykle určeny ochucené přípravky enterální výživy, které obsahují již jednotlivé složky výživy nebo komplexní přípravky, které obsahují složky výživy všechny (např. Nutridrink, Diasip, Fortimel, apod). Sipping je většinou používán jako doplňková forma výživy a často se podává jako přírůdek k naordinované dietě. V omezených indikacích (Crohnova choroba, potravinová alergie) a při kvalitní spolupráci klienta/pacienty je možné sipping použít také pro plnohodnotnou enterální výživu. Zde je však pro klienta/pacienta obtížná tolerance velkého množství přípravku, kdy je nutné podat až 2000 ml přípravku za den. K dispozici jsou jak tekuté přípravky, které jsou distribuovány v krabičkách s brčkem nebo v umělohmotné lahvičce, tak instantní přípravky v práškové formě, které se rozpustí v tekutině. Nejdůležitější podmínkou pro užívání perorálních nutričních přípravků je řádná spolupráce klientů/pacientů a také popíjení přípravku po malých doušcích, které je zvláště důležité na začátku užívání, kdy ještě není zjištěno, jak bude přírůdek tolerován. Ač patří mezi výhody sippingu především možnost okamžitého použití, vysoký obsah energie a bílkovin v malém objemu, definovaný objem živin včetně vitamínů a stopových prvků, možnost užívání při chorobách či úrazech dutiny ústní, chrupu a polykání, dobrá vstřebatelnost a široký výběr příchutí a typů přípravků, velká část klientů/pacientů perorální nutriční přípravky špatně toleruje. Je to zřejmě způsobeno nevyhovující chutí nebo konzistencí přípravků, jejich jednotvárností, nebo celkovou únavou či apatií. (17, 21, 55, 62, 64, 74).

Pokud není klient/pacient z nějakého důvodu schopen požit celou dávku enterální výživy perorálně, zavádí se sonda do žaludku (nazogastrická sonda) nebo do první kličky jejunu (nazojejunální sonda). V současné době se používají sondy různého materiálu a různé délky, a podle místa aplikace výživy

do gastrointestinálního traktu. Výživa nazogastrickou sondou je nejsnadnějším a nejpoužívanějším způsobem sondové výživy. Aplikuje se pouze tehdy, nepředpokládá-li se dlouhodobější výživa sondou. Při dlouhodobém použití by totiž mohl vzniknout dekubitus, mohla by být horší snášenlivost nazogastrické sondy klientem/pacientem nebo by mohlo dojít ke zhoršenému dýchání nosem. Zavedení nazogastrické sondy je v kompetenci sestry. Nazoenterální sonda (nazoduodenální či nazojejunální) je preferována především tam, kde hrozí riziko aspirace. Nejčastěji je používána nazojejunální sonda, která je používána pro dlouhodobou výživu, kde je zárukou ochrany před komplikacemi (aspirace a následná aspirační bronchopneumonie), nepřekáží v nose, ale také při polykání. Výhodou nazoenterálních sond je, že jsou tenké a významně snižují dyskomfort klientů/pacientů. Závažnější komplikace při sondové výživě vznikají především při neodborné a nešikovné manipulaci, nebo při nedostatečném či chybějícím monitorování podávání výživy. Během podávání enterální výživy je nutné sledovat nutriční stav klienta/pacienta, toleranci sondy, vodní a elektrolytovou rovnováhu a polohu sondy. Mezi méně závažné komplikace patří mechanické, infekční a metabolické komplikace (15, 21, 32, 44, 45).

Je-li nutné podávat enterální výživu sondou po delší časový úsek, tedy déle než 6 – 8 týdnů, je třeba zajistit její aplikaci pomocí gastrostomie či jejunostomie. Výživová sonda se pak zavádí cestou punkční perkutánní endoskopické gastrostomie v průběhu gastrokopického vyšetření stěnou břišní do žaludku. V případě gastrektomie lze její cestou také zavést sondu jejunální. Zde spočívá rozdíl v tom, že konec sondy, kterou je výživa podávána, neústí do žaludku, ale do tenkého střeva. Gastrostomii a jejunostomii lze také založit chirurgicky (cestou otevřenou nebo laparoskopicky). Perkutánní jejunostomie bývá indikována při akutní pankreatitidě nebo u kriticky nemocných. Bývá preferována také při patologiích a po operačních výkonech v oblasti jícnu, žaludku a duodena, a při vysokém riziku regurgitace stravy a aspirace. Přímo do střeva se mohou podávat pouze farmakologicky vyrobené přípravky a výživu lze podávat pouze kontinuálně. Zvláštním druhem perkutánní endoskopické gastrostomie je výživový

knoflík (feeding button), který je v úrovni kůže a zavádí se kanálem po již provedené a extrahované gastrostomické sondě. Je vhodný především pro děti a klienty/pacienty na trvalé domácí enterální výživě (1, 32, 36, 39, 69, 74). Sondovou enterální výživu lze podávat několika způsoby (např. bolusově do žaludku, kontinuálně do tenkého střeva či intermitentně). Bolusový způsob podávání je využíván při aplikaci do nazogastrické sondy či gastrostomie. Do žaludku je nejčastěji podáváno 200 – 300 ml výživy pomocí Janettovy stříkačky po 2 - 3 hodinách během dne. V noci je pauza. Před podáváním další dávky je nutné aspirací zkontrolovat reziduum žaludečního obsahu, zda podstatná část předchozí dávky žaludek opustila. Kontinuální (nepřetržitý) způsob podávání enterální výživy je indikován při aplikaci do tenkého střeva. Rychlost podávání je obvykle 100 – 150 ml výživy/hod. Výživa se mnohdy nechává kapat celý den i noc (někdy bývá 4 – 6 hodinová noční pauza) konstantní rychlostí gravitačním setem nebo s použitím enterální pumpy. Při intermitentním podáváním enterální výživy se střídají intervaly (3 hodiny kontinuálního podáváním výživy a 2 hodiny bez podáváním). Tento cyklus se opakuje celých 24 hodin. Sondy je nutné před každým podáváním výživy i po skončení podáváním výživy propláchnout 30 – 50 ml čaje (1, 32, 69).

Přípravky pro enterální výživu lze dělit do dvou základních skupin. První skupinu tvoří polymerní výživa (též nutričně definované diety), která se dělí na standardní dietetika, do jejíž skupiny patří přípravky určené pro nejširší použití. Svým složením vyhovují většině klientů/pacientů a jsou určena pro podání sondou nebo formou sippingu. Jsou to přípravky, které obsahují standardní poměr jednotlivých živin. Neobsahují vlákninu či cholesterol a bývají bezlepkové. Dále se dělí polymerní výživa na standardní dietetika s vlákninou, energeticky obohacená dietetika, enterální výživu pro intenzivní péči, kde složení přípravků vychází z potřeb klientů/pacientů, kteří se nacházejí v těžkém katabolizmu nebo metabolickém stresu. Také na výživu pro diabetiky, přípravky pro děti, které jsou určeny pro děti od 1 roku do 6 let, imunonutrici, kam lze zařadit přípravky, jejichž složení je upraveno tak, aby stimulovaly imunitní systém (osvědčily se

při předoperační nutriční péči, v rekonvalescenci, u klientů/pacientů s nádorovou kachexií či u klientů/pacientů se špatně se hojícími chronickými ranami), orgánově specifickou výživu, jejíž přípravky jsou připraveny s ohledem na potřeby klientů/pacientů v konkrétních situacích (pro výživu při ledvinovém selhávání, při jaterních dysfunkcích, cirhóze či hepatitidě) a modulární dietetiku, která je určena k obohacení kuchyňské stravy nebo přípravků enterální výživy o konkrétní živiny (proteiny, sacharidy) dle aktuální potřeby klientů/pacientů. Polymerní výživa obsahuje jednotlivé živiny většinou ve své původní formě (intaktní proteiny, polysacharidy a tuk ve formě triglyceridů s dlouhými řetězci) a složení této výživy odpovídá fyziologickým potřebám organismu. Lze ji podávat do žaludku nebo do duodena. Druhou skupinou je výživa oligomerní (též nízkomolekulární nebo chemicky definované diety), která je využívána pro enterální výživu v případě, kdy polymerní výživa není trávicím traktem tolerována. Oligomerní výživa je nízkomolekulární a rozštěpená, takže nepotřebuje ke svému vstřebávání přítomnost trávicích enzymů. Osmolaritu má ale oligomerní výživa vyšší (okolo 450 mosmol/l) než přípravky k polymerní výživě (do 400 mosmol/l). Také neobsahují vlákninu, což může vést k jejich horší toleranci a vzniku průjmů. Podávají se většinou do tenkého střeva a bývají indikovány méně často, než přípravky polymerní. Oligomerní enterální výživa bývá efektivní u klientů/pacientů se syndromem krátkého střeva, u klientů/pacientů s floridními stadii Crohnovy choroby a u těžké akutní pankreatitidy (4, 32, 36, 39).

1.5.3 Parenterální výživa

Parenterální výživou rozumíme podávání živin mimo zažívací trakt, tedy přímo do cévního systému klienta/pacienta.

V počátcích, při zavedení parenterální výživy do praxe, byla tato výživa upřednostňována před výživou enterální. Postupem času ale bylo zjištěno, že nejde o fyziologickou cestu dodávky živin, a že je tento způsob nutriční podpory zatížen

vyšším rizikem vzniku komplikací a ekonomickou náročností. Z těchto důvodů by měla být tato výživa vyhrazena pouze pro stavy, u kterých nelze z důvodu dysfunkce zažívacího traktu použít výživu enterální. V mnohých případech lze také enterální a parenterální výživu kombinovat. Pak hovoříme o parenterální výživě částečné nebo doplňkové. Je-li ale klient/pacient živen parenterální výživou samostatně jako jediný zdroj výživy, hovoříme o parenterální výživě totální, neboli úplné (36, 39, 46).

Parenterální výživa by měla být indikována v případech, kde není perorální příjem výživy možný, enterální výživa je neúčinná, nebo je-li u klienta/pacienta kontraindikovaná či špatně tolerovaná. Parenterální výživa by měla být tedy indikovaná pouze tam, kde není možné využít fyziologického podávání výživy cestou gastrointestinálního traktu (gastrointestinální trakt nefunkční nebo nemůže být stravou zatěžován). Takže pokud je trávicí trakt funkční, měla by být v první řadě indikována výživa enterální. Pokud ale není možné zajistit dostatečný přísun živin trávicím traktem, je nutné k enterální a parenterální výživu kombinovat. V případě zcela nefunkčního trávicího traktu je ale nutné zajistit dostatečný přísun živin plnou enterální výživu (32, 69, 81).

Výhodami parenterální výživy je, že mají definovaný přísun jednotlivých živin, slouží k rychlé úpravě případného metabolického rozvratu a je použitelná i v situacích, kdy zcela chybí tenké střevo. Nevýhodami je naopak nefyziologický přístup, časté komplikace při zavádění katétru, komplikace metabolické a septické či jaterní insuficience a vyšší náklady. Mezi nejčastější indikace parenterální výživy patří např. malnutrice, poruchy digesce, malabsorpce, ileózní stavy, střevní píštěle, stenózy gastrointestinálního traktu, stav po rozsáhlých střevních operacích, syndrom krátkého střeva, nespecifické střevní záněty, akutní pankreatitida, ale také polytrauma, trauma hlavy, popáleniny, jaterní a renální selhání, těžké průjmy nebo zvracení, postradiační enterokolitida či mentální anorexie ve speciálních situacích. Kontraindikacemi parenterální výživy jsou pak dostatečně funkční trávicí trakt, odmítání nutriční podpory ze strany klienta/pacienta, terminální stav

klienta/pacienta, bezprostřední období po operacích a těžkých traumatech, či těžké šokové stavy s tkáňovou hypoxií a těžkou acidózou (32, 39, 69, 81).

Parenterální výživu lze podávat do centrální nebo do periferní žíly jako úplnou nebo doplňkovou výživu s použitím multi-bottle-systému (systému jednotlivých lahví) či all-in-one systému (systém vše v jednom), a ke krátkodobé nebo dlouhodobé indikaci.

Volba cesty podávání výživy závisí na indikaci, zvažované délce výživy a celkovém stavu klienta/pacienta. Periferní parenterální výživu tedy podáváme do periferní žíly, která je nejčastěji zavedena na nedominantní horní končetině. Zavedení periferní žilní kanyly je v kompetenci sestry, která je k tomuto určena. Periferní přístup je upřednostňován při indikaci ke krátkodobé nutriční podpoře (7 – 10 dnů), při vysokém riziku, kontraindikaci či nemožnosti kanylace centrální žíly, ale také při přechodném odstranění katétru v centrální žíle. Do periferní žíly lze aplikovat pouze výživu k tomu určenou, protože tato žíla neunesse vysoce koncentrované roztoky (nad 1200mosmol/l) a může docházet k jejímu dráždění, zánětu či k místnímu poškození. Přístup do centrální žíly je naopak volen tam, kde předpokládáme nutnost nutriční podpory po delší dobu (déle než týden). Výhodou podávání výživy do centrální žíly je možnost podávání koncentrovaných roztoků v malém objemu bez rizika flebitidy a možnost využití centrální žilní kanyly ke krevním odběrům a k měření centrálního žilního tlaku. Nejčastěji se provádí kanylace vena subclavia nebo vena jugularis interna, kdy je konec katétru umístěn do horní duté žíly. Méně často je pak pro vyšší incidenci kanylových sepsí volen přístup do vena femoralis, kdy je konec katétru umístěn do dolní duté žíly. Kanylace centrální žíly je v současnosti pouze v kompetencích lékaře, sestra asistuje. Výkon se provádí za přísně aseptických podmínek, většinou s použitím Seldingerovy metody (zavedení katétru po kovovém vodiči, jenž je součástí firemně vyráběných setů). Pro dlouhodobou parenterální výživu a zvláště pro domácí parenterální výživu lze použít tzv. implantabilní katétry (venózní port, též TID nebo tunelizovaný katétra, jehož část je vyvedena dlouhým podkožním tunelem,

kteřá je pak vyvedena na kůži trupu (Broviacův a Hickmannův katétr) [32, 36, 39, 69].

Parenterální výživa byla původně podávána systémem jednotlivých lahví, čili systémem multi-bottle, při kterém jsou jednotlivé složky (aminokyseliny, tuky, cukry) podávány odděleně. Minerály jsou podávány v infuzích elektrolytů. Tento způsob se ale příliš neosvědčil, protože se stal zatěžujícím jak pro klienta/pacienta, tak pro ošetrovatelský personál. Přinášel s sebou také potenciální rizika zanesení infekce při časté manipulaci s infuzemi, kdy bylo potřeba denně vyměnit 6 – 8 lahví a vyšší cenu při nutné časté výměně setů. V současné době je populárnější a v naprosté většině používaný systém All-in-one (AIO), kdy jsou v jednom vaku obsaženy všechny živiny (cukry, tuky i aminokyseliny), ale také vitaminy, stopové prvky a minerály zpravidla na celý den. Výhodami tohoto systému je lepší utilizace jednotlivých živin, nižší výskyt metabolických komplikací, nižší riziko infekce, volnější možnost rehabilitace, nižší cena a menší nároky na ošetrovatelský personál. Na trhu existují firemně připravované vaky, ve kterých jsou potřebné živiny odděleny v jednotlivých komorách příslušného vaku, a celá směs se smíchá až těsně před podáním. Dostupné jsou dvoukomorové vaky, které obsahují aminokyseliny a cukry, či tříkomorové vaky, které obsahují aminokyseliny, cukry a tuky. Tyto firemně připravované směsi jsou určeny pro stabilizované klienty/pacienty nebo pro klienty/pacienty s domácí parenterální výživou. Je-li ale klient/pacient nestabilní nebo má speciální potřeby (jaterní či renální selhání, těžká malnutrice, popáleniny, sepse, děti apod.), lze připravit all-in-one vaky podle schválených nemocničních receptur nebo podle individuálního předpisu lékaře – nutricionisty a lze zvolit rozpis pro konkrétního klienta/pacienta (32, 36, 39, 69, 78).

Nedílnou a velice důležitou součástí nutriční podpory (enterální i parenterální) je pečlivé klinické a laboratorní sledování klienta/pacienta. Stav klienta/pacienta je nutné hodnotit komplexně, to znamená na základě znalostí klinického obrazu a aktuálních laboratorních parametrů a jejich dynamiky. V klinickém obraze je nutné hodnotit a sledovat především dynamiku změn

hmotnosti klienta/pacienta, poměr svalové a tukové tkáně, hydrataci, základní vitální funkce, diurézu, pocit žízně a hladu, vlhkost sliznic, kožní turgor, náplň krčních žil a případnou tvorbu otoků. V laboratorním vyšetření je nutné se zaměřit především na homeostázu vnitřního prostředí, kde posuzujeme mineralogram, renální parametry a dusíkaté metabolity v séru i v moči. Také se musíme zaměřit na dynamiku změn sérových proteinů a na sledování jaterních testů. U parenterální výživy je navíc nutné kontrolovat sérové koncentrace triacylglycerolů. Frekvence kontroly jednotlivých parametrů závisí na celkovém stavu klienta/pacienta a na délce nutriční podpory. Výhradní postavení má pak při kontinuálním podávání parenterální i enterální výživy kontrola glykemie. Zpočátku je nutné sledovat glykemie několikrát denně. Pokud se klient/pacient dostane do hyperglykemie, je nutné začít podávat kontinuálně inzulin. Je-li ale klient/pacient stabilizován, kontrolu glykemie lze téměř zcela zredukovat (39).

1.6 Organizace nutriční péče – nutriční tým a stupňovitá nutriční péče

Nutriční péči je nutné zajistit všem klientům/pacientům v nemocnici, kteří jsou k této péči indikováni, ať už z důvodu malnutrice či z odlišných dietních zvyklostí. Způsob nutriční péče je odlišný podle jejího vzniku a typu léčby (dietní intervence, sipping, enterální výživa či parenterální výživa) [29, 32].

Za účelem poskytování nutriční péče by měl být v každé nemocnici stanoven funkční nutriční tým (skupina zdravotnických pracovníků), který je složen z lékařů, nutričních terapeutů a sester, jež by měli tuto nutriční péči koordinovat. Složení nutričního týmu může být ale v jednotlivých nemocnicích variabilní, a to v závislosti na její velikosti, charakteru oddělení a rozsahu péče. Nutriční tým by měl vést lékař, který se specializuje na léčebnou výživu a metabolickou péči. Základními členy nutričního týmu by ale měli být také další lékaři s příslušnými znalostmi, zájmem o problematiku a nejlépe různých základních specializací, jako je např. ARO, chirurgie, interna či biochemie.

Nezastupitelné místo v nutričním týmu má také hlavní nutriční terapeut, jehož úkolem je zajistit koordinaci činností jednotlivých nutričních terapeutů (dříve dietních sester) a spolupráci s lékařem dietologem a nutričními terapeuty stravovacího provozu. Úkolem klinického farmaceuta v nutričním týmu je především zodpovědnost za přípravu vaků pro parenterální výživu, dochází-li k jejich přípravě v nemocniční lékárně, monitorace spektra komerčně vyráběných přípravků a doporučování vhodných preparátů. Dalšími členy týmu mohou být mikrobiolog, psycholog, ústavní dietolog či zástupci hlavních oddělení nemocnice. Na všech odděleních by měl působit lékař, který je orientovaný v léčebné výživě a který s nutričním týmem úzce spolupracuje. Tým nutričních terapeutů pracuje v úzké spolupráci se sesterskými týmy jednotlivých oddělení, provádí odběr nutriční anamnézy, sleduje příjem stravy a identifikuje případné problémy. Hlavní funkcí nutričního týmu je koordinace aktivit, které se zabývají diagnostikou nutričního stavu a aplikací nutriční péče v nemocnici. Jinými slovy je hlavní funkcí nutričního týmu vytipování klientů/pacientů s malnutricí nebo s rizikem jejího vzniku při přijetí do nemocnice a učinit nutriční intervence. Náplní práce nutričního týmu je pak rozpis parenterální a enterální výživy na všech odděleních nemocnice a v ambulantní složce, eventuálně vytvoření doporučených postupů pro nutriční péči v daném zdravotnickém zařízení a spolupráce s farmaceutem a lékárnou. Nutriční tým by se měl scházet v pravidelných intervalech (4 – 6krát do roka) a řešit tak systémové problémy. Členové týmu by však měli na svých odděleních pracovat denně (29, 32, 39, 70).

Stupňovitá nutriční péče v nemocnici spočívá především v dostupnosti nutriční péče pro všechny klienty/pacienty odstupňované podle jejich potřeb. Nutriční péče, která dobře funguje, umožní většinou rychlé rozpoznání hrozícího nebo již existujícího problému s nedostatečnou nebo nevhodně složenou výživou a poté následuje včasná indikace léčebných nutričních opatření, která by měla být v souladu s vývojem celkového stavu klienta/pacienta. Protože by nebylo v silách nutricionistů individuálně vyšetřit všechny klienty/pacienty, bývají hospitalizovaní klienti/pacienti selektováni pomocí nutričního screeningu. Nutriční screening

by měla provádět sestra nebo lékař při příjmu klienta/pacienta a v případě malnutrice by měl následovně nutriční terapeut zhodnotit jeho stav v průběhu 24 - 48 hodin a informovat o jeho stavu ošetřujícího lékaře. Při zvýšeném riziku malnutrice by pak měl být jeho stav zhodnocen nutričním terapeutem v průběhu 48 – 72 hodin a opakovaně po čtrnácti dnech by měl být proveden nutriční screening v případě negativního výsledku, tedy v případě dobře živeného klienta/pacienta. V případě potřeby by pak měla být provedena příslušná nutriční intervence. Nutriční terapeut má většinou zodpovědnost za opatření na úrovni diety nebo také doporučuje, eventuálně realizuje, podání perorálních nutričních doplňků formou sippingu. Za enterální a parenterální výživu je zpravidla zodpovědný ošetřující lékař nebo lékař nutricionista. Vysoce specializovaná nutriční péče se poskytuje klientům/pacientům kriticky nemocným na jednotkách intenzivní péče (především gastroenterologická, kardiologická, hematologická, onkologická, chirurgická, ale také urologická, neurologická, plicní, neurochirurgická či kardiochirurgická) a na resuscitačních odděleních, a to za spolupráce ošetřujícího lékaře a nutričního týmu. Pro klienty/pacienty v metabolickém rozvratu a v těžké komplikované malnutrici jsou pak určeny speciální jednotky intenzivní metabolické péče (JIMP), kde je nutriční péče poskytována s ohledem na specifické metabolické podmínky (selhání jater, ledvin, multiorgánové selhání, akutní pankreatitida, dekompenzace diabetes mellitus apod.) Při jednotkách intenzivní metabolické péče bývají také nutriční ambulance, které zajišťují konziliární a dispenzární péči pro nehospitalizované klienty/pacienty, kteří se nacházejí v nutričním riziku, nebo pro klienty/pacienty na domácí enterální či parenterální výživě (29, 30, 32, 39, 69).

1.7 Kvalita a indikátory kvality poskytované péče

Kvalita je intuitivně vnímaným a v současné době velmi frekventovaným pojmem, který lze definovat mnoha způsoby. Kvalitu zdravotní péče ve zdravotnictví definovala v roce 1966 Světová zdravotnická organizace např. jako souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, určený potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe (10, 51). Kvalita zdravotní péče z roku 1982 je podle Světové zdravotnické organizace definována jako stupeň dokonalosti poskytované zdravotní péče ve vztahu k soudobé úrovni znalostí a technologického vývoje (57, 11). Donabedian definuje kvalitu zdravotní péče jako takovou péči, při které lze očekávat maximální užitek pro klientovo/pacientovo zdraví a očekávaný užitek je ve srovnání s náklady vyšší ve všech fázích léčebného procesu (10). Vlček ve své publikaci definuje kvalitu zdravotní péče jako míru pravděpodobnosti, se kterou poskytnutá péče přinese pro jednotlivce či populaci žádaný výsledek a je ve shodě s odbornými poznatky (72). Kvalita je komplexní pojem, který má řadu dimenzí a kritérií, podle kterých se právě jeho kvalita hodnotí. (28, 60). Představa kvality je ovlivněna hodnotami, které převládají v dané společnosti a individuálními hodnotami lidí, kteří kvalitu péče definují (politici, tvůrci zdravotnické legislativy, zdravotničtí pracovníci). Kvalita poskytovaných zdravotnických služeb by měla být charakterizována a definována s použitím dimenzí kvality, mezi které patří přiměřenost, dostupnost a včasnost, kontinuita, účinnost, vhodnost, efektivita, respekt a lidskost, bezpečnost a také včasnost. Důležité na těchto dimenzích kvality zdravotní péče je to, že je lze definovat a měřit, je pro ně možné najít indikátory kvality (8, 11, 57, 72).

V současné době se řada zdravotnických zařízení zaměřuje právě na zvýšení kvality péče o klienty/pacienty. Motivem tohoto zaměření je především uspokojení požadavků akreditačních standardů, udržení nebo zvýšení počtu pacientů/klientů, zajištění dobré pověsti, ale také přežití v konkurenčních podmínkách, získání kvalifikovaného personálu, nutnost přiblížit se standardu Evropské unie a touha zdravotnického personálu dělat správné věci správně. Každé zdravotnické zařízení

by mělo monitorovat a vyhodnocovat kvalitu poskytované zdravotní péče a současně by také mělo do praxe zavádět Program kontinuálního zvyšování kvality (TQM), jejímž nástrojem je standardizace a audity. Důvodem zavádění tohoto programu do léčebné péče, ošetrovatelské péče, ale také do laboratorní činnosti a fyzioterapie je především zajištění spokojenosti klientů/pacientů a jejich práv při poskytování zdravotní péče. Informace o tom, jaká je kvalita zdravotní péče, získává organizace od samotných klientů/pacientů a jiných interních nebo externích klientů, dále od externích odborníků, z výsledků auditů a z indikátorů kvality. Tyto uvedené zdroje se navzájem liší a umožňují tak získávání dat z různých úhlů profesionální péče. Informace z auditů a z indikátorů jsou užívány nejčastěji. Externí odborníci nebo inspektoři jsou nejvíce autoritativní, naopak klient/pacient a jiní klienti jsou méně objektivní (28, 48, 60).

V České republice je sledování kvality péče podloženo příslušnou legislativou. Jedná se o Metodické opatření č. 5/1998 o akreditaci zdravotnických zařízení, Metodické opatření č. 9/1998 o koncepci ošetrovatelství, Národní politiku podpory jakosti – Usnesením vlády č. 458/2000 a Příkazem ministra č. 22/2006 – Národní program (23).

Kvalitní ošetrovatelská péče je základním cílem současného ošetrovatelství a je charakterizována následujícími znaky. V zemi, ale také v konkrétním zařízení, existuje koncepce ošetrovatelství. Péče je poskytována prostřednictvím ošetrovatelského procesu a je odvozena od jednotlivých potřeb klientů/pacientů. Práce ošetrovatelského personálu je týmová. Ošetrovatelský personál je dostatečně motivován, odborně připraven a dodržuje profesionální etický kodex. Poskytovaná péče je vědecky podložena a do péče jsou aktivně zapojeni také klienti/pacienti. Existuje účinná mezioborová spolupráce. Kvalitu ošetrovatelské péče určují ošetrovatelské standardy, které současně stanovují její měřitelná kritéria. (8, 71).

Ošetrovatelské standardy jsou platné definice přijatelné/kvalitní úrovně ošetrovatelské péče. Mají klíčový význam pro zvyšování kvality péče, protože vymezují minimální úroveň péče, která má být poskytnuta. Pokud není standard dodržen, ošetrovatelská péče se stává rizikovou a ohrožuje zdravotní stav klienta/pacienta.

Ošetrovatelským standardem tedy rozumíme dohodnutou profesní normu či úroveň kvality. Standardy mohou být vydány jako právní předpisy (zákony a vyhlášky), jako metodická opatření Ministerstva zdravotnictví, nebo mohou být vypracovány zdravotnickým zařízením či profesní organizací. Stanovují optimální personální, technické, hygienické a organizační prostředky či vybavení (strukturální standardy), týkají se specificky ošetrovatelských postupů a činností v rámci ošetrovatelského procesu (procesuální standardy) a také celkového hodnocení kvality poskytované péče v daném zařízení, na určitém pracovišti apod. Jednotlivá zdravotnická zařízení jsou povinna dodržovat standardy dané právními předpisy a přijmout vlastní ošetrovatelské standardy, které vycházejí z rámcových standardů doporučených Ministerstvem zdravotnictví (8, 71).

Indikátory kvality jsou měřitelná kritéria, která v porovnání s určitým standardem, směrnicí nebo požadavkem ukazují, jak dalece bylo tohoto standardu dosaženo. Mohou se týkat struktury, procesu nebo výstupu důležitého aspektu procesu nebo péče. Struktura je zaměřena např. na klasifikaci lékařů a sester, počet zaměstnanců, technické vybavení pracoviště, prostorové nároky na péči nebo na protipožární vybavení. Proces je pak zaměřen na měření jeho efektivity nebo správnosti. Zahrnuje např. čekací dobu na příjem, procento nozokomiálních nákaz, fyzický stav oddělení dle specifických kritérií, také úroveň zdravotnické dokumentace (shodu či neshodu s akreditačními standardy) a úroveň ošetrovatelské péče (shodu či neshodu se specifickými ošetrovatelskými standardy). Do výstupu lze zahrnout náklady na lůžko za ošetrovací den, počet stížností na kvalitu péče na tisíc lůžkodnů, správné určení diagnózy, či mobilitu klienta/pacienta při propuštění v porovnání s příjmem. Indikátory kvality mají také specifické a důležité vlastnosti, mezi které patří smysluplnost a neomylnost. Indikátor je ale také kvantita, která nám říká něco o kvalitě. Je to číslo. Je to také výstražný signál nebo značka, která nás může varovat, že něco není v pořádku. Indikátory mohou být zaměřeny na negativní či pozitivní jevy, na lékaře, sestru, klinickou událost nebo na systém. Výsledek indikátoru musí být vždy zasazen do numerického kontextu, který umožní porovnat něco s něčím, protože bez

kontextu by byly indikátory pouhou statistikou a ne nástrojem pro rozvíjení kvality (28, 60).

Rozeznáváme dva druhy indikátorů a dva druhy výstupů. Prvním indikátorem jsou indikátory poměrové (indikátory vztahu a poměru), které jsou založeny na sběru dat a spojování dat o jevech, které se vyskytují s určitou frekvencí a mohou být vyjádřeny jako poměry nebo průměry (opakované rentgenové snímky, komplikace s portem, dekubity apod.). Druhým indikátorem jsou pak indikátory strážní, které se vztahují především na mimořádné události. Pomocí těchto indikátorů je možno identifikovat ty jevy, jejichž výskyt má obvykle za následek okamžité vyšetřování a analýzu příčin. Tyto jevy jsou vždy kritické ojedinělé události a jsou nežádoucí (smrt klienta/pacienta během chirurgického zákroku, požár apod.). Prvním druhem výstupu je srovnání kvality v čase (trendy). Tento druh výstupu je vhodný především pro projekt kontinuálního zvyšování kvality např. ve zdravotnickém zařízení. Druhým typem výstupu je pak srovnání různých jednotek (oddělení jedné nemocnice, různých zdravotnických zařízení, regionů nebo zdravotních systémů). Tento výstup je základním kamenem metody zvané benchmarking, který sdružuje několik nástrojů zvyšování kvality (měření např. výkonu, kvality, efektivity apod., proces učení a intervencí, tedy aplikaci získaných poznatků a zkušeností za účelem dosáhnout stejné úrovně u ostatních (60, 72).

Protože ve zdravotnických zařízeních probíhá současně více složitých procesů, je nemožné monitorovat všechny tyto procesy pomocí indikátorů. Jedním ze základních úkolů při řízení kvality ve zdravotnickém zařízení je tedy výběr a sledování spektra indikátorů. K výběru těch nejlepších indikátorů kvality je vhodné použít kritéria, mezi která patří důležitost, validita, senzitivita a profesionální respekt. Indikátory je ale třeba také kategorizovat, a to podle jejich priorit. První prioritou jsou indikátory rizik. Tyto indikátory jsou velice důležité a je nutné, aby byly dokumentovány a vyhodnocovány co nejdříve. Druhou prioritou jsou klíčové indikátory, které vypovídají o práci oddělení, jsou také důležité a navíc vysoce senzitivní. Třetí prioritou jsou indikátory popisné, které jsou užitečné a mohou se stát důležitými, pokud se výrazně mění jejich

výsledná data. Čtvrtou prioritou jsou pak nedůležitá data. Do této skupiny patří především ty indikátory, které nabízejí informace, jež neříkají nic důležitého (60, 72).

Příkladem indikátorů kvality ošetrovatelské péče jsou např. personální obsazení a kvalifikační struktura, prevalence dekubitů, sledování a vyhodnocování spokojenosti klientů/pacientů s poskytovanou péčí, hlášení mimořádných událostí, hlášení pádů nebo hlášení katetrálních infekcí (28).

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cílem této práce je zmapovat proces identifikace, vyhodnocení a provádění činností k zajištění nutriční péče ve vybraných zdravotnických zařízeních z pohledu vrcholového managementu ošetrovatelství. Dalším cílem je zmapovat, jak významný je to indikátor kvality a jaké vidí představitelé vrcholového managementu ošetrovatelství problémy k vytvoření a udržení standardní situace.

2.2 Hypotézy

H1) Nemocnice používají vypracované kontrolní mechanismy na zjišťování stavu výživy pro dodržování vytvořených standardů nutriční péče.

H2) Nutriční screening provádí sestra všem klientům/pacientům při příjmu.

H3) Nutriční screening se v průběhu hospitalizace opakuje pouze u rizikových klientů/pacientů.

H4) V rámci spolupráce sester s nutričním terapeutem při poskytování standardizované nutriční péče sestry vypracovávají nutriční screening.

H5) Výsledky nutričního screeningu používají sestry jako podklad pro saturaci potřeb výživy.

3. Metodika

3.1 Metodika práce

Ke zpracování empirické části diplomové práce jsme využili kvantitativní metodu výzkumu. Sběr dat byl realizován metodou dotazování technikou dotazníků. Jednalo se o nestandardizovaný dotazník, který byl vytvořen pouze pro účely tohoto výzkumného šetření.

Dotazník obsahoval celkem 29 otázek (příloha 13). Respondenti volili z navrhovaných možností. Mohli zvolit jednu možnost či více možností u některých otázek nebo vepsat vlastní odpověď. Respondent měl také možnost zvolit si odpověď „Nevím“ nebo „Jiné“. V případě respondentem zvolené odpovědi „Jiné“, bylo požádáno doplnění vlastní odpovědi. V závěru dotazníku byl prostor pro případné komentáře či připomínky, které se vztahovaly právě k problematice výživy.

Dotazník byl zaměřen na zmapování procesu identifikace, vyhodnocení a provádění činností k zajištění nutriční péče. Dále byl také zaměřen na zmapování významnosti nutričního screeningu jako indikátoru kvality ošetrovatelské péče a zmapování problémů, které vedou k vytvoření a udržení standardní situace ve vybraných zdravotnických zařízeních z pohledu vrcholového managementu ošetrovatelství.

Výzkumné šetření bylo realizováno v období od února do poloviny března 2010. V průběhu výzkumného šetření byly s časovým odstupem odeslány opakované výzvy.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

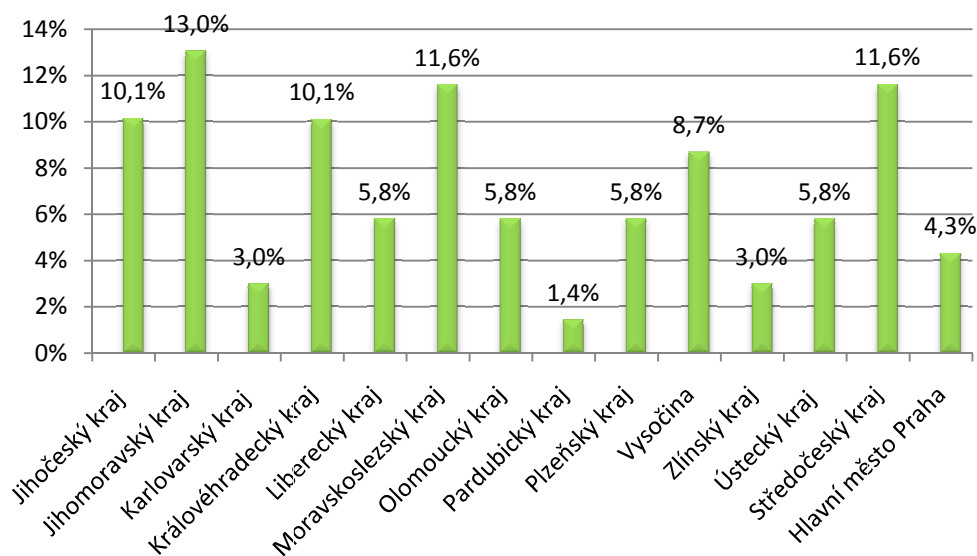
Výzkumný soubor tvořily nemocnice v České republice. Bylo osloveno celkem 152 nemocnic, ve kterých jsme se obraceli na představitele vrcholového managementu ošetrovatelství prostřednictvím elektronické komunikace a České pošty s žádostí o vyplnění dotazníku. Prostřednictvím elektronické komunikace bylo rozesláno 131

dotazníků, prostřednictvím pošty pak 21 dotazníků. Z dotazníků rozeslaných prostřednictvím elektronické komunikace se vrátilo 57 dotazníků elektronickou poštou, 4 dotazníky se vrátily v listinné podobě. Z 21 dotazníků rozeslaných prostřednictvím České pošty se vrátilo v listinné podobě 14 vyplněných dotazníků.

Z celkového počtu 152 rozeslaných dotazníků se vrátilo 75 (49,3 %) dotazníků. 6 (4,0 %) dotazníků bylo vyřazeno pro neúplné, či chybné vyplnění. 77 (50,6 %) dotazníků se nevrátilo. Pro vyhodnocení bylo využito 69 (45,4 %) dotazníků.

Výzkumný soubor nakonec tvořilo 69 (100 %) respondentů (náměstkyně ošetrovatelské péče, hlavní sestry), kteří reprezentují shodný počet nemocnic v České republice, jež se výzkumného šetření zúčastnily.

Graf 1 Zastoupení krajů ve vzorku



Graf znázorňuje jednotlivé zastoupení krajů ve výzkumném souboru. Výzkumný soubor byl tedy tvořen představiteli vrcholového managementu ošetrovatelství z následujících krajů: Jihočeský kraj 7 (10,1 %) respondentů, Jihomoravský kraj 9 (13,0 %), Karlovarský kraj 2 (3,0 %), Královéhradecký kraj 7 (10,1 %), Liberecký kraj 4 (5,8 %), Moravskoslezský kraj 8 (11,6 %), Olomoucký kraj

4 (5,8 %), Pardubický kraj 1 (1,4 %), Plzeňský kraj 4 (5,8 %), Vysočina 6 (8,7 %), Zlínský kraj 2 (3,0 %), Ústecký kraj 4 (5,8 %), středočeský kraj 8 (11,6 %) a Hlavní město Praha 3 (4,3 %) respondenti.

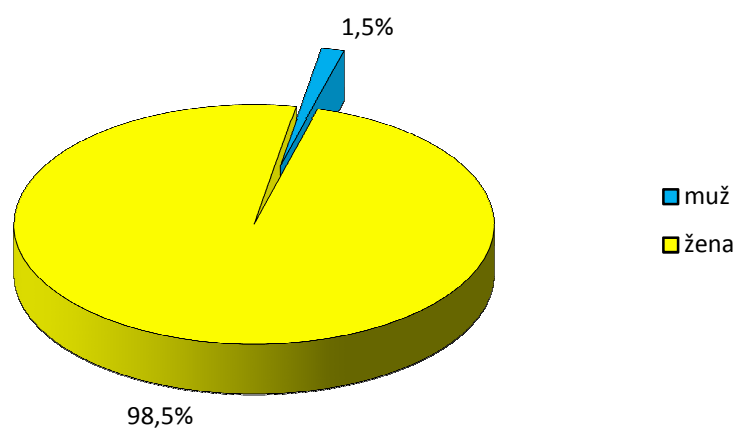
3.2 Statistická analýza

Vyhodnocení dat, která byla získána dotazníkovým šetřením, bylo provedeno analýzou a syntézou dat pomocí programu SPSS 16.0 a Microsoft Office Excel 2007. Výsledky výzkumného šetření byly zobrazeny v datových tabulkách právě programu SPSS a v grafech programu Microsoft Office Excel. Pro výpočty byly použity matematické a deskriptivní statistické funkce. Ke zhodnocení četnosti jsme využili početní zastoupení (Frequency), absolutní procentuální zastoupení ze 100 % respondentů (Percent), validní procentuální zastoupení (Valid percent), ze kterého byli vyřazeni ti respondenti, kteří na danou otázku neodpověděli a kumulativní procentuální četnost (Cumulative percent).

Získaná data byla vzhledem k relativně malému počtu respondentů zaokrouhlena na jedno desetinné místo.

4. Výsledky výzkumného šetření

Graf 2 Pohlaví respondentů



Z celkového počtu 69 (100 %) respondentů tvořilo výzkumný soubor 68 (98,5 %) žen a 1 (1,5 %) muž.

Tabulka 1 Akreditace nemocnice

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	19	27,5	27,5	27,5
	Ne	35	50,7	50,7	78,3
	Ne, ale k akreditaci se připravuje	15	21,7	21,7	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

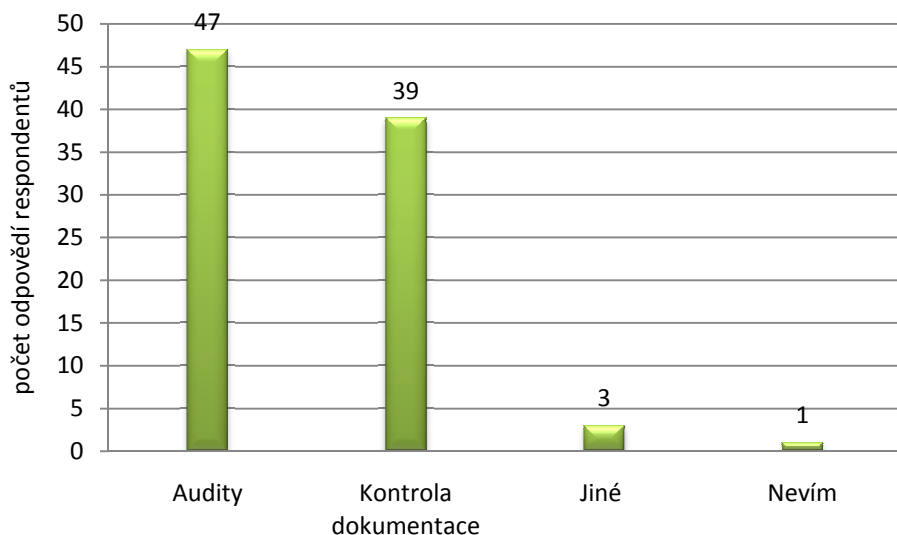
Z celkového počtu 69 (100 %) respondentů, kteří zastupují shodný počet nemocnic, je 19 (27,5 %) nemocnic akreditovaných, 35 (50,7 %) nemocnic akreditovaných není a 15 (21,7 %) nemocnic se k akreditaci připravuje.

Tabulka 2 Existence ošetrovatelských standardů

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	58	84,1	84,1	83,6
	Ne	11	15,9	15,9	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Z celkového počtu 69 (100 %) respondentů, kteří zastupují shodný počet nemocnic, mají v 58 (84,1 %) nemocnicích ošetrovatelské standardy vypracované, v 11 (15,9 %) nemocnicích však tyto standardy vypracované nemají.

Graf 3 Kontrolní mechanismy



U této otázky mohli respondenti označit více možností. Odpovídali pouze ti respondenti, kteří mají vypracované ošetrovatelské standardy týkající se výživy. Odpovídalo 58 respondentů.

Z celkového počtu 90 (100 %) odpovědí jsou nejčastěji používaným kontrolním mechanismem k vypracovaným standardům audity. Tato možnost byla označena čtyřicet sedmkrát (52, 2 % odpovědí). Následovala kontrola dokumentace, která byla označena třicet devětkrát (43,3 % odpovědí). Možnost „*Jiné*“ byla označeno třikrát (3,4 % odpovědí) a „*Nevím*“ jednokrát (1,1 % odpovědí).

Respondenti, kteří zvolili možnost „*Jiné*“, v komentáři uvedli: Pravidelné setkávání nutričního týmu a řešení případných problémů. Pravidelné kontroly ve stravovacím provozu i na oddělení. Spolupráce s nutričním terapeutem.

Tabulka 3 Zázpis snědené porce do dokumentace

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	58	84,1	84,1	84,1
	Ne	11	15,9	15,9	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Z celkového množství 69 (100 %) respondentů, kteří zastupují shodný počet nemocnic, sestry v 58 (84,1 %) nemocnicích do dokumentace zapisují, kolik procent z porce klient/pacient snědl. V 11 (15,9 %) nemocnicích tento zázpis neprovádějí. Odpověď „Nevím“ neoznačil žádný respondent.

Tabulka 4 Indikace zapisování snědené porce do dokumentace

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	U všech klientů/pacientů	3	5,2	5,2	5,2
	Pouze u určité skupiny klientů/pacientů	15	25,9	25,9	31,0
	Pouze u individuálně určených klientů/pacientů	36	62,1	62,1	93,1
	Jiné	4	6,9	6,9	100,0
	Total	58	100,0	100,0	

Z celkového počtu 58 (100 %) respondentů, kteří zastupují shodný počet nemocnic, uvedli 3 (5,2 %) respondenti, že zázpis do dokumentace provádějí u všech klientů/pacientů, 15 (25,9 %) respondentů uvedlo, že zázpis provádějí pouze u určité

skupiny klientů/pacientů, 36 (62,1 %) respondentů uvedlo, že zápis provádějí pouze u individuálně určených klientů/pacientů. Možnost „*Jiné*“ zvolili 4 (6,9 %) respondenti a možnost „*Nevím*“ nezvolil žádný respondent.

Respondenti, kteří uvedli „*Jiné*“, doplnili: U pacientů v riziku malnutrice a s problémem přijímání stravy. Malnutrice, dekubity, psychické alterace, demence, Alzheimerova choroba, nesoběstační pacienti. Na základě nutričního dotazníku, rizika, anamnézy. Mimo hospitalizaci do tří dnů a terminální stavy.

Tabulka 5 Způsob nakládání se získanými informacemi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Získané informace konzultují s lékařem	6	10,3	10,3	10,3
	Získané informace konzultují s nutričním terapeutem	7	12,1	12,1	22,4
	Získané informace konzultují s lékařem, s nutričním terapeutem i s rodinou	38	65,5	65,5	87,9
	Se získanými informacemi nic nedělají	2	3,4	3,4	91,4
	Získané informace konzultují s lékařem a s nutričním terapeutem	5	8,6	8,6	100,0
	Total	58	100,0	100,0	

Z celkového počtu 58 (100 %) respondentů, uvedlo 6 (10,3 %) respondentů, že sestry získané informace o množství snědené stravy konzultují s lékařem, 7 (12,1 %)

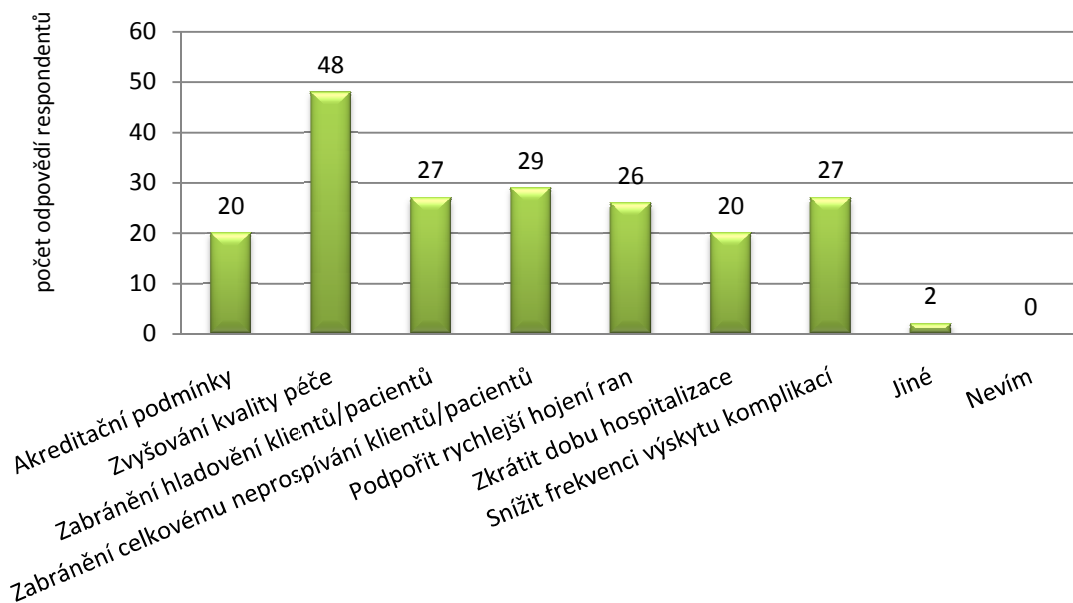
respondentů označilo, že sestry získané informace konzultují s nutričním terapeutem, 38 (65,5 %) respondentů označilo, že sestry získané informace konzultují s lékařem, s nutričním terapeutem i s rodinou, 2 (3,4 %) respondenti pak uvedli, že sestry se získanými informacemi nic nedělají a 5 (8,6 %) respondentů uvedlo, že získané informace sestry konzultují s lékařem a s nutričním terapeutem. Odpověď „Získané informace konzultují s rodinou“, „Jiné“ a „Nevím“ nevolil žádný respondent.

Tabulka 6 Zavedení standardizované nutriční péče

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	50	72,0	72,0	72,0
	Ne	19	28,0	28,0	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Z celkového počtu 69 (100 %) nemocnic, které zastupuje shodný počet respondentů, mají zavedenou standardizovanou nutriční péči v 50 (72,0 %) nemocnicích. V 19 (28,0 %) nemocnicích pak standardizovaná nutriční péče zavedena není. Možnost „Nevím“ nevolil žádný respondent.

Graf 4 Příčiny vedoucí k zavedení standardizované nutriční péče



Respondenti mohli volit více odpovědí. Z celkového počtu 199 (100 %) odpovědí se stalo nejčastějším důvodem k zavedení standardizované nutriční péče zvyšování kvality péče. Tato možnost byla označena čtyřicet osmkrát (24,1 % odpovědí). Následovalo zabránění celkovému neprospívání klientů/pacientů, které bylo označeno dvacet devětkrát (14,6 % odpovědí), a zabránění hladovění klientů/pacientů, jenž bylo označeno dvacet sedmkrát (13,6 % odpovědí). Důvodem k zavedení standardizované nutriční péče bylo také snížit frekvenci výskytu komplikací, jenž bylo označeno dvacet sedmkrát (13,6 % odpovědí), podpořit rychlejší hojení ran, které bylo označeno dvacet šestkrát (13,1 % odpovědí) a zkrátit dobu hospitalizace, které bylo označeno 20krát (10,1 % odpovědí). Dvacetkrát (10,1 % odpovědí) pak byla respondenty označena možnost „Akreditační podmínky“ a dvakrát (1,0 % odpovědí) možnost „Jiné“. „Nevím“ neoznačil žádný respondent.

Respondenti, kteří zvolili možnost „Jiné“, v komentáři uvedli mediální zprávy a počet hladovějících pacientů v nemocnicích.

Tabulka 7 Přehled provádění činností v rámci nutričního screeningu a hodnocení nutričního stavu

	Četnost			
	Provádějí		Neprovádějí	
	Počet	%	Počet	%
Nutriční anamnéza	48	96,0	2	4,0
Stanovení tělesné hmotnosti	44	88,0	6	8,0
Stanovení BMI (Body Mass index)	47	94,0	3	6,0
Stanovení výšky	37	74,0	13	26,0
Měření kožních řas a tělesných obvodů	19	38,0	31	62,0
Odběry biologického materiálu k laboratornímu vyšetření	35	70,0	15	30,0

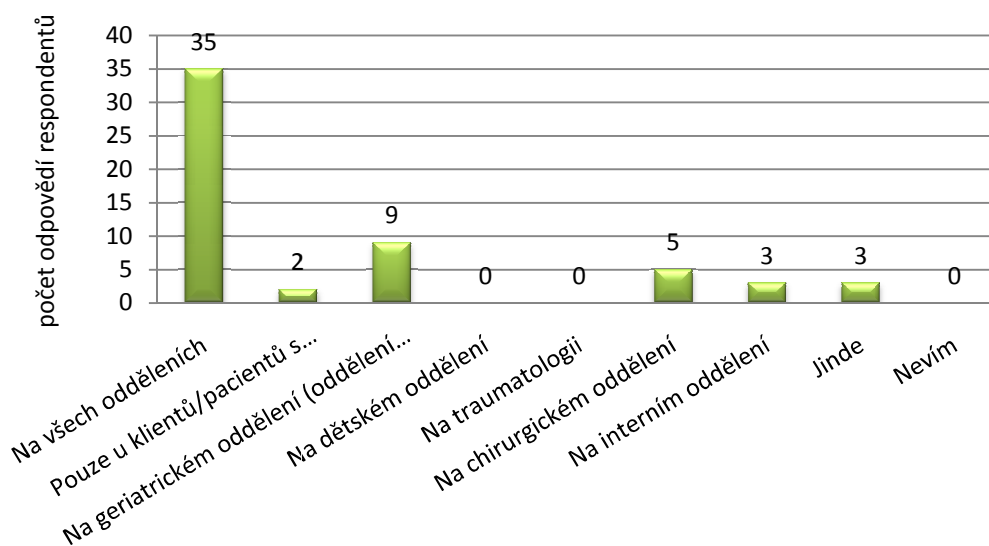
Nutriční anamnézu odebírají běžně ve 48 (96 %) nemocnicích, ve 2 (4,0 %) nemocnicích pak nutriční anamnézu běžně neodebírají. Tělesnou hmotnost stanovuje běžně 44 (88,0 %) nemocnic, 6 (8,0 %) nemocnic nikoli. BMI stanovuje 47 (94 %) nemocnic, 3 (6,0 %) nemocnice BMI běžně nestanovuje. Stanovení výšky běžně provádějí ve 37 (74,0 %) nemocnicích, naopak ve 13 (26 %) nemocnicích stanovení výšky neprovádějí. Kožní řasy a tělesné obvody běžně měří pouze v 19 (38,0 %) nemocnicích, v 31 (62,0 %) nemocnicích toto neprovádějí. Odběry biologického materiálu k laboratornímu vyšetření provádějí v 35 (70,0 %) nemocnicích, v 15 (30,0 %) nemocnicích pak odběry biologického materiálu běžně neprovádějí.

Tabulka 8 Znázornění odpovědí „Jiné“

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Provádí	1	2,0	2,0	2,0
	Neprovádí	49	98,0	98,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Tabulka 8 se vztahuje k tabulce 7. Respondenti měli také prostor pro dopsání jiných možností, které v rámci nutričního screeningu na odděleních běžně provádějí. Tuto možnost využil z celkového počtu 50 (100 %) pouze 1 (2,0 %) respondent, jehož odpověď zní následovně: „Bioimpedanční měření - podíl svaloviny, tuku, vody, viscerálního tuku a podíl kostí v těle“.

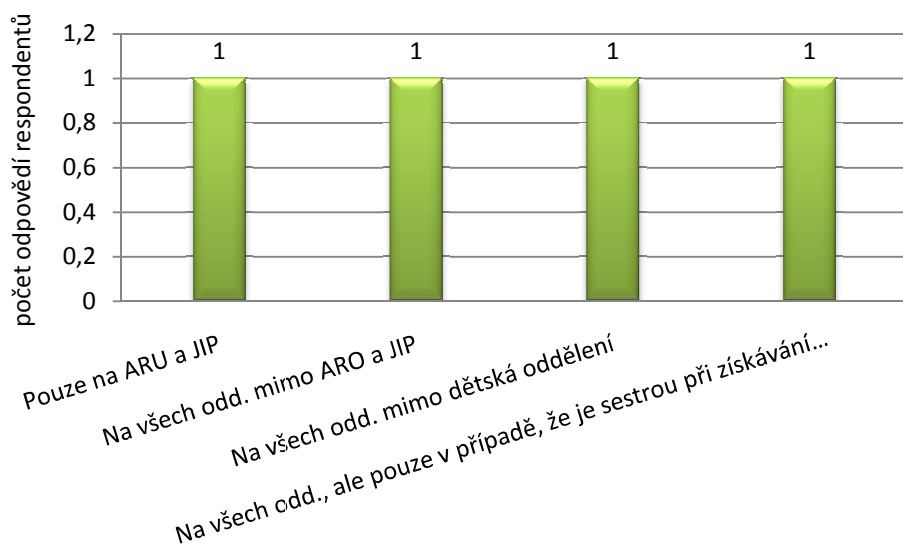
Graf 5 Oddělení, na kterých je nutriční screening prováděn



Zde byla možnost vybrat více odpovědí. Z celkového počtu 54 (100 %) odpovědí bylo respondenty třicet pětkrát (64,8 % odpovědí) uvedeno, že nutriční

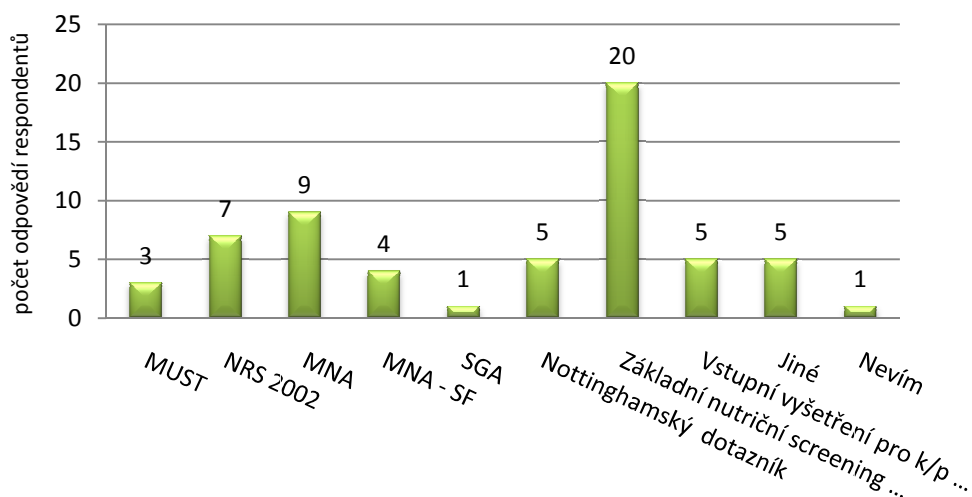
screening provádějí na všech odděleních, devětkrát (16,7 % odpovědí) pak bylo uvedeno, že nutriční screening provádějí na geriatrickém oddělení (oddělení následné péče), pětkrát (9,3 % odpovědí) respondenti uvedli, že nutriční screening provádějí na interním oddělení, třikrát (5,6 % odpovědí) byla zvolena možnost „*Jinde*“ a dvakrát (3,7 % odpovědí) bylo respondenty uvedeno, že nutriční screening provádějí pouze u klientů/pacientů s onkologickým onemocněním. Možnost „*Na dětském oddělení*“, „*Na traumatologii*“, „*Na chirurgickém oddělení*“ a „*Nevím*“ nezvolil žádný respondent.

Graf 6 Znárodnění odpovědí „*Jiné*“



Graf 6 se vztahuje ke grafu 5. Z celkového počtu 3 respondentů, kteří v předchozí otázce využili možnost „*Jiné*“, uvedl 1 respondent, že nutriční screening provádí pouze na Jednotkách intenzivní péče a na Anesteziologicko-resuscitačním oddělení. 1 respondent uvedl, že nutriční screening provádí na všech odděleních mimo Jednotky intenzivní péče a Anesteziologicko-resuscitační oddělení. 1 respondent uvedl, že nutriční screening provádí na všech odděleních mimo oddělení dětská, a 1 respondent uvedl, že nutriční screening provádějí na všech odděleních, ale pouze v případě, že je sestrou při získávání anamnézy zjištěn problém v příjmu stravy.

Graf 7 Používané screeningové nástroje k nutričnímu hodnocení



U této otázky mohli respondenti zvolit více možností. Z celkového počtu 60 (100 %) odpovědí se nejvíce používaným screeningovým nástrojem k nutričnímu hodnocení stal Základní nutriční screening, který je zpracován s použitím Nottinghamského dotazníku. Tento screeningový nástroj byl označen dvacetkrát (33,3 % odpovědí). Následoval MNA - Mini Nutritional Assessment, který byl respondenty označen devětkrát (15,0 % odpovědí), a NRS 2002 - Nutritional Risk Screening 2002, který byl označen sedmkrát (11,7 % odpovědí). Pětkrát (8,3 % odpovědí) pak byl označen Nottinghamský screeningový dotazník, který je zpracován s použitím Nottinghamského dotazníku, dále také Vstupní vyšetření pro klienty/pacienty v pokročilém věku, které je zpracováno s použitím MNA, a možnost „Jiné“. Čtyřikrát (6,7 % odpovědí) byla označena zkrácená verze MNA tzv. Mini Nutritional Assessment – Short Form (MNA – SF) a třikrát (5,0 % odpovědí) MUST - Malnutrition Universal Screening Tool. Možnost „SGA – Subjective Global Assessment“ a „Nevím“ byla respondenty zvolena jednkrát (1,7 % odpovědí).

Odpovědi na zvolenou možnost „*Jiné*“ byly následující: Přepracovaný základní nutriční screening podle Nottinghamského dotazníku, dále Nutriční screening upravený pro podmínky naší nemocnice, Vlastní screeningový nástroj, který je upravený z výše uvedených nástrojů, dle NUTRICIA, modifikovaný dle našich potřeb a screeningový nástroj v rámci ošetřovatelské anamnézy.

Tabulka 9 Provádění nutričního screeningu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Vždy při příjmu klienta/pacienta	26	52,0	52,0	52,0
	Během prvních 24 hodin od přijetí	22	44,0	44,0	96,0
	Jindy	2	4,0	4,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Z celkového množství 50 (100 %) respondentů, uvedlo 26 (52,0 %) respondentů, že nutriční screening provádí vždy při příjmu klienta/pacienta. 22 (44,0 %) respondentů uvedlo, že nutriční screening provádějí během prvních 24 hodin od přijetí a možnost „*Jindy*“ zvolili 2 (4,0 %) respondenti. Možnost „*Nevím*“ neoznačil žádný respondent.

Respondenti, kteří uvedli „*Jindy*“, doplnili: do pěti dní od přijetí a do 48 hodin od přijetí.

Tabulka 10 Opakování nutričního screeningu po dobu hospitalizace

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano, u všech nehledě na dobu hospitalizace	6	12,0	12,0	12,0
	Ano, u všech, kteří jsou hospitalizováni déle než 72 hodin	7	14,0	14,0	26,0
	Ano, pouze u rizikových klientů/pacientů	31	62,0	60,0	88,0
	Ne	6	12,0	12,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

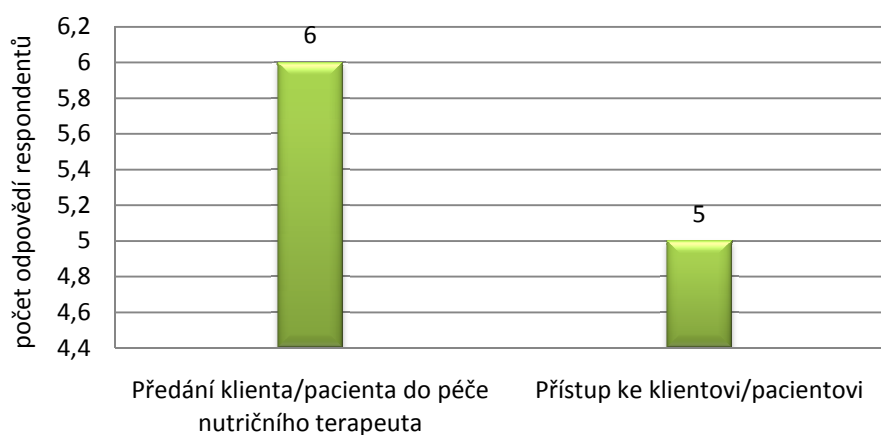
Z celkového počtu 50 (100 %) respondentů uvedlo 6 (12,0 %) respondentů, že nutriční screening opakují u všech klientů/pacient nehledě na dobu hospitalizace. 7 (14,0 %) respondentů uvedlo, že opakují nutriční screening u všech klient/pacientů, kteří jsou hospitalizováni déle než 72 hodin, 31 (62,0 %) respondentů pak uvedlo, že nutriční screening opakují pouze u rizikových klientů/pacientů, a 6 (12,0 %) respondentů uvedlo, že nutriční screening dále neopakují. Možnost „Nevím“ neoznačil žádný respondent.

Tabulka 11 Časový prostor sester na klienta/pacienta v nutričním riziku

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	31	62,0	62,0	62,0
	Ne	2	4,0	4,0	66,0
	Nevím	3	6,0	6,0	72,0
	Specifikace situace	14	28,0	28,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Z celkového množství 50 (100 %) respondentů se jich 31 (62,0 %) domnívá, že sestry mají dostatek časového prostoru. 2 (4,0 %) respondenti si ale naopak myslí, že sestry dostatek časového prostoru nemají, 3 respondenti nevědí, zda sestry mají dostatek časového prostoru, a 14 (28,0 %) respondentů využilo možnost tuto situaci specifikovat.

Graf 8 Specifikace situace – shrnutí



Graf se vztahuje k tabulce 11. V grafu jsou znázorněny dvě hlavní oblasti, do kterých byly zařazeny odpovědi respondentů se shodnými znaky. První oblastí jsou

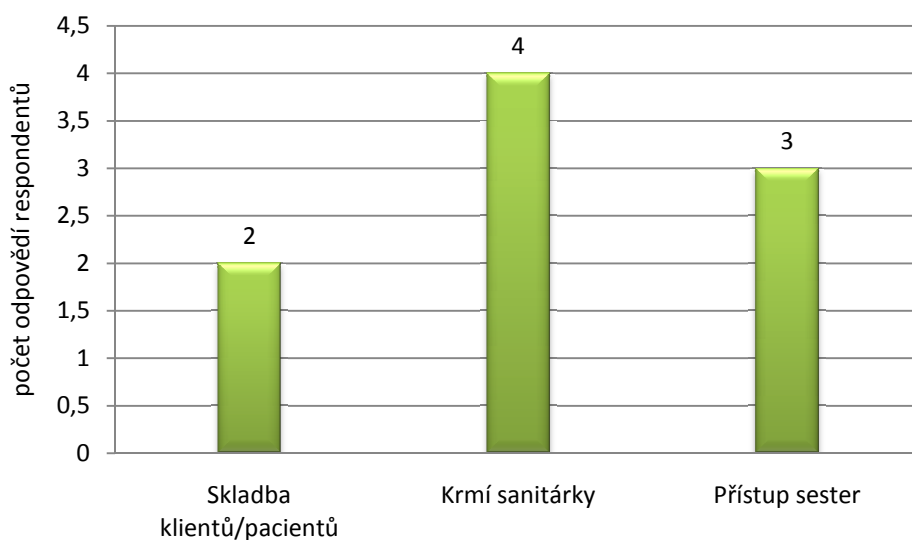
odpovědi se shodným znakem, kterým je předání péče o klienta/pacienta nutričnímu terapeutovi. Tento znak se shodoval u šesti respondentů. Druhou oblastí jsou pak odpovědi se shodným znakem: přístup ke klientovi/pacientovi. Shodoval se u pěti respondentů.

Tabulka 12 Časový prostor sester k nakrmení nesoběstačného klienta/pacienta v nutričním riziku

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	34	68,0	68,0	68,0
	Ne	1	2,0	2,0	70,0
	Nevím	4	8,0	8,0	78,0
	Specifikace situace	11	22,0	22,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Z celkového množství 50 (100 %) respondentů se jich 34 (68,0 %) domnívá, že sestry mají potřebný časový prostor k tomu, aby mohly nakrmit klienta/pacienta, který se nachází v nutričním riziku a je nesoběstačný. 1 (2,0 %) respondent si myslí, že potřebný časový prostor nemají, 4 (8,0 %) respondenti nevědí, zda sestry mají potřebný časový prostor, a 11 (22,0 %) respondentů využilo možnost specifikovat tuto situaci.

Graf 9 Specifikace situace - shrnutí



Graf se vztahuje k tabulce 12. Jsou zde znázorněny tři hlavní oblasti, do kterých byly zařazeny odpovědi respondentů se shodnými znaky. První oblastí jsou 2 odpovědi, ve kterých bylo udáno, že záleží na skladbě klientů/pacientů. Ve druhé oblasti jsou zařazeny odpovědi se shodným znakem, kterým je důvod, že mají dostatek nižšího zdravotnického personálu, a tudíž klienty/pacienty krmí sanitárky. Tento společný znak byl uveden čtyřmi respondenty. Přístup sester byl pak společným znakem třetí skupiny, který byl udán třemi respondenty.

Tabulka 13 Individuální přístup sester ke klientům/pacientům při uspokojování potřeb výživy

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	40	80,0	80,0	80,0
	Ne	5	10,0	10,0	90,0
	Nevím	5	10,0	10,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Z celkového počtu 50 (100 %) respondentů si 40 (80,0 %) respondentů myslí, že sestry přistupují ke každému klientovi/pacientovi při uspokojování potřeb výživy individuálně. 5 (10,0 %) respondentů si ale naopak myslí, že sestry individuální přístup nemají, a 5 (10,0 %) respondentů neví, zda sestry přistupují ke klientovi/pacientovi při uspokojování potřeb výživy individuálně.

Tabulka 14 Respektování klientova/pacientova přání v oblasti jídla

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	43	86,0	86,0	86,0
	Ne	2	4,0	4,0	90,0
	Nevím	5	10,0	10,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Odpovídali pouze ti respondenti, v jejichž nemocnici je zavedena standardizovaná nutriční péče. Odpovídalo tedy 50 respondentů.

Z celkového počtu 50 (100 %) respondentů se 43 (86,0 %) respondentů domnívá, že sestry respektují klientovo/pacientovo přání v oblasti jídla. 2 (4,0 %) respondentů

respondenti si naopak myslí, že klientovo/pacientovo přání v oblasti jídla není sestrami respektováno. Možnost „Nevím“ zvolilo 5 (10,0 %) respondentů.

Tabulka 15 Existence nutričního týmu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	41	82,0	82,0	82,0
	Ne	9	18,0	18,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Z celkového počtu 50 (100 %) respondentů, kteří zastupují shodný počet nemocnic, existuje nutriční tým v 41 (82,0 %) nemocnicích, v 9 (18,0 %) nemocnicích nutriční tým zavedený není.

Tabulka 16 Nutriční terapeut v nutričním týmu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	39	78,0	78,0	78,0
	Ne	3	6,0	6,0	84,0
	Nutriční terapeut funguje bez nutričního týmu	7	14,0	14,0	98,0
	Nevím	1	2,0	2,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Z celkového počtu 50 (100 %) respondentů, kteří zastupují shodný počet nemocnic, je ve 39 (78,0 %) nemocnicích nutriční terapeut v nutričním týmu k dispozici, ve 3 (6,0 %) nemocnicích ale nutriční terapeut v nutričním týmu k dispozici není. V 7 (14,0 %) nemocnicích nutriční terapeut funguje i bez nutričního týmu a v 1 (2,0 %) nemocnici neví, zda je v nutričním týmu k dispozici nutriční terapeut, nebo ne.

Tabulka 17 Opakování nutričního screeningu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	31	62,0	62,0	62,0
	Ne	19	38,0	38,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Z celkového počtu 50 (100 %) respondentů, kteří zastupují shodný počet nemocnic, jich 31 (62,0 %) uvedlo, že sestry nutriční screening opakují ve spolupráci s nutričním terapeutem. 19 (38,0 %) respondentů však uvedlo, že sestry nutriční

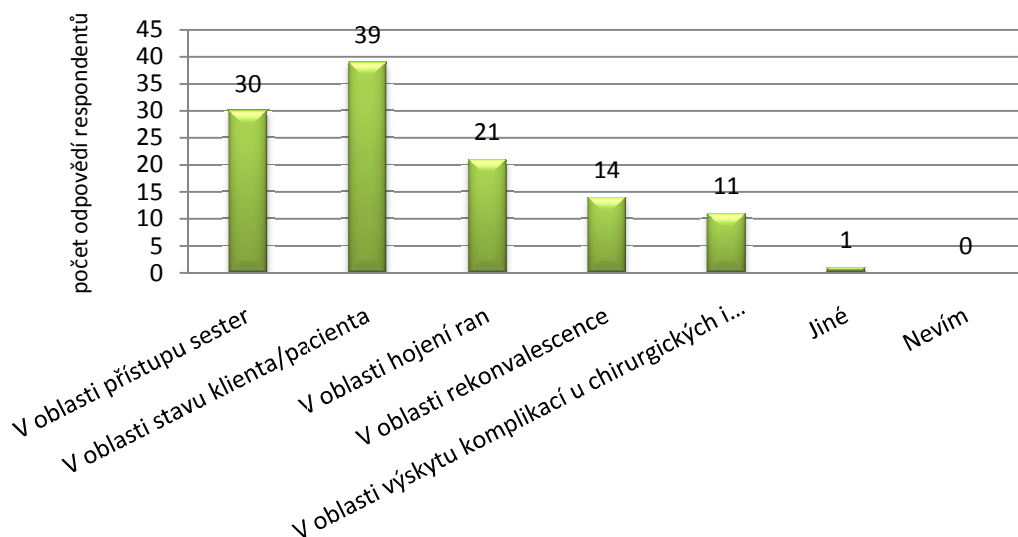
screening ve spolupráci s nutričním terapeutem neopakují. Možnost „Nevím“ nezvolil žádný respondent.

Tabulka 18 Změny po zavedení standardizované nutriční péče

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano, pozitivní	32	64,0	64,0	64,0
	Ano, pozitivní i negativní	14	28,0	28,0	92,0
	Žádné změny jsme nezaznamenali	1	2,0	2,0	94,0
	Nevím	3	6,0	6,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Z celkového počtu 50 (100 %) respondentů 32 (64,0 %) respondentů uvedlo, že zaznamenali pozitivní změny, 14 (28,0 %) respondentů uvedlo, že zaznamenali jak pozitivní, tak také negativní změny, a 1 (2,0 %) respondent uvedl, že žádné změny nezaznamenali. 3 (6,0 %) respondenti nevědí, zda nějaké změny zaznamenali.

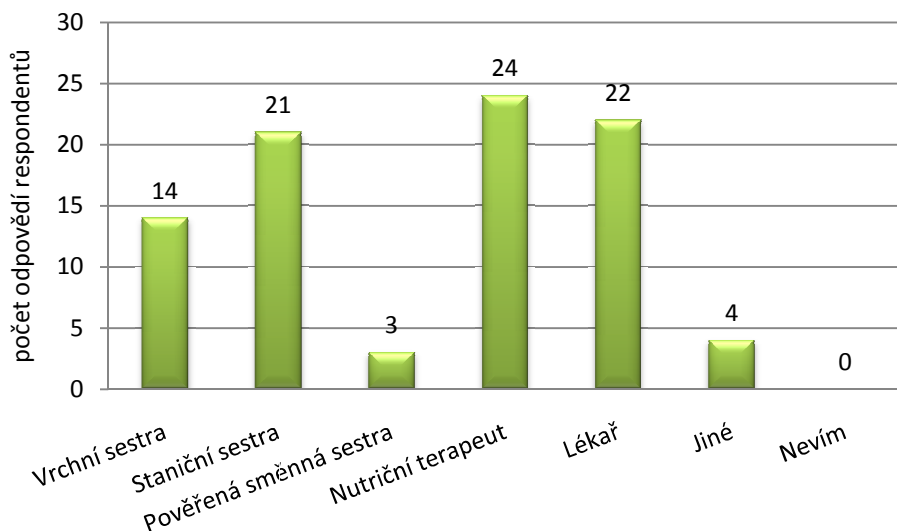
Graf 10 Oblasti změn



Respondenti mohli vybrat více odpovědí. Na tuto otázku odpovídali ti respondenti, v jejichž nemocnici je zavedena standardizovaná nutriční péče a kteří zároveň uvedli, že zaznamenali pozitivní či negativní změny po zavedení standardizované nutriční péče. Odpovídalo tedy 46 respondentů.

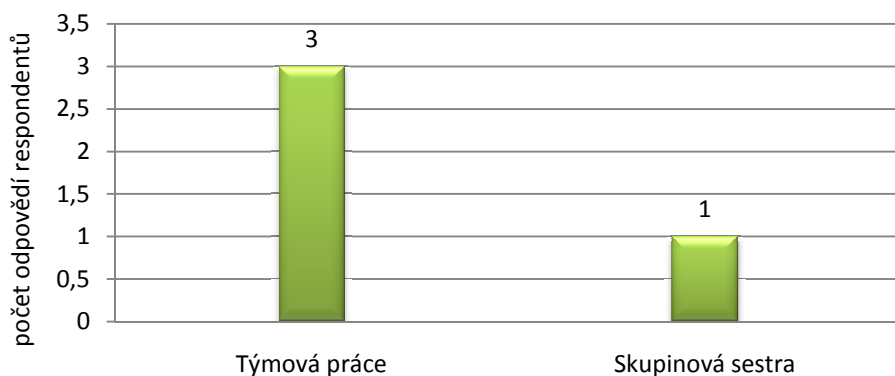
Z celkového počtu 116 (100 %) odpovědí byly nejčastěji zaznamenány změny v oblasti stavu klienta/pacienta. Tuto možnost zvolili respondenti třicet devětkrát (33,6 % odpovědí). Druhé místo obsadily změny v oblasti přístupu sester, které byly označeny třicetkrát (25,9 % odpovědí). Následovaly změny v oblasti hojení ran, které byly respondenty označeny dvacet jednkrát (18,1 % odpovědí). Čtrnáctkrát (12,1 % odpovědí) pak byla označena možnost „V oblasti rekonvalescence“, jedenáctkrát (9,5 % odpovědí) „V oblasti výskytu komplikací chirurgických i nechirurgických klientů/pacientů“ a jednkrát (0,9 % odpovědí) byla zvolena možnost „Jiné“, ve které respondent uvedl, že je to individuální dle stavu klienta/pacienta, ale v podstatě se pozitivní změny objevují ve všech uvedených oblastech. Odpověď „Nevím“ nezvolil žádný respondent.

Graf 11 Představitelé řízení standardizované nutriční péče na oddělení



Zde mohli respondenti volit více možností. Z celkového počtu 88 (100 %) odpovědí byla čtrnáctkrát (15,9 % odpovědí) označena možnost „*Vrchní sestra*“, dvacet jednkrát (23,9 % odpovědí) možnost „*Staniční sestra*“, třikrát (3,4 % odpovědí) „*Pověřená směnná sestra*“, dvacet čtyřikrát (27,3 % odpovědí) možnost „*Nutriční terapeut*“, dvacet dvakrát (25,0 % odpovědí) „*Lékař*“ a čtyřikrát (4,5 % odpovědí) možnost „*Jiné*“.

Graf 12 Znárodnění odpovědí „Jiné“



Graf 12 se vztahuje ke grafu 11. Z celkového počtu 4 respondentů, kteří v předchozí otázce využili odpověď na možnost „Jiné“, uvedl 1 respondent, že na jednotlivých odděleních řídí standardizovanou nutriční péči skupinová sestra. 3 respondenti uvedli, že řízení standardizované nutriční péče na odděleních je týmovou záležitostí.

Tabulka 19 Význam standardizované nutriční péče

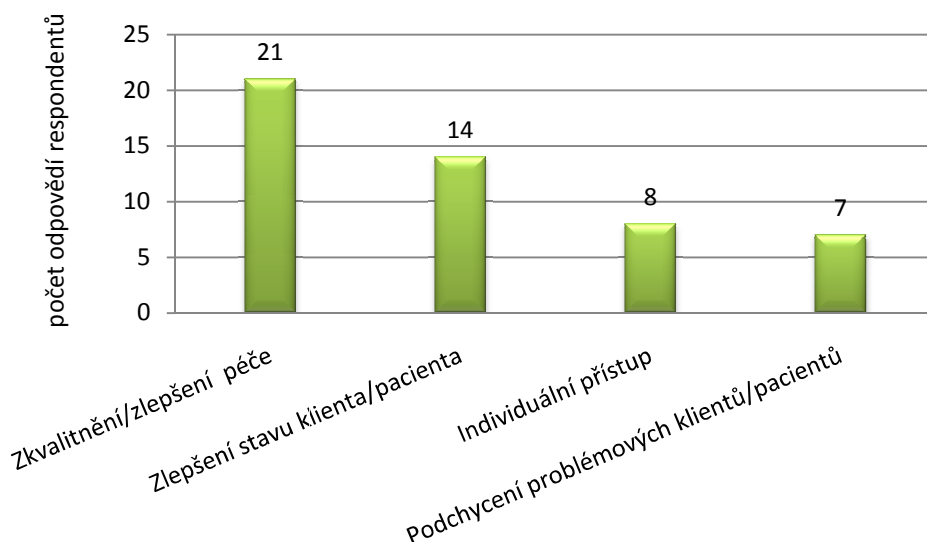
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	65	94,2	94,2	94,2
	Ne	1	1,4	1,4	95,7
	Nevím	3	4,3	4,3	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Z celkového množství 69 (100 %) respondentů se 65 (94,2 %) respondentů domnívá, že standardizovaná nutriční péče význam má. 3 (4,3 %) respondenti nevědí, zda má standardizovaná nutriční péče význam, a 1 (1,4 %) respondent uvedl, že standardizovaná nutriční péče význam nemá.

Odovědi respondentů na otevřenou otázku 24a

Na tuto otázku neodpovídali 4 respondenti, kteří v předchozí otázce (tabulka 19) uvedli možnost „Ne“, nebo „Nevím“. Jedná se o respondenty, kteří si myslí, že standardizovaná nutriční péče význam nemá, nebo kteří nevědí, zda tato péče význam má. V následujícím grafu jsou shrnuty nejčastější okruhy odpovědí.

Graf 13 Shrnutí nejčastějších okruhů odpovědí otevřené otázky 24a

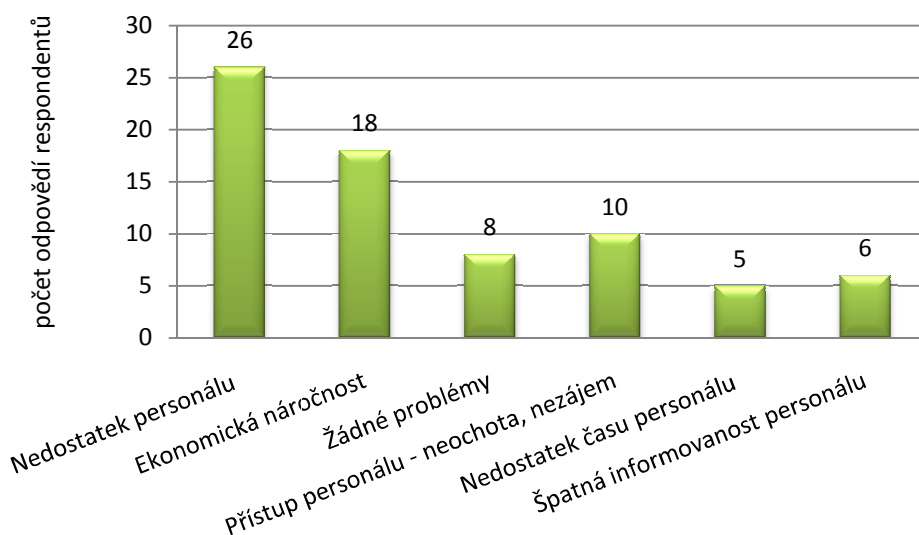


Graf znázorňuje odpovědi respondentů na otázku 24a. Dvacet jednkrát bylo respondenty uvedeno, že vidí význam standardizované nutriční péče především ve zkvalitnění/zlepšení péče, čtrnáctkrát pak bylo respondenty uvedeno, že vidí význam standardizované nutriční péče ve zlepšení stavu klienta/pacienta. Význam standardizované nutriční péče vidí respondenti také v individuálním přístupu ke klientovi/pacientovi, což bylo uvedeno osmkrát, a v podchycení problémových klientů/pacientů, což bylo uvedeno sedmkrát.

Odpovědi respondentů na otevřenou otázku 25

Zde odpovídalo všech 69 (100 %) respondentů. Odpovědi respondentů jsou pro lepší přehlednost a snazší orientaci shrnuty a zobrazeny v šesti okruzích odpovědí, které jsou zobrazeny v následujícím grafu.

Graf 14 Shrnutí otevřené otázky 25



Graf znázorňuje nejčastěji se vyskytující problémy či příčiny, které podle respondentů vedou k vytvoření a udržení standardní situace v nutriční péči. Nejčastější příčinu vidí respondenti v nedostatku personálu (sestry, nutriční terapeuti, nižší zdravotnický personál). Tento důvod byl udán dvacet šestkrát. Osmnáctkrát byla uvedena další, výrazná příčina, kterou se stal nedostatek financí. Desetkrát pak bylo respondenty uvedeno, že vidí problém či příčinu v přístupu personálu (sester, lékařů, nižšího zdravotnického personálu), v jejich neochotě a nezájmu. Osmkrát respondenti uvádí, že žádnou příčinu nevidí. Častým důvodem je také špatná informovanost

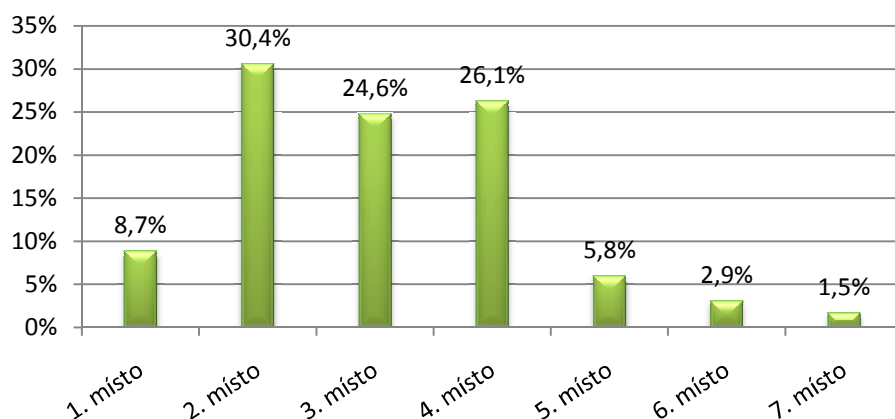
personálu (sester, lékařů), což bylo uvedeno respondenty šestkrát a nedostatek času personálu (sester, lékařů, nižšího zdravotnického personálu), což bylo uvedeno pětkrát.

Tabulka 20 Významnost nutričního screeningu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano, nutriční screening je významným indikátorem kvality	67	97,1	97,1	97,1
	Ne, nutriční screening nemá význam pro kvalitu	2	2,9	2,9	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Z celkového počtu 69 (100 %) respondentů si většina, tedy 67 (97,1 %) respondentů myslí, že nutriční screening významným indikátorem kvality je. Pouze 2 (2,9 %) respondenti si myslí, že nutriční screening žádný význam pro kvalitu nemá. Možnost „*Nevím*“ ne zvolil žádný respondent.

Graf 15 Význam nutričního screeningu



Z celkového počtu 69 (100 %) respondentů by jich 6 (8,7 %) umístilo provádění nutričního screeningu na 1. místo. Na 2. místo by pak umístilo provádění nutričního screeningu 21 (30,4 %) respondentů, což je nejvíce. Na 3. místo umístilo provádění nutričního screeningu 17 (24,6 %) respondentů, na 4. místo 18 (26,1 %) respondentů, na 5. místo 4 (5,8 %) respondenti, na 6. místo 2 (2,9 %) respondenti a na 7. místo 1 (1,5 %) respondent.

Tabulka 21 Pořádání vzdělávacích akcí

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	58	84,1	84,1	84,1
	Ne	11	15,9	15,9	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Z celkového množství 69 (100 %) respondentů, kteří zastupují shodný počet nemocnic, 11 (15,9 %) nemocnic vzdělávací akce pro personál v problematice výživy nepořádá, naopak 58 (84,1 %) nemocnic tyto akce pořádá

Komentáře či připomínky vztahující se k problematice výživy

V závěru dotazníku byl také prostor pro případné komentáře či připomínky vztahující se k problematice výživy. Tuto možnost využilo 6 (4,1 %) respondentů z celkového počtu 69 (100 %). Komentáře k této otázce jsou uvedeny v nezměněné podobě v zájmu zachování objektivnosti jejich vyjádření.

- *„Vzhledem k naší velmi negativní zkušenosti s menšími, zejména privátními zařízeními doporučuji zaměřit pozornost zejména do této oblasti.“*
- *„Dle zkušeností soudím, že velkým problémem dodržování systému standardů nutriční péče je nedostatek kvalifikovaného personálu a leckdy nepochopení věci ze strany lékařů.“*
- *„Největším problémem je jistě nedostatek peněz na kvalitní stravu, odpovídající požadavkům zdravé výživy, dále někdy nedostatečné vybavení stravovacího provozu a dále i možnost zajistit vhodného dodavatele.“*
- *„ V současné době pracujeme na tvorbě standardů, nově vzniklo oddělení nutričních terapeutů.“*
- *„Výživě by se měli v nemocnici věnovat nutriční terapeuté a neměly by se těmito otázkami zabývat všeobecné sestry. Myslím si, že té administrativy je již tolik, že toto by mělo být v kompetenci nutričního terapeuta, ale bohužel asi v takovém obsazení, v jakém jsou nemocnice, to asi nezvládneme.“*
- *„Začínáme se standardizovanou nutriční péčí.“*

5. Diskuze

Cílem této diplomové práce byla především snaha zmapovat proces identifikace, vyhodnocení a provádění činností k zajištění nutriční péče. Dalším cílem této práce bylo také zmapování významnosti nutričního screeningu jako indikátoru kvality ošetrovatelské péče a zmapování problémů, které vedou k vytvoření a udržení standardní situace ve vybraných zdravotnických zařízeních. Na základě získaných výsledků pak byly informace zpracovány a následně potvrzeny, nebo vyvráceny předpokládané hypotézy.

Pro toto výzkumné šetření byl stanoven výzkumný soubor, který se skládal z představitelů vrcholového managementu ošetrovatelství z vybraných nemocnic v České republice. Ke sběru dat byly použity dotazníky, jenž byly vytvořeny pouze pro účely této práce. Rozeslány byly prostřednictvím elektronické komunikace a České pošty. Výzkumné šetření proběhlo v nemocnicích v České republice.

Při realizaci výzkumného šetření jsme se setkali překvapivě s velkým nezájmem ze strany představitelů vrcholového managementu ošetrovatelství. Dotazníky byly rozesílány prostřednictvím elektronické komunikace a prostřednictvím České pošty. Bohužel, ale i přes opakované výzvy a prosby o vyplnění dotazníku se z celkového množství 152 rozeslaných dotazníků vrátilo pouze 75 dotazníků vyplněných. Jako nejčastější důvod odmítnutí vyplnit dotazník bylo uvedeno, že v současné době probíhá v respondentově nemocnici velké množství výzkumných šetření v rámci bakalářských, diplomových a rigorózních prací studentů z blízkého okolí, a nedostatek času respondentů. Také jsme se setkali s důvody, kterými jsou nedostatečné informace respondentů o této problematice, tedy, že bychom měli dotazník směřovat spíše na nutriční terapeutky, nebo že u nich v nemocnici probíhá standardizovaná nutriční péče velice krátce. Myslíme si ale, že právě představitelé vrcholového managementu ošetrovatelství by měli mít nějaké povědomí o problematice výživy a právě na základě svých rámcových vědomostí a typu zařízení spolu s nutričním terapeutem toto zakotvit v rámci standardů.

Především v ošetrovatelství je důležité, aby se sestry zabývaly člověkem (klientem/pacientem) jako celkem, jako holistickou bytostí. Holistické ošetrovatelství,

ale také medicína vidí člověka právě jako bio-psycho-socio-spirituální bytost. Zabývají se, jak již byl řečeno, člověkem jako celkem, a ne pouze jako souborem částí a procesů. Důležitou a zároveň neoddelitelnou součástí holistického ošetrovatelství je ošetrovatelský proces, který představuje nejen systémový přístup, ale také komplexní řešení problémů klienta/pacienta. Cílem ošetrovatelského procesu je v první řadě zhodnocení zdravotního stavu klienta/pacienta. Cílem je ale také zhodnocení skutečných nebo potencionálních problémů v péči o zdraví a stanovení plánů, které jsou potřebné ke zhodnocení potřeb. V neposlední řadě je pak cílem také poskytnutí specifických ošetrovatelských intervencí, které umožní uspokojování těchto potřeb (38, 49).

Zajímavou informací je, že 17 (24,6 %) respondentů z celkového počtu 69 (100 %) respondentů konzultovalo vyplnění dotazníku s nutričním terapeutem, nebo dokonce vyplnění dotazníku přenechalo právě nutričnímu terapeutovi, což jsme nepředpokládali. Podle Kohouta je výživa jednou z oblastí, která bývá v nemocnicích nejvíce zanedbávána (33). Domníváme se tedy, že by měli mít o této problematice představitelé vrcholového managementu ošetrovatelství informace a na základě těchto informací by pak měli ve spolupráci s nutričním terapeutem a jinými odborníky realizovat příslušné kroky, které by pomohly zlepšit stávající stav výživy v nemocnicích. Řešením je tedy dle Kohouta cílené vyhledávání klientů/pacientů v malnutrici, promyšlený systém nutriční péče a případně také poskytování umělé výživy, enterální či parenterální (33). Podle Grofové hrají také velkou roli ve zlepšení stavu výživy v nemocnicích nutriční terapeuté, kteří umí poradit s úpravou diety a přísady včetně sippingu (12).

Graf 1 znázorňuje zastoupení nemocnic, které se účastnily výzkumného šetření z jednotlivých krajů. Domnívali jsme se, že nemocnice ze Středočeského kraje a z Hlavního města Prahy, kterým bylo rozesláno celkem 34 dotazníků, budou ve výzkumném vzorku zastoupeny největším počtem respondentů. Opak je ale pravdou, a ze Středočeského kraje a z Hlavního města Prahy se dohromady výzkumného šetření zúčastnilo pouze 11 (15, 9 %) respondentů, kteří zastupují shodný počet nemocnic. Největší návratnost dotazníků byla např. z Jihočeského kraje (vráceno 7 dotazníků z 9

rozdaných), z Vysočiny (vráceno 6 dotazníků z 8 rozdaných), či ze Zlína (vrácené 2 dotazníky ze 4 rozdaných). Žádný z krajů neměl 100 % návratnost.

Graf 2 znázorňuje pohlaví respondentů. Z tohoto grafu je patrné, že řídicím článkem, tedy představitelkami vrcholového managementu ošetrovatelství jsou převážně ženy, které tvoří 98,5 % z výzkumného souboru. Muž je na tomto postu zastoupen pouze jednkrát (1,5 %).

Předmětem výzkumného šetření v této diplomové práci bylo také zjistit, zda jsou nemocnice, ve kterých respondenti pracují, akreditované. Ve výzkumném vzorku bylo zastoupeno 19 (27,5) nemocnic, které již akreditaci získaly. 50 nemocnic dosud akreditovaných není, ale z tohoto počtu se jich 15 (21,7 %) k akreditaci připravuje, což je pozitivní jak pro ně samotné, tak také pro uživatele (klienty/pacienty), pro plátce (zdravotní pojišťovny) i pro komunitu/obec (59). Lze říci, že počet nemocnic, které se k akreditaci připravují, může svědčit o tom, že se tento nepopulární nástroj, který trestal viníky za nekvalitu, změnil v nástroj kontinuálního zvyšování kvality, a akreditace se tak stala běžným procesem, při kterém dochází k hodnocení kvality péče o klienty/pacienty v souladu s plněním standardů, jak uvádí Kareš, Drlíková a Brabcová v publikaci *Moderní metody v řízení* (28).

Nemocnice používají vypracované kontrolní mechanismy na zjišťování stavu výživy pro dodržování vytvořených standardů nutriční péče, byla hypotéza první. K této hypotéze se vztahuje tabulka 2 a graf 3.

V tabulce 2 je znázorněno, zda mají nemocnice vypracované ošetrovatelské standardy, které se týkají výživy (stravování nemocných). Předpokládali jsme, že ošetrovatelské standardy, které se týkají výživy, mají vypracované všechny nemocnice. Opak je ale pravdou a naše domněnka byla vyvrácena, protože 11 (15,9 %) nemocnic tyto standardy vypracované nemá. Otázkou ale je, proč těchto 11 nemocnic ošetrovatelské standardy týkající se výživy vypracované nemá. Jak je známo, výživa není pouze významným tématem v ošetrovatelství, ale jídlo a pití provází člověka v celém jeho životě jako jedna z ústředních součástí jeho existence (59). Výživa je biologickou, primární potřebou člověka. Ovlivňuje nejen duševní pohodu a zdraví, ale způsob stravování se také podílí na celkovém zdravotním stavu člověka a průběhu

různých onemocnění. Maslow řadí potřebu výživy, ale také potřebu pohybu, spánku, vyprazdňování, kyslíku, čistoty a sexuální potřebu mezi potřeby fyziologické. Tyto potřeby se objevují při porušení homeostázy a vyjadřují potřeby organismu. Pokud dojde k tomu, že je potřeba jídla dlouhodobě neuspokojována, stává se tato potřeba akutní, dominantní a může ovlivnit celkové chování a jednání člověka. Výživa je velice široké a pro klienty/pacienty důležité téma, protože neuspokojuje pouze žaludek či trávicí ústrojí a nedoplňuje pouze energetické zásoby organismu. Výživa, tedy příjem potravy je u lidí spojen také s potřebami psychosociálními, s kladným emocionálním laděním lidí, s nároky na prostředí, ale také na estetičnost podávané stravy (68). Domníváme se tedy, že vypracované ošetrovatelské standardy, které se týkají výživy (stravování nemocných), jsou v nemocnicích nezbytností.

Z výzkumného šetření je dále patrné, že nemocnice mají a používají vypracované kontrolní mechanismy k vypracovaným standardům. Graf 3 nám dává přehled o kontrolních mechanismech, které jsou nejčastěji používány. Nejčastěji používaným kontrolním mechanismem, který se v nemocnicích používá, jsou audity, které byly zvoleny čtyřicet sedmkrát. Protože ošetrovatelský audit představuje systematické vyhodnocení ošetrovatelské praxe s cílem zlepšit kvalitu ošetrovatelské péče, je velice pozitivní, že jsou audity nejvíce používaným kontrolním mechanismem (59). Následovala kontrola dokumentace, která byla označena čtyřicet sedmkrát. Dle Vondráčka a Wirthové provádějí kontrolu dokumentace vedoucí zaměstnanci, které k tomu opravňuje jejich funkční zařazení a zaměstnanci, kteří jsou kontrolou dokumentace pověřeni. Hlavní sestra/náměstkyně pro ošetrovatelskou péči by měla provádět kontrolu dokumentace v celém zdravotnickém zařízení, vrchní sestra pak na svěřeném oddělení a staniční sestra na svěřené stanici (73). Potvrdila se nám tak hypotéza H1.

Členové Evropské společnosti pro klinickou výživu a metabolismus provedli rozsáhlou studii na 31 tisících klientech/pacientech v různých zemích včetně Česka. Sledovali, co nemocní dostávají k jídlu a zda svoji přidělenou porci vůbec snědí. Z výsledků této studie vyplynulo, že asi 40 % klientů/pacientů trpí v nemocnici podvýživou, a že tři čtvrtiny ze sledovaných klientů/pacientů nesnědli celý oběd.

Klientů/pacientů, kteří ze svého oběda nic nesnědli, umírá o pět procent více než těch, kteří oběd snědli celý. Michael Hiesmayr z Lékařské univerzity ve Vídni sdělil, že je nutné, aby sledování toho, co klient/pacient snědl, bylo stejně automatické a samozřejmé, jako je např. měření teploty. Je třeba, aby sestry zapisovaly, kolik z porce klient/pacient snědl. Samozřejmě je také nutné, aby byly tyto zápisy v chorobopise, aby zdravotničtí pracovníci viděli, že např. klient/pacient několik dní nic nejedl (52). Docent Kohout uvádí, že chybí pojem o množství snědené stravy. Toto tvrzení ale není zcela jednoznačné, protože z 69 (100 %) nemocnic, které zastupuje shodný počet respondentů, jich 58 (84,1 %) zápis do dokumentace o množství snědené stravy provádí. Domníváme se, že toto záleží především na tom, zda má příslušná nemocnice akreditaci udělenou nebo akreditaci udělenou nemá. K této myšlence nás vedlo absolvování praxe v rámci studia v akreditované nemocnici a v nemocnici, která akreditaci nemá (30).

Otázkou ale zůstává, zda se s informacemi o množství snědené stravy dále pracuje, nebo zda se tyto údaje zapisují pouze pro to, že se zapisovat musejí. V tabulce 5 jsou uvedeny způsoby, jakými sestry se získanými informacemi nakládají. Nejčastější odpovědí respondentů bylo, že získané informace konzultují s lékařem, s nutričním terapeutem i s rodinou, což je z našeho pohledu nejvíce vyhovující. Bohužel jsou i 2 (3,4 %) nemocnice, které sice zápisy o množství snědené stravy provádějí, ale se získanými informacemi dále nepracují. Domníváme se, že tato realizace nemá smysl.

Zajímalo nás také, u jakých klientů/pacientů sestry zápis o množství snědené stravy provádějí. Domnívali jsme se, že sestry zápis o množství snědené stravy provádějí u všech klientů/pacientů. Naše domněnka byla ale vyvrácena, protože 36 (62,1 %) respondentů uvedlo, že zápis do dokumentace o množství snědené stravy provádějí pouze u individuálně určených klientů/pacientů. Tyto údaje se nám následovně potvrdily z absolvované praxe v nemocnici, jejíž sestry zápisy o množství snědené stravy do dokumentace provádějí. Představitelka vrcholového managementu ošetrovatelství, kde jsem praxi v rámci studia vykonávala, se výzkumného šetření nezúčastnil, protože spolupráci odmítl.

V rámci této práce bylo také předmětem dotazování, v kolika nemocnicích je zavedena standardizovaná nutriční péče, jejímž účelem je dle Kohouta a Starnovské

vyhodnocení nutričního stavu a z něj vyplývající rizika nedostatečné výživy či stav malnutrice u všech klientů/pacientů, kteří jsou přijímáni k hospitalizaci na standardní oddělení. Dále následuje zpracování nutriční anamnézy a návrhu řešení kvalifikovanými pracovníky u klientů/pacientů, kteří vyšli jako riziková. V případě závažného nutričního problému by pak měl být klient/pacient konziliárně vyšetřen lékařem nutricionistou, který by měl určit postup nutriční péče. Nastupuje sledování klientů/pacientů a v závislosti na jejich výživovém stavu a laboratorních markerech by měla být prováděna opatření a úprava podávaných forem výživy (33).

Zajímalo nás také, co vedlo nemocnice k zavedení standardizované nutriční péče. Za velice pozitivní považujeme čtyřicet osmkrát zvolenou možnost „*Zvyšování kvality péče*“. Požadavky (nároky) na zdravotní a ošetrovatelskou péči se neustále zvyšují a o těchto požadavcích rozhoduje klient/pacient. Domníváme se tedy, že nemocnice budou kvalitu péče neustále zvyšovat a že užitek bude jak pro klienty/pacienty, tak pro samotnou nemocnici.

V 50 (100 %) nemocnicích, ve kterých je zavedena standardizovaná nutriční péče, provádí ve všech nemocnicích nutriční screening. V této souvislosti nás zajímalo, co běžně v rámci nutričního screeningu a hodnocení nutričního stavu na odděleních provádějí. Ve 48 (96,0 %) nemocnicích z 50 (100 %) nemocnic běžně odebírají nutriční anamnézu, což je příznivá informace, protože na začátku hodnocení stavu výživy by měla být vždy kvalitně odebraná nutriční anamnéza, která je následně výchozím bodem pro stanovení aktuálního nutričního stavu a tím také ke zhodnocení stupně poruchy výživy (21, 45). Další a častou činností je stanovení BMI (Body Mass Indexu), kterou provádějí ve 47 (94,0 %) nemocnicích. Nedá nám, abychom se nevyjádřily k této činnosti, jež je stanovení BMI. Z vlastní zkušenosti víme, že se BMI na odděleních nestanovuje. Kolonka pro výpočet BMI se nechá prázdná. Tuto skutečnost připisujeme k nevědomosti především sester, pro které dle našeho názoru není výživa v ošetrovatelské péči doposud významná. Již bylo v této práci zmíněno, že záleží na tom, zda má nebo nemá příslušná nemocnice udělenou akreditaci. Domníváme se, že tento fakt hraje také roli při sledování BMI. Opět uvádíme postřeh z klinické praxe v nemocnicích. V akreditované nemocnici BMI

stanovují, ulehčuje jim tuto práci např. kolečko NUTRICIE (i zdravotničtí asistenti jsou vedeni k tomu, aby s tímto „pomocníkem“ uměli efektivně pracovat). Některé nemocnice mají také zpracovaný počítačový program, do kterého stačí zadat příslušné hodnoty, a program následně výsledek zpracuje a vyhodnotí. Naopak v nemocnici, která akreditaci nemá, jsme se s těmito „pomocníky“, kteří mají za cíl ulehčit práci se stanovením BMI, nesetkali. Nevíme tedy, jestli kolečko NUTRICIE mají, ale víme, že jsme se s jejich používáním nesetkali. Hmotnost stanovují ve 44 (88,0) nemocnicích, výšku ve 37 (74,0 %) nemocnicích a odběry biologického materiálu k laboratornímu vyšetření pak v 19 (38,0 %) nemocnicích. V 1 (2,0 %) nemocnici provádějí bioelektrickou impedanční analýzu (bioimpedanci), pomocí níž se měří podíl tuku a vody v těle.

Za velice přínosnou informaci především pro klienty/pacienty považujeme, že nemocnice provádějí nutriční screening na všech odděleních. Tato možnost byla z celkového počtu 54 odpovědí zvolena třicet pětkrát. Domníváme se, že o klienty/pacienty bude v oblasti výživy postaráno, ač budou hospitalizováni kvůli interním potížím, potížím v oblasti zažívacího traktu, potížím chirurgickým apod.

Dále nás zajímalo, jaký screeningový nástroj k nutričnímu hodnocení nemocnice na odděleních používají. Nejčastěji používaným screeningovým nástrojem k hodnocení stavu výživy se stal Základní nutriční screening, který je zpracován s použitím Nottinghamského dotazníku. Nejméně užívaným screeningovým nástrojem je pak SGA – Subjective Global Assessment. SGA - Subjective Global Assessment je komplexní, ale méně specifický screeningový nástroj než nástroje ostatní, proto se domníváme, že není příliš používaný. Anamnestické údaje jsou rozděleny do sedmi položek, klinické nálezy pak do čtyř položek. Tyto položky se řadí do skupin, které jsou označeny velkými písmeny A, B nebo C. Následuje fyzikální vyšetření, kde jsou jednotlivé položky opět zařazeny do skupin A, B nebo C (14).

Nutriční screening provádí sestra všem klientům/pacientům při příjmu, byla druhá hypotéza. K této hypotéze se vztahuje tabulka 9. Křemen i Kohout uvádějí, že by měl být nutriční screening součástí prvního kontaktu s klientem/pacientem. Znamená to tedy, že by měl být prováděn při příjmu klienta/pacienta v rámci

ošetřovatelské dokumentace. Toto se nám také potvrdilo v rámci dotazníkového šetření, ve kterém uvedlo 26 (52,0 %) respondentů, že nutriční screening provádějí vždy při příjmu klienta/pacienta. H2 byla tedy potvrzena. Domníváme se, že provedení nutričního screeningu při příjmu klienta/pacienta k hospitalizaci je neoptimálnější řešení. 22 (44,0 %) respondentů také ale uvedlo, že nutriční screening provádějí během prvních 24 hodin od přijetí. Toto je také vyhovující řešení, ale z našeho pohledu by mohlo dojít k opomenutí nutričního screeningu vyplnit, což by mohlo mít následovně negativní vliv na výživový stav klienta/pacienta. Provedení nutričního screeningu do pěti dní, které respondent uvedl v možnosti „*Jiné*“ se domníváme, že je ale nevhovující, protože u klientů/pacientů, kteří mají problém v oblasti výživy a kteří jsou přijati k hospitalizaci, se může např. vlivem snížení chuti k jídlu, vlivem poruchy trávení či absorpce živin, nezvyklým typem potravin v nemocnici, změnami časového rozložení jídel, přítomností bolesti, infekcí nebo stresových stavů jejich už tak nevhovující stav výživy zhoršit (81).

Dle EPUAP (Evropský poradní sbor pro otázky proleženin) by měl být během hospitalizace nutriční stav hodnocen pravidelně a opakovaně podle individualizovaného plánu. EPUAP (6). Proto jsme se také zaměřili na to, zda se opakuje nutriční screening u klientů/pacientů po dobu hospitalizace. Toto bylo také předmětem třetí hypotézy, která se nám dle výsledků výzkumného šetření potvrdila, protože pouze 6 (12,0 %) respondentů uvedlo, že nutriční screening po dobu hospitalizace neopakují. Naopak 44 (88,0 %) respondentů uvedlo, že nutriční screening u klientů/pacientů po dobu hospitalizace opakují. Znamená to tedy, že pokud se u přijímaného klienta/pacienta k hospitalizaci zjistí nějaká porucha výživy, měl by být následně podrobněji vyšetřen nutričním terapeutem. V odpovídajícím množství a odpovídající cestou by mu měla být aplikována strava či výživa a v průběhu nutriční intervence by mělo dojít k opakovanému sledování stavu výživy (30, 31). Údaje potvrzující H3 jsou znázorněny v tabulce 10.

Výsledky nutričního screeningu používají sestry jako podklad pro saturaci potřeb výživy, byla hypotéza pátá. K této hypotéze se vztahují tabulky 11, 12, 13, 14 a grafy 8 a 9, které hypotézu potvrzují.

Tabulka 11 a graf 8 nás informují o odpovědích představitelů vrcholového managementu ošetrovatelství na otázku, zda v případě, že je klient/pacient v nutričním riziku, mají sestry dostatek časového prostoru, aby se mu mohly v této porušené oblasti věnovat. Odpovědi respondentů nás velice zaujaly, protože jsme se domnívali, že sestry časový prostor nemají. Samozřejmě určitě také záleží na velikosti jednotlivých odděleních, na počtu personálu, skladbě a počtu klientů/pacientů apod. 31 (62,0 %) respondentů ale uvedlo, že sestry mají dostatek časového prostoru na to, aby se mohly věnovat klientovi/pacientovi, který se nachází v nutričním riziku. Naopak pouze 2 (4,0 %) respondenti uvedli odpověď zápornou. Zajímavé jsou také informace od respondentů, kteří se chtěli k této situaci blíže vyjádřit, a využili tak možnosti tuto situaci specifikovat. 6 respondentů ze 14 respondentů, kteří využili této možnosti, uvádí, že klienta/pacienta v nutričním riziku předávají nutričnímu terapeutovi. Domníváme se, že je to dobré řešení, ale ve všech nemocnicích zatím nutričního terapeuta, který by se klientovi/pacientovi s porušeným výživovým stavem věnoval, nemají. Zaujala nás také následující odpověď respondenta: *„Nevím, snad ano, ale stále ještě není výživa všemi zdravotníky vnímána jako důležitá, proto často věnují čas jiným činnostem.“* Domníváme se, že tato věta vystihuje velkou část zdravotnických pracovníků (lékařů i nelékařů), a problematiku výživy.

V tabulce 12 a v grafu 9 jsou zachyceny odpovědi respondentů na otázku, zda mají sestry potřebný časový prostor k tomu, aby mohly nakrmit klienta/pacienta, který se nachází v nutričním riziku a je nesoběstačný. Myslíme si, že sestry sice časový prostor ke krmení nesoběstačných klientů/pacientů mají, ale mají také jiné povinnosti a činnosti, kterým se věnují déle než samotnému krmení.

34 (68,0 %) respondentů z celkového množství 50 (100 %) respondentů si myslí, že sestry potřebný časový prostor k tomu, aby mohly nakrmit klienta/pacienta, který se nachází v nutričním riziku a je nesoběstačný, mají. Otázkou tedy ale je, jestli sestry tento časový prostor využívají účelně.

Názory respondentů o tom, zda si myslí, že sestry přistupují ke každému klientovi/pacientovi při uspokojování potřeb výživy individuálně, jsou zachyceny v tabulce 13. Z této tabulky vyplývá, že si 40 (80,0 %) respondentů myslí, že sestry při uspokojování potřeb výživy ke klientovi/pacientovi individuálně přistupují. Nemyslíme si ale, že individuální přístup při uspokojování potřeb výživy zastávají všechny sestry.

V tabulce 14 jsou znázorněny údaje o tom, zda si respondenti myslí, že sestry respektují klientovo/pacientovo přání v oblasti jídla. Z výzkumného šetření vyplývá, že sestry klientovo/pacientovo přání v oblasti jídla respektují.

Předmětem dalšího zkoumání bylo zjistit, zda v nemocnicích existuje nutriční tým, který by měl být dle Zadáka složen z lékaře, který má licenci pro klinickou výživu a metabolickou péči, specializované sestry na nutriční péči, nutričního terapeuta, lékárníka, biochemika, mikrobiologa a dalších odborníků (80). Ve většině dotazovaných nemocnic nutriční tým existuje, pouze v 9 (18,0 %) nemocnicích zastoupených shodným počtem respondentů nutriční tým zavedený není.

V této souvislosti nás také zajímalo, zda je v nutričním týmu k dispozici nutriční terapeut, jenž má být dle Zadáka primárně zodpovědný za nutriční stav klienta/pacienta a využití možnosti kombinovat umělou výživu s perorálním příjmem (81). Ve 39 (78,0 %) nemocnicích nutriční terapeut k dispozici v nutričním týmu je. V 7 (14,0 %) nemocnicích nutriční terapeut funguje i přes to, že nutriční tým k dispozici není. Starnovská také uvádí, že bez klíčové profese nutričního terapeuta nelze nutriční péči zabezpečit, protože jde o potřebu vykonávat specifické odborné činnosti, k nimž je kvalifikován pouze pracovník této profese (54). Domníváme se, že tato čísla svědčí o zájmu představitelů jednotlivých nemocnic věnovat se výživě a výživovému stavu klientů/pacientů.

Dle Starnovské by měl být nutriční stav klienta/pacienta zjištěn pomocí nutričního screeningu ošetřující sestrou a nutriční terapeut by měl následně navrhnout nutriční intervenci, plán nutriční péče a zajistit jeho realizaci. Nutriční screening by pak měla sestra ve spolupráci s nutričním terapeutem provádět v pravidelných intervalech (56).

V rámci spolupráce sester s nutričním terapeutem při poskytování standardizované nutriční péče sestry vypracovávají nutriční screening, byla hypotéza čtvrtá. K této hypotéze se vztahuje tabulka 17, ze které vyplývá, že ve většině, tedy v 31 (62,0 %) nemocnicích zastoupených shodným počtem respondentů sestry vypracovávají a opakují nutriční screening ve spolupráci s nutričním terapeutem v rámci standardizované nutriční péče, čímž se také potvrzuje hypotéza H4 a výše uvedený příspěvek Tamary Starnovské.

V rámci této práce jsme se také představitelů vrcholového managementu ošetrovatelství ptali, zda zaznamenali nějaké změny po zavedení standardizované nutriční péče. Pozitivní změny po zavedení standardizované nutriční péče zaznamenali ve 32 (64,0 %) nemocnicích. Jak pozitivní, tak také negativní změny zaznamenali ve 14 (28,0 %) nemocnicích, žádné změny nezaznamenali v 1 (2,0 %) nemocnici a ve 3 (6,0 %) nemocnicích respondenti zatím nevědí, zda nějaké změny zaznamenali, či ne.

Graf 10 nám dává přehled o oblastech, ve kterých byly změny zaznamenány. Nejčastěji byly změny zaznamenány v oblasti stavu klienta/pacienta, které činily 33,6 % odpovědí. Následovaly změny v přístupu sester s 25,9 % odpovědí a v oblasti hojení ran, jež činily 18,1 % odpovědí.

Předmětem dalšího zkoumání bylo zjistit, kdo na jednotlivých odděleních řídí standardizovanou nutriční péči. Respektive kdo je za úroveň nutriční zodpovědný. Standardizovanou nutriční péči na jednotlivých odděleních řídí nejčastěji nutriční terapeut, který byl respondenty zvolen dvacet čtyřikrát (27,3 % odpovědí). Následoval lékař, jenž byl zvolen dvacet dvakrát (25,0 % odpovědí) a staniční sestra, která tvořila 23,9 % odpovědí (byla respondenty zvolena dvacet jedenkrát). Dle Zadáka by měl standardizovanou nutriční péči řídit lékař, který má licenci pro klinickou výživu a metabolickou péči (80). Zajištění standardizované nutriční péče by pak ale mělo být dle Starnovské v rukou celého multidisciplinárního týmu zdravotnických pracovníků (53). Domníváme se, že řízení a zodpovědnost za úroveň nutriční by měla být na jednotlivých odděleních v rukou primáře a vrchní či staniční sestry. Dále také v rukou ošetřujícího lékaře a sestry, která se o klienty/pacienty stará.

Dle Kohouta je standardizovaná nutriční péče nevyhnutelným prostředkem ke zlepšení stavu klientů/pacientů (31). V této souvislosti nás tedy zajímalo, zda má dle respondentů standardizovaná nutriční péče význam. Většina, tedy 65 (94,2 %) respondentů odpověděla, že standardizovaná nutriční péče význam má, 3 (4,3 %) respondenti nevědí, zda má, nebo nemá standardizovaná nutriční péče význam, a pouze 1 (1,4 %) respondent uvedl, že standardizovaná nutriční péče význam nemá. Myslím si, že standardizovaná nutriční péče má velký význam a přínos především pro klienty/pacienty, protože představuje komplexní a kvalifikované řešení výživy. Jak je již z této práce známo, tato péče zahrnuje posuzování výživového stavu klienta/pacienta, vyhledávání klientů/pacientů v nutričním riziku. Zahrnuje také odpovídající úpravu stravy dle potřeb a schopností klienta/pacienta a včasné zajištění odpovídající nutriční podpory pro klienty/pacienty v nutričním riziku. Samozřejmě nechybí ani sledování a dokumentování efektu nutriční léčby (54), které je velice důležité. Přikláníme se tedy k tvrzení docenta Kohouta a význam standardizované nutriční péče vidíme především ve zlepšení/zkvalitnění péče, a tím pádem ve zlepšení celkového stavu klienta/pacienta.

Také nás zajímalo, v čem význam standardizované nutriční péče respondenti vidí. Odpovědi respondentů byly pro přehlednost shrnuté do 4 okruhů odpovědí, které se nejčastěji opakovaly. Dvacet jednákrát bylo respondenty uvedeno, že vidí význam standardizované nutriční péče především ve zlepšení/zkvalitnění péče. Domníváme se, že toto má přímou souvislost s dalším okruhem odpovědí respondentů, ve kterém je čtrnáctkrát uvedeno, že význam standardizované nutriční péče vidí ve zlepšení stavu klientů/pacientů, čímž se také potvrzuje výše zmíněný výrok docenta Kohouta, který uvádí, že je standardizovaná nutriční péče prostředkem ke zlepšení stavu klientů/pacientů. Význam standardizované nutriční péče vidí respondenti také v individuálním přístupu ke klientovi/pacientovi, což bylo uvedeno osmkrát, a v podchycení problémových klientů/pacientů, což bylo uvedeno sedmkrát.

Dalším cílem v této práci je také zmapovat, jak významný indikátor kvality je nutriční screening a jaké problémy k vytvoření a udržení standardní situace

představitelé vrcholového managementu ošetrovatelství vidí. K tomuto cíli se vztahuje tabulka 20, graf 14 a 15.

Problémy či překážky k vytvoření a udržení standardní situace byly shrnuty do šesti okruhů, které zahrnují nejčastější odpovědi respondentů. Nejčastější příčinu vidí respondenti v nedostatku personálu, což mě nepřekvapuje, protože jak je obecně známo, zdravotnického personálu je v nemocnicích opravdu nedostatek. Za velmi příznivou informaci považujeme, že byl v akademickém roce 2009/2010 na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské Univerzity ve studijním programu Specializace ve zdravotnictví otevřen obor Nutriční terapeut. Domníváme se, že tato skutečnost může svědčit o potřebě těchto pracovníků v souvislosti se zvyšováním kvality péče a s požadavky v oblasti výživy ve zdravotnických a sociálních zařízeních. Desetkrát pak bylo respondenty uvedeno, že vidí problém či příčinu v přístupu personálu (sester, lékařů, nižšího zdravotnického personálu), v jejich neochotě a nezájmu. Jsme přesvědčeni o tom, že pokud by byli zdravotničtí pracovníci vhodně a dostatečně motivováni, proškolení a upozorňováni na komplikace spojené se špatnou či nedostatečnou výživou, jejich nezájem a neochota by se postupem času vytratily. Častým důvodem je také špatná informovanost a nedostatek času personálu. Je ale překvapující, že respondenti vidí jako problémy či překážky k vytvoření a udržení standardní situace v nutriční péči špatnou informovanost personálu, protože 58 (84,1 %) dotazovaných respondentů uvedlo, že vzdělávací akce v problematice výživy pro personál pořádají. Otázkou je tedy, do jaké míry jsou tyto vzdělávací akce přínosné a zda jsou zdravotníci dostatečně motivováni.

Respondentů jsme se také dotazovali, zda je z jejich pohledu nutriční screening významným indikátorem kvality. Pouze 2 (2,9 %) respondenti se domnívají, že nutriční screening význam pro kvalitu nemá, naopak velká většina, a to 67 (97,1 %) respondentů se domnívá, že nutriční screening je významným indikátorem kvality.

Graf 15 zobrazuje význam nutričního screeningu. Znamená to tedy, že respondenti uvedli k nutričnímu screeningu číslo, které vyjadřuje jeho důležitost v péči o klienta/pacienta. Nejvíce, tedy 21 (30,4 %) respondentů provádění nutričního screeningu umístilo na 2. místo. Znamená to tedy, že je provádění nutričního screeningu

považováno za druhý nejdůležitější indikátor kvality. Domníváme se, že je to velmi příznivá informace a že se výživě v nemocnicích a sociálních zařízeních začíná věnovat pozornost, která jí právem náleží.

Nemocnice podceňují výživu klientů/pacientů, která se přitom výrazně podílí na úspěšnosti léčby. Důsledkem nedostatečné výživy, kterou trpí dle výzkumů zhruba 40 až 60 % klientů/pacientů přijímaných k hospitalizaci, bývají časté infekce, zhoršené hojení ran, vyšší riziko vzniku dekubitů či vyšší spotřeba antibiotik. Zadák i Kohout uvedli, že právě probíhající akreditace nemocnic podle mezinárodních standardů mohou v mnoha nemocnicích v České republice výživu klientů/pacientů velmi výrazně zlepšit, protože dobrá výživa je jednou z podmínek, kterou je potřeba k udělení akreditace splnit.

6. Závěr

V této práci byly stanoveny dva cíle. Prvním cílem bylo zmapovat proces identifikace, vyhodnocení a provádění činností k zajištění nutriční péče ve vybraných zdravotnických zařízeních z pohledu vrcholového managementu ošetrovatelství. Druhým cílem bylo zmapovat, jak významný je to indikátor kvality a jaké problémy k vytvoření a udržení standardní situace představitelé vrcholového managementu ošetrovatelství vidí. Pomocí dotazníků pro představitele vrcholového managementu ošetrovatelství se cíle práce podařilo splnit.

K cílům bylo stanoveno pět hypotéz. K prvnímu cíli byla stanovena hypotéza H1 - Nemocnice používají vypracované kontrolní mechanismy na zjišťování stavu výživy pro dodržování vytvořených standardů nutriční péče, která byla potvrzena. Hypotéza H2 - Nutriční screening provádí sestra všem klientům/pacientům při příjmu, byla potvrzena. Hypotéza H3 - Nutriční screening se v průběhu hospitalizace opakuje pouze u rizikových klientů/pacientů, byla také potvrzena. Dále byla k prvnímu cíli stanovena hypotéza H4 - V rámci spolupráce sester s nutričním terapeutem při poskytování standardizované nutriční péče sestry vypracovávají nutriční screening, která byla potvrzena. Hypotéza H5 - Výsledky nutričního screeningu používají sestry jako podklad pro saturaci potřeb výživy, která byla rovněž potvrzena.

Druhým cílem bylo zmapovat, jak významný je to indikátor kvality a jaké problémy k vytvoření a udržení standardní situace představitelé vrcholového managementu ošetrovatelství vidí.

Nejvíce (30,4 %) respondentů by provádění nutričního screeningu umístilo na 2. místo. Znamená to tedy, že se nutriční screening stal dle výzkumného šetření druhým nejvýznamnějším indikátorem kvality. Co se týče problémů, které vidí respondenti ve vztahu k vytvoření a udržení standardní situace, lze z výsledků výzkumného šetření říci, že největším problémem k vytvoření a udržení standardní situace je nedostatek personálu, ekonomická náročnost a přístup personálu, jejich neochota a nezájem.

Problematika standardizované nutriční péče a výživy obecně je určitě aktuální a ve zdravotnických či sociálních zařízeních často velmi opomíjeným a zanedbávaným tématem, kterému by se mělo věnovat daleko více pozornosti, než tomu tak je. Musíme ale podotknout, že vzhledem k faktorům, které vedou k neustálému zvyšování kvality, a tím pádem k potřebě nemocnic získat akreditaci, se situace začíná pomalinku zlepšovat. Tvrzení, že klienti/pacienti v nemocnici trpí hladem, že mají klienti/pacienti v nemocnicích malnutrici a podobně, bude brzy minulostí.

Vlivem standardizované nutriční péče se výživa dostává do popředí, a stává se tak důležitou částí jak léčebné, tak ošetrovatelské péče.

V této diplomové práci je obsažen pouze zlomek z celé problematiky výživy. Domníváme se proto, že by bylo vhodné, aby se této problematice věnovalo více pozornosti i z řad studentů v rámci jejich bakalářských či diplomových prací.

Věříme, že se informovanost a zájem zdravotníků o výživu zvýší. Proto, aby se ale informovanost a zájem o tuto problematiku zvýšil, je důležité lékařské i nelékařské pracovníky motivovat a vhodným způsobem jim podat informace, které jim přiblíží právě problematiku výživy.

Výsledky výzkumného šetření budou poskytnuty především respondentům, tedy představitelům vrcholového managementu ošetrovatelství, u nichž výzkumné šetření proběhlo. Současně budou výsledky poskytnuty ostatním zdravotnickým pracovníkům, které by jim měly posloužit ke všeobecnému rozhledu v této problematice. Jsme přesvědčeni, že by mohly výsledky tohoto výzkumného šetření také posloužit k ještě většímu zkvalitnění péče. Také se domníváme, že by mělo dojít k větší informovanosti o této problematice jak představitelů vrcholového managementu ošetrovatelství, tak také lékařských i nelékařských profesí. Mělo by dojít především k jejich motivaci, aby se ošetrovatelská i lékařská péče v oblasti výživy stala jednou z důležitých a významných aspektů kvalitní zdravotní péče.

7. Seznam použité literatury

1. AUTOR NEUVEDEN. *Jak pečovat o PEG a výživovou sondu, aby ony pečovaly o vás.* Místo, nakladatel a rok vydání neuvedeno. ISBN 978-80-239-9593-0.
2. BAPEN. 10 Key Points on the Development of „MUST“. [online]. [cit. 2010-04-25]. Dostupné z <http://www.bapen.org.uk/must_tool.html>.
3. BAPEN. Malnutrition Universal screening Tool. [online]. [cit. 2010-04-26]. Dostupné z <http://www.bapen.org.uk/must_tool.html>.
4. BAŠANDA, P. Přehled přípravků enterální výživy. *Praktické lékárenství*. 2007. č. 1, s. 25 – 28. ISSN 1801-2434.
5. BRÁZDOVÁ, Z., KLEINWÄCHTEROVÁ, H. *Výživový stav člověka a způsoby jeho zjišťování*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 102 s. ISBN 80-7013-336-8.
6. CLARK, M. *Doporučené nutriční postupy pro prevenci a léčbu dekubitů*. Přeložila: Součková, B. [online]. [cit. 2010-5-02]. Dostupné z: <<http://www.hojeni21.cz/download/EPUAP-vyziva.pdf>>.
7. ČERMÁK, B. a kol. *Výživa člověka*. 1. vyd. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zemědělská fakulta, 2002. 224 s. ISBN 80-7040-576-7.
8. *České ošetrovatelství 2. Zajišťování kvality ošetrovatelské péče. Etický kodex sester. Charty práv pacientů*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2001. 47 s. ISBN 80-7013-270-1.
9. FREJ, D. *Dietní sestra – diety ve zdraví a nemoci*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2006. 309 s. ISBN 80-7254-537-X.
10. GLADKIJ, I. a kol. *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 1999. 183 s. ISBN 80-7013-272-8.
11. GLADKIJ, I. a kol. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.
12. GROFOVÁ, Z. Jíst nebo žít? *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2005. roč. 1, č. 2, s. 59. ISSN 1801-1349.

13. GROFOVÁ, Z. Možnosti nutričního screeningu – 1. část. *Hojení ran*. 2008. roč. 2, č. 4, s. 8 – 13. ISSN 1802-6400.
14. GROFOVÁ, Z. Možnosti nutričního screeningu – 2. část. *Hojení ran*. 2009. roč. 3, č. 1, s. 8 – 14. ISSN 1802-6400.
15. GROFOVÁ, Z. *Nutriční podpora - praktický rádce pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 240 s. ISBN 978-80-247-1868-2.
16. GROFOVÁ, Z. Přehled přípravků enterální výživy pro domácí použití. *Medicína pro praxi*. 2009. roč. 6, č. 3, s. 169 -171. ISSN 1214-8687.
17. GROFOVÁ, Z. Výživa geriatrických pacientů. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2005, roč. 1, č. 2, s. 60 – 62. ISSN 1801-1349.
18. HAINER, V. *Základy klinické obezitologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 356 s. ISBN 80-247-0233-9.
19. HOVARD, P., JONKERS-SCHUITEMA, C., FURNISS, L. et al. Managing the Patient Journey through Enteral Nutritional Care. [online]. [cit. 2010-05-02]. Dostupné z: <<http://www.espen.org/documents/ENJourney.pdf>>.
20. HRNČIARIKOVÁ, D., JURAŠKOVÁ, B. a kol. Antropometrická vyšetření a měření svalové síly u geriatrických pacientů. *Česká Geriatrická Revue*, 2007, roč. 5, č. 2. ISSN 1214-0732.
21. CHARVÁT, J., KVAPIL, M. a kol. *Praktikum umělé výživy*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 155 s. ISBN 80-246-1303-4.
22. Joint Commission International. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*. Přeložil. D. Marx, I. Staněk. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 288 s. Přeloženo z anglického originálu: Joint Commission International Accreditation Standards for Hospital. ISBN 80-247-0629-6.
23. JURÁSKOVÁ, D. *Indikátory kvality ošetrovatelské péče a jejich sledování*. [online]. [cit. 2010-4-22]. Dostupné z: <http://www.cskz.cz/seznamy/13_juraskova_osevratelske_ind.ppt>.
24. JURAŠKOVÁ, B., HRNČIARIKOVÁ, D., HOLMEROVÁ, I., KALVACH, Z. Poruchy výživy ve stáří. *Medicína pro praxi*. 2007. roč. 4, č. 11. s. 443 - 446. ISSN 1214-8687.

25. KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R. a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 864 s. ISBN 80 -247-0548-6.
26. KAPOUNOVÁ, G. Enterální výživa v praxi. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2005. roč. 1, č. 2. s. 65 – 67. ISSN 1801-1349.
27. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
28. KAREŠ, J., DRLÍKOVÁ, M., BRABCOVÁ, I. *Moderní metody v řízení*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita Zdravotně sociální fakulta, 2006. 137 s. ISBN 80-7040-852-9.
29. KOHOUT, P. *Dokumentace a hodnocení nutričního stavu pacientů*. Praha: Maxdorf, 2004. 40s. ISBN 80-7345-030-5.
30. KOHOUT, P. Pacienti v nemocnicích mohou trpět hladem uprostřed hojnosti. *Zdravotnické noviny*. 2007. roč. 56, č. 45, s. 11 – 14. ISSN 0044-1996.
31. KOHOUT, P. Systém nutriční péče od přijetí do propuštění. [online]. [cit. 2010-5-025]. Dostupné z: <http://www.cskz.cz/seznamy/16_kohout_system_nutri_pece.ppt>.
32. KOHOUT, P., KOTRLÍKOVÁ, E. *Základy klinické výživy*. 1. vyd. Praha: Agentura KRIGL, 2005. 113 s. ISBN 80-86912-08-6.
33. KOHOUT, P., STARNOVSKÁ, T. Výživa v nemocnicích. *Sestra*. 2005, č. 9, s. 22, ISSN 1210-0404.
34. KOHOUT, P., STARNOVSKÁ, T., GRANÁTOVÁ, J. Ovlivnění rizika malnutrice standardizací nutriční péče. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2005. roč. 1, č. 2, s. 84. ISSN 1801-1349.
35. KONDRUP, J., ALLISON, S. P., ELIA, M. et al. *ESPEN guidelines for nutrition screening 2002*. [online]. [cit. 2010-5-025]. Dostupné z: <<http://www.espen.org/documents/Screening.pdf>>.
36. KOTRLÍKOVÁ, E., KŘEMEN, J., SOBOTKA, L. Nutriční podpora u malnutrice – umělá výživa, parenterální a enterální výživa. *Postgraduální medicína*. 2007. roč. 9, č. 8, s. 917 – 920. ISSN 1212-4184.

37. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatel'stvo I*. Martin: Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80–217-0528–0.
38. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatel'stvo II*. Martin: Osveta, 1995. 839 s. ISBN 80–217-0528.
39. KŘEMEN, J., KOTRLÍKOVÁ, E., SVAČINA, Š. *Enterální a parenterální výživa*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2009. 139 s. ISBN 978-80-204-2070-1.
40. LIŠOVÁ, K. Malnutrice u nádorových onemocnění. Role sestry při sledování nutričního stavu a v průběhu nutriční intervence. *Onkologická péče*. 2007. roč. 11, č. 3, s 10 – 12. ISSN 1214-5602.
41. LOCHS, H., VALENTINI, L., SCHÜTZ, T. et. al. Introductory to the ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Terminology, Definitions and General Topics. [online]. [cit. 2010-05-02]. Dostupné z: <<http://www.espen.org/documents/ENGeneral.pdf>>.
42. LUKÁŠ, K. *Gastroenterologie a hematologie pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 288s. ISBN 80-247-1283-0.
43. MASOPUST, J., KRATOCHVÍL, J., MARTÍNKOVÁ, V., CHARVÁT, J. Vztah mezi výsledkem nutričního screeningu a mortalitou na jednotce intenzivní metabolické péče. *Vnitřní lékařství*. 2008. č. 9. s. 817 – 820. ISSN 0042-773X.
44. MOLČANOVÁ, J. Enterální a parenterální výživa z pohledu sestry. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2008, roč. VI, č. 6, s. 14 – 15. ISSN 1801-1349.
45. MUSIL, D. *Klinická výživa a intenzivní metabolická péče*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002. 109 s. ISBN 80-244-0566-0.
46. NAVRÁTILOVÁ, M., ČEŠKOVÁ, E., SOBOTKA, L. *Klinická výživa v psychiatrii*. Praha: Maxdorf, 2000. 270 s. ISBN 80-85912-33-3.
47. NAVRÁTILOVÁ, M., HAMROVÁ, M. Problematika výživy v psychiatrii. *Postgraduální medicína*, 2007. roč. 9, č. 8, s. 910 – 915. ISSN 1212-4184.
48. PAPOUŠKOVÁ, P., OTÁSKOVÁ, J., BRABCOVÁ, I. Sledování a vyhodnocování kvality ošetrovatelské péče s důrazem na realizaci

- ošetřovatelského auditu. *Kontakt*. České Budějovice: 2006, roč. 8, č. 2, s. 240-248. ISSN 1212-4117.
49. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetřovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 152 s. ISBN 80-247-1211-3.
50. PERRY, L. Nutritional screening and assessment. [online]. [cit. 2009-04-19]. Dostupné z: <<http://www.nursingtimes.net/nursing-practice-clinical-research/nutritional-screening-and-assessment/199381.article>>. marcela
51. PEŠEK, J. *Tvorba systému jakosti ve zdravotnictví s využitím norem ISO*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 112 s. ISBN 80-247-0551-6.
52. PETRÁŠOVÁ, L. Lidé v nemocnicích trpí hladu. [online]. 2007 [cit. 2010-5-17]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/files/mf_dnes_vyziva.pdf>.
53. RICHARDS, A., EDWARDS, S. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2004. 376 s. ISBN 80-247-0932-5.
54. STARNOVSKÁ, T. Standardizace nutriční péče v domovech pro seniory. *Čtvrtletní noviny Nutricia clinical*. 2007. č. 1, s. 8 – 10. [online]. [cit. 2010-3-10]. Dostupné z: <http://www.nutriciamedical.sk/download/cn_noviny_1_2007.pdf>.
55. STARNOVSKÁ, T., PAVLÍČKOVÁ, J., HRBKOVÁ, D. *Výživa při nádorovém onemocnění. Praktická příručka pro pacienty*. Praha, 2009. 40s. ISSN 978-80-239-9055-3.
56. STARNOVSKÁ, T., *Výživa v prevenci dekubitů. Diagnóza v ošetřovatelství*. 2009, č. 1. ISSN 1801-1349.
57. STRNAD, L., GLADKIJ, I. Řízení kvality péče nemocničního oddělení. [online]. [cit. 2010-4-25]. Dostupné z: <<http://www.gyne.cz/clanky/2000/200c19.htm>>.
58. ŠACHLOVÁ, M. Sondová enterální výživa. *Interní medicína pro praxi*. 2009. roč. 11, č. 5. s. 243 – 244. ISSN 1212-7299.
59. ŠIMEK, J. ...Nejen chlebem živ je člověk... *Diagnóza v ošetřovatelství*. 2005. roč. 1, č. 2, s. 58. ISSN 1801-1349.
60. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetřovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 2003. 477s. ISBN 80-7172-841-1.

61. TOMANOVÁ, J. Vliv soběstačnosti na stav výživy u seniorů. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2008. roč. VI, č. 8, s. 18 – 19. ISSN 1801-1349.
62. TOMÍŠKA, M. Nutriční podpora formou sippingu. *Interní medicína pro praxi*. 2008. roč. 10, č. 6. S. 285 – 289. ISSN 1212-7299.
63. TOMÍŠKA, M. Současné pohledy na sondovou enterální výživu. *Interní medicína pro praxi*. 2007. roč. 9, č. 11, s. 480 – 485. ISSN 1212-7299.
64. TOMÍŠKA, M. Výživa u nádorových onemocnění. *Postgraduální medicína*. 2007. roč. 9, č. 8, s. 903 – 909. ISSN 1212-4184.
65. TOMÍŠKA, M., HRBKOVÁ, D. Hodnocení podvýživy nemocného prováděné zdravotní sestrou. *Onkologická péče*. 2007. roč. XI, č. 3, s. 17 – 19. ISSN 1214-5602.
66. TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005, 270 s. ISBN 80-7262-365-6.
67. TOPINKOVÁ, E. Využití standardizovaných škál pro hodnocení stavu výživy u starších nemocných. *Česká geriatrická revue*, 2003. č. 1, s. 6 – 11. ISSN 1214-0732.
68. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2004. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
69. URBÁNEK, L., URBÁNKOVÁ, P. a kol. *Klinická výživa v současné praxi*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. 104 s. 978-80-7013-473-3.
70. Vážení pacienta na lůžku: pomoc v akutní i dlouhodobé péči. *Komfort*. 2008. roč. 5, č. 2, s. 4 – 5.
71. Věstník Ministerstva zdravotnictví České Republiky. 2004, částka 9.
72. VLČEK, F. Indikátory kvality jako nástroj řízení a kontinuálního zvyšování kvality ve zdravotnickém zařízení. *Onkologická péče*. Praha: 2006, roč. 5, č. 4, s. 3-6. ISSN 1214-5602.
73. VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, U. *Sestra a její dokumentace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 88 s. ISBN 978-80-247-2763-9.

74. VRZALOVÁ, D. Diagnostika a terapie poruch výživy je podkladem úspěšného hojení rány. *Hojení ran*. 2009, roč. 3, č. 1, s. 15 - 19. ISSN 1802-6400.
75. VRZALOVÁ, D. Poruchy výživy – příčiny, diagnostika a terapeutické možnosti v terénní praxi. *Medicína pro praxi*. 2009. roč. 6, č. 4, s. 195 – 196. ISSN 1214-8687.
76. Vyhláška 424 ze dne 30. Června 2004, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. [online]. [cit. 2010-4-22]. Dostupné z: <http://www.cszt.cz/96/424_znenie.htm>.
77. VYROUBAL, P., ZADÁK, Z. Umělá výživa v klinické praxi. Část 1 – Hodnocení nutričního stavu. *Informační bulletin FONS*. 2009, roč. 19, č. 1, s. 29 – 34. ISSN 1211-7137.
78. VYROUBAL, P., ZADÁK, Z. Umělá výživa v klinické praxi. Část 2 – Nutriční podpora. *Informační bulletin FONS*. 2009, roč. 19, č. 2, s. 26 – 32. ISSN 1211-7137.
79. WHO. Body Mass Index (BMI). [online]. 2007 [cit. 2010-4-22]. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/nutrition/20030507_1>.
80. WILHELM, Z. a kol. *Výživa v onkologii*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. 260 s. ISBN 80-7013-410-0.
81. ZADÁK, Z. *Výživa v intenzivní péči*. 2. vyd. Praha: Grada, 2008. 544 s. ISBN 978-80-247-2844-5.
82. ZAZULA, R. WOHL, P., WOHL, P. Nutriční stav pacienta a možnosti jeho hodnocení. *Interní medicína pro praxi*. 2009. roč. 11, č. 1, s. 45 - 47. ISSN 1212-7299.
83. ZIMMELOVÁ, P. Malnutrice a hodnocení výživy u seniorů. In: *Sborník příspěvků z II. ročníku mezinárodní konference. Výživa – nedílná součást léčby závažných chorob*. 1. vyd. České Budějovice: 2006, s. 24-28. ISBN 80-7040-906-1.

8. Klíčová slova

Výživa

Malnutrice

Ošetrovatelská péče

Nutriční screening

Kvalita

Indikátor kvality

9. Přílohy

Seznam příloh:

Příloha 1 – BMI skóre (MUST)

Příloha 2 – Skóre váhového úbytku

Příloha 3 – Celkové riziko malnutrice

Příloha 4 – Vytvoření plánu péče (MUST)

Příloha 5 – Nutriční stav (NRS 2002), Vliv choroby (NRS 2002)

Příloha 6 – Škála pro hodnocení stavu výživy – zkrácená verze (MNA – SF)

Příloha 7 - Škála pro hodnocení stavu výživy (MNA)

Příloha 8 – Anamnestické údaje pro SGA

Příloha 9 – Fyzikální vyšetření u SGA

Příloha 10 - Základní nutriční screening zpracovaný s použitím Nottinghamského dotazníku

Příloha 11 - Nutriční anamnéza

Příloha 12 – Standardy týkající se stravování a léčebné výživy

Příloha 13 - Dotazník

Příloha 1 – BMI skóre (MUST)

BMI (kg/m ²)	skóre	hodnocení
<18,5 (podváha)	2	špatný nutriční stav pravděpodobný
18,5–20 (podváha)	1	špatný nutriční stav možný
20–25 (normální hmotnost)	0	špatný nutriční stav nepravděpodobný
25–30 (nadváha)	0	zvýšené riziko komplikací u chronické nadváhy
>30 (obezita)	0	střední (30–35 kg/m ²), vysoké (35–40 kg/m ²) a velmi vysoké (nad 40 kg/m ²) riziko komplikací spojených s obezitou

Zdroj: GROFOVÁ, Z. Možnosti nutričního screeningu – 1. část. *Hojení ran*. 2008. roč. 2, č. 4, s. 8 – 13. ISSN 1802-6400

Příloha 2 – Skóre váhového úbytku

váhový úbytek	skóre
<5 %	0
5-10 %	1
>10 %	2

Zdroj: GROFOVÁ, Z. Možnosti nutričního screeningu – 1. část. *Hojení ran*. 2008. roč. 2, č. 4, s. 8 – 13. ISSN 1802-6400.

Příloha 3 – Celkové riziko malnutrice

celkové riziko malnutrice	skóre
nízké	0
střední	1
vysoké	2 a více

Zdroj: GROFOVÁ, Z. Možnosti nutričního screeningu – 1. část. *Hojení ran*. 2008.
roč. 2, č. 4, s. 8 – 13. ISSN 1802-6400

Příloha 4 – Vytvoření plánu péče (MUST)

MUST skóre*	celkové riziko malnutrice	celkový plán péče	podrobný plán péče
2 a více	vysoké	léčit (pokud se nepředpokládá nulový prospěch z nutriční péče, například terminální stav)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ konzultovat nutriční terapeutu, nutriční tým, nebo použít místní předpisy ▪ zlepšit, zvýšit nutriční příjem ▪ monitorovat a revidovat plán: <ul style="list-style-type: none"> - nemocnice – týdně - ošetrovatelský dům – měsíčně - komunitní péče – měsíčně
1	střední	sledovat (nebo léčit, pokud se očekává rychlé klinické zhoršení)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ dokumentovat příjem stravy 3 dny (v nemocnici i v ošetrovatelském domě) ▪ při zlepšení nebo adekvátním příjmu pokračovat v péči ▪ při nezlepšení použít místní předpisy ▪ opakovat screening: <ul style="list-style-type: none"> - nemocnice – týdně - ošetrovatelský dům – měsíčně - komunitní péče – za 2–3 měsíce
0	nízké	rutinní péče (pokud se nepředpokládá výrazné klinické zhoršení)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ opakovat screening: <ul style="list-style-type: none"> - nemocnice – týdně - ošetrovatelský dům – měsíčně - komunitní péče – ročně u speciálních skupin (nad 75 let)

* BMI – váhový úbytek + vliv choroby

Zdroj: GROFOVÁ, Z. Možnosti nutričního screeningu – 1. část. *Hojení ran*. 2008. roč. 2, č. 4, s. 8 – 13. ISSN 1802-6400.

Příloha 5 – Nutriční stav (NRS 2002), Vliv choroby (NRS 2002)

Nutriční stav (NRS 2002)

nutriční stav	skóre	hodnocení
neovlivněn	0	normální nutriční stav
ovlivněn mírně	1	zhubnutí o více než 5 % za 3 měsíce, nebo příjem stravy v množství 50–75 % normálního příjmu za poslední týden
ovlivněn středně	2	zhubnutí o více než 5 % za 2 měsíce, nebo BMI 18,5–20,5 kg/m ² – zhoršení kondice, nebo příjem stravy v množství 25–60 % normálního příjmu za poslední týden
ovlivněn těžce	3	zhubnutí o více než 5 % za 1 měsíc (resp. o více než 15 % za 3 měsíce), nebo BMI pod 18,5 kg/m ² , nebo příjem stravy v množství 0–25 % normálního příjmu za poslední týden

Vliv choroby (NRS 2002)

vliv choroby	skóre	hodnocení
nepřítomna	0	normální nutriční nároky
mírný	1	fraktura krčku femuru*, chroničtí pacienti zejména s akutními komplikacemi, jaterní cirhóza, CHOPN*, chronicky dialyzovaní, diabetici, onkologičtí pacienti
střední	2	velká břišní operace*, mozková příhoda*, těžká pneumonie, hematologické malignity
těžký	3	úraz hlavy*, transplantace kostní dřeně*, pacienti v intenzivní péči s APACHE skóre nad 10

NRS je založen na interpretaci randomizovaných klinických studií
* znamená, že kategorizace pacienta s příslušnou diagnózou je přímo podporována studií

Zdroj: GROFOVÁ, Z. Možnosti nutričního screeningu – 1. část. *Hojení ran*. 2008.

roč. 2, č. 4, s. 8 – 13. ISSN 1802-6400.

Příloha 6 - Škála pro hodnocení stavu výživy – ukrácená verze (MINI-NUTRITIONAL ASSESSMENT – SHORT FORM [MNA-SF])

<i>Položky</i>	<i>Body</i>
A Došlo v posledních 3 měsících ke ztrátě chuti k jídlu, zažívacím potížím nebo poruchám přijímání stravy (obtížné žvýkání či polykání)? ano, výrazně jen mírně ne	0 1 2
B Úbytek hmotnosti za poslední 3 měsíce: více než 3 kg není přesný údaj 1–3 kg nebyl úbytek hmotnosti	0 1 2 3
C Pohyblivost/mobilita: upoután na lůžko/vozik pohyb jen po místnosti vychází z bytu	0 1 2
D Prodělal v posledních 3 měsících akutní onemocnění, úraz, psychické trauma? ano ne	0 2
E Psychický stav: těžká demence nebo deprese mírná demence nebo deprese normální stav, bez psychické poruchy	0 1 2
F BMI (Body Mass Index): BMI < 19 BMI 19 až < 21 BMI 21 až < 23 BMI 23 nebo více hmotnost (kg).....tělesná výška (cm).....	0 1 2 3
Celkové skóre:	
Celkové hodnocení: 12–14 bodů – stav výživy dobrý, normální nález, není nutné další vyšetření 11 bodů a méně – možná porucha výživy/podvýživa, doplňte další vyšetření ke zhodnocení stavu výživy	

Zdroj: KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9.

Příloha 7 – Škála pro hodnocení stavu výživy (MINI-NUTRITIONAL ASSESSMENT [MNA])

I. ANTROPOMETRICKÉ HODNOCENÍ	BODOVÉ SKÓRE	III. STRAVOVACÍ NÁVYKY	BODOVÉ SKÓRE
1. BMI (Body Mass Index)*		11. Kolik jídel jí pacient za den?	
BMI < 19	0	jen jedno	0
BMI 19 až < 21	1	dvě jídla	1
BMI 21 až < 23	2	tři a více jídel	2
BMI ≥ 23	3		
hmotnost (kg) tělesná výška (m)		12. Konzumuje:	
* BMI = hmotnost(tělní výška) ² v kg/m ²		a) denně mléčný produkt ano – ne	0 (1×ano)
		b) denně maso, ryby, drůbež ano – ne	0,5 (2×ano)
		c) týdně alespoň 2× vejce ano – ne	1 (3×ano)
		nebo fazole	
2. Obvod středu paže		13. Konzumuje denně ovoce/zeleninu?	
pod 21 cm	0	ne	0
21–22 cm	0,5	ano	1
nad 22 cm	1		
3. Obvod lýtky		14. Došlo v posledních 3 měsících ke ztrátě chuti k jídlu, zažívacím potížím nebo poruchám přijímání potravy (obtíže žvýkat nebo polykat)?	
pod 31 cm	0	ano, výrazně	0
31 cm a více	1	jen mírně	1
		ne	2
4. Úbytek hmotnosti za poslední 3 měsíce		15. Jaký je denní příjem všech tekutin?	
více než 3 kg	0	pod 600 ml	0
není přesný údaj	1	600–1000 ml	0,5
1–3 kg	2	nad 1000 ml	1
nebyl úbytek hmotnosti	3		
		16. Schopnost se najíst	
II. CELKOVÉ HODNOCENÍ:	BODOVÉ SKÓRE:	pomoc při jídle nutná	0
5. Je pacient nezávislý v IADL?		sám se nají, ale s obtížemi	1
ne	0	nají se samostatně bez obtíží	2
ano	1		
6. Užívá denně více než 3 druhy léků?		IV. SUBJEKTIVNÍ POSOUZENÍ:	BODOVÉ SKÓRE:
Ano	0	17. Domnívá se pacient, že má se svou výživou nějaké problémy?	
Ne	1	ano, hodnotí se jako podvyživený	0
		neví, snad má problémy	1
7. Prodělal v posledních 3 měsících akutní onemocnění, úraz, psychické trauma?		ne, nemá žádné problémy	2
ano	0		
ne	1	18. Ve srovnání s osobami téhož věku hodnotí pacient své zdraví jako:	
8. Pohyblivost/mobilita		horší	0
upoután na lůžko/vozik	0	neví	0,5
pohyb jen po místnosti	1	dobře, stejně	1
vychází z bytu	2	lepší	2
9. Psychický stav		Celkové skóre:	
těžká demence nebo deprese	0	Celkové hodnocení:	
mírná demence nebo deprese	1	24–30 bodů stav výživy velmi dobrý/dobry	
normální stav, bez psychické poruchy	2	17–23,5 bodu riziko podvýživy	
10. Projeveniny, běrcové vředy, jiné kožní ulcerace		méně než 17 bodů podvýživa	
přítomny	0		
nepřítomny	1		

Zdroj: TOPINKOVÁ, E. Využití standardizovaných škál pro hodnocení stavu výživy u starších nemocných. *Česká geriatrická revue*, 2003. č. 1, s. 6 – 11. ISSN 1214-0732.

Příloha 8 – Anamnestické údaje pro SGA

1.	změna hmotnosti za 6 měsíců	A zvýšení, žádná změna nebo mírná ztráta B střední ztráta hmotnosti C závažná ztráta hmotnosti
2.	změna hmotnosti v posledních 2 týdnech	A hmotnost stoupá B hmotnost se nemění C hmotnost klesá
3.	změna v příjmu stravy (pevná strava, plná tekutá strava, hypokalorická tekutá strava, hladovění)	A žádná nebo malá změna krátkého trvání B hraniční a klesající příjem; příjem nízký a stoupající; příjem nízký, ale beze změny proti původnímu C příjem nízký s dalším poklesem
4.	trvání a stupeň změn	A méně než 2 týdny, malé nebo žádné změny B více než 2 týdny, mírné až středně snížený příjem C neschopen jíst nebo hladovění
5.	přítomnost GI symptomů (nauzea, zvracení, průjem, anorexie)	A mírné nebo žádné symptomy intermitentně B symptomy déle než 2 týdny; těžké symptomy, které se zlepšují C symptomy denně nebo velmi často déle než 2 týdny
6.	funkční kapacita (funguje suboptimálně, chodící, upoutaný na lůžko)	A žádné zhoršení síly ani vitality, plná funkční kapacita; mírný až střední úbytek a zlepšování B mírný až střední úbytek síly, vitality/určitá ztráta denních aktivit nebo těžká ztráta bez zlepšování C těžká ztráta funkce, vitality a síly
7.	stav choroby a komorbidit	A žádný stres B mírný až střední stres C těžký stres

Zdroj: GROFOVÁ, Z. Možnosti nutričního screeningu – 2. část. *Hojení ran.* 2009. roč. 3, č. 1, s. 8 – 14. ISSN 1802-6400.

Příloha 9 – Fyzikální vyšetření u SGA

1.	ztráta podkožního tuku (m. triceps, hrudník)	A malá nebo žádná ztráta B mírná až střední ztráta ve všech oblastech; těžká ztráta v některých oblastech C těžká ztráta ve většině oblastí
2.	ztráta svalů (m. quadriceps, m. deltoideus)	A malá nebo žádná ztráta B mírná až střední ztráta ve všech oblastech; těžká ztráta v některých oblastech C těžká ztráta ve většině oblastí
3.	otok (kotníky, sakrum)	A malý nebo žádný otok B mírný až střední otok C těžký otok
4.	ascites	A žádný ascites nebo pouze nález zobrazovacími technikami B mírný až střední ascites, nebo klinicky zřejmý těžký nebo progresivní ascites

Zdroj: GROFOVÁ, Z. Možnosti nutričního screeningu – 2. část. *Hojení ran*. 2009. roč. 3, č. 1, s. 8 – 14. ISSN 1802-6400.

Příloha 10 – Základní nutriční screening zpracovaný s použitím Nottinghamského dotazníku

CENTRUM VÝŽIVY FTNSP
Základní nutriční screening
(zpracováno s použitím Nottinghamského dotazníku)

méno _____ Příjmení _____ Titul _____ Pojišťovna _____ Rodné číslo _____

Pohlaví	Hmotnost	Výška	BMI = (kg : m ²)
			2
Velze-li pacienta změřit a zvážit			3
Velze-li od pacienta získat informace			
(v takovém případě nevyplňujeme body B, C)			
A věk	do 65 let		0
	nad 65 let		1
	nad 75 let		2
B BMI	20–35		0
	18–20, nad 35		1
	pod 18		2
C Ztráta hmotnosti (nechtěná)	žádná		0
	více než 3 kg/3 měsíce		
	nebo volné šatstvo		1
	více než 6 kg/3 měsíce		2
D Jídlo za poslední 3 týdny	beze změn v množství		0
	poloviční porce		1
	ji občas nebo neji		2
	žádné		0
E Projevy nemoci	žádné		0
	bolesti břicha, nechutenství		1
	zvracení, průjem nad 6/den		2
F Faktor stresu	žádný		0
	střední		1
	vysoký		2
<small>(Střední faktor stresu – chronické onemocnění, diabetes mellitus, menší a nekomplikovaný chirurgický výkon; Vysoký faktor stresu – akutní dekompenzované onemocnění, rozsáhlý chirurgický výkon, pooperační komplikace, umělá plicní ventilace, popáleniny, trauma, krvácení do GIT, hospitalizace na JIP či ARO)</small>			
Index: (A + B + C + D + E + F)			
0–3	0	bez nutnosti zvláštní intervence	
4–7	+	nutné vyšetření nutričním terapeutem, speciální dieta	
8–11	!	malnutrice ohrožující život či průběh choroby, bezpodmínečně nutná speciální nutriční léčba	
Vypočtené skóre:			
Podpis zpracovatele:			

© P. Kohout, T. Starné

Zdroj: KOHOUT, P. *Dokumentace a hodnocení nutričního stavu pacientů*. Praha: Maxdorf, 2004. 40s. ISBN 80-7345-030-5.

Příloha 11 – Nutriční anamnéza

Jméno _____	3. Problémy po dietě ano _____ ne _____ pokud ano, jaké _____
Věk _____ Výška _____	4. Potíže se žvýkáním počet zubů _____ umělý chrup _____ částečná, úplná protéza _____ nasazení protézy _____
HMOTNOST momentální _____ váhová anamnéza _____	5. Těžkosti s polykáním _____
Procenta nadměrné hmotnosti _____ nedostatečné hmotnosti _____	6. Střevní peristaltika _____
JINÉ ANTROPOMETRICKÉ ÚDAJE Kožní řasa nad M. triceps _____	ZDRAVOTNÍ ANAMNÉZA
STRAVOVACÍ NÁVYKY	1. Fyzikální aktivita typ _____ častost _____
1. Typický denní příjem potravy	2. Užívání léků název _____ čas _____
čas _____ druh _____ dávka _____	3. Choroby, chirurgické výkony
_____	ano _____ ne _____
_____	cukrovka _____
_____	srdeční onem. _____
_____	chirurgické výk. _____
_____	zhoubné nádory _____
_____	vředy _____
_____	alergie _____
2. Oblíbená jídla _____	4. Hodnocení zdraví dobré _____ dostatečné _____ špatné _____
3. Neoblíbená jídla _____	NAKUPOVÁNÍ A PŘÍPRAVA JÍDEL
4. Alergie na jídlo _____	1. Používání ingrediencí
5. Jídla pokládána za:	sůl _____
škodlivá _____	soja _____
užitečná _____	cukr _____
6. Omezení ve stravování	jiné _____
spec. dieta _____	2. Používané způsoby přípravy
náboženství _____	vaření _____ pražení _____
kultura _____	pečení _____ opékání _____
7. Příjem tekutin	dušení _____
počet sklenic vody za den _____	3. Schopnost nákupu
počet káv, čaje za den _____	samostatnost _____ pomoc _____
jiné tekutiny (nealko) _____	4. Schopnost vaření
alkohol množství _____	samostatnost _____ pomoc _____
8. Užívání vitaminů	5. Rodinné a životní podmínky
druh _____ častost _____	počet členů rodiny _____
9. Užívání minerálů	žije sám _____
druh _____ častost _____	6. Ovlivňují ceny jídla výživu ?
10. Hodnocení stravy	ano _____ ne _____
vyvážená _____	jak ? _____
nevyvážená _____	
STRAVOVACÍ PROBLÉMY	
1. Chuť k jídlu (normální, zvýšená, snížená) _____	
2. Jídla vyvolávající poruchy trávení, průjem, plynatost _____	

Zdroj: TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu.* 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2004. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.

Příloha 12 – Standardy týkající se stravování a léčebné výživy

Stravování pacientů, léčebná výživa

Standardy

COP.12 Pacienti mají pravidelně k dispozici stravu, která je pro ně přiměřená a je v souladu s jejich zdravotním stavem.

COP.12.1 Všem pacientům se předepisuje strava či jiné výživové přípravky na základě jejich nutričního stavu či nutričních potřeb, včetně předpisu „nihil per os“, ordinace normální stravy, dietního stravování, parenterální či enterální výživy.

COP.12.1.1 Pacienti mají možnost výběru z nabízených jídel.

Účel standardů COP.12-COP.12.2

Dostupnost přiměřené stravy či výživových přípravků je důležitá pro zlepšení zdravotního stavu pacienta a pro jeho úzdravu. Nemocnice zajistí pravidelnou dostupnost stravy přiměřené věku pacientů, jejich kulturním a stravovacím zvyklostem a plánované zdravotní péči. Pacient se podílí na plánování a výběru stravy a jeho příbuzní se mohou, je-li to přijatelné, podílet na zajišťování stravy, která je v souladu s kulturními, náboženskými či jinými tradicemi a zvyklostmi. Ošetřující lékař, nebo jiný kvalifikovaný pracovník, předepisuje pacientovi stravu či jiné výživové přípravky na základě zhodnocení jeho potřeb a léčebného plánu. Pokud pacientovi zajišťují stravu jeho rodinní příslušníci, jsou informováni o tom, které potraviny jsou vzhledem k pacientovu zdravotnímu stavu kontraindikované, dále jsou informováni o možných interakcích podávaných léčiv s potravinami. Pokud je to možné, mají pacienti možnost výběru stravy v souladu s jejich nutričním stavem.

Indikátor standardu COP.12

Nemocnice zajistí pravidelnou dostupnost stravy vhodné pro pacienta.

Indikátory standardu COP.12.1

- 1. Do dokumentace pacientů se zaznamenává ordinace nutričního režimu.
- 2. Nutriční režim vychází z nutričního stavu pacienta a z jeho potřeb.

Indikátory standardu COP.12.2

- 1. Pacienti mají k dispozici výběr stravy odpovídající jejich zdravotnímu stavu.
- 2. Pokud stravu pacientům zajišťují jejich příbuzní, jsou poučeni o pacientových dietních omezeních.

Standard

COP.12.3 Příprava, skladování a výdej stravy jsou bezpečné a probíhají v souladu s národní legislativou, podzákonými předpisy a aktuálními doporučenými postupy.

Účel standardu COP.12.3

Příprava stravy, její skladování a výdej jsou trvale sledovány s cílem zajistit jejich bezpečnost a dodržování zákonů, podzákoných norem a aktuálních doporučených postupů. Postupy při přípravě a skladování stravy snižují riziko kontaminace či zkažení stravy. Znehodnocená strava není podána/vydána. Strava se podává pacientům ve stanovený čas. Nemocnice má k dispozici takové potraviny a výživové přípravky, které odpovídají zvláštním potřebám pacientů.

Indikátory standardu COP.12.3

- 1. Strava je připravována způsobem, který omezuje riziko její kontaminace či zkažení.
 - 2. Strava je skladována způsobem, který snižuje riziko její kontaminace či zkažení.
 - 3. Strava se podává ve stanovený čas, nemocnice uspokojuje zvláštní potřeby pacientů.
 - 4. Postupy odpovídají národním zákonům, podzákoným normám a doporučeným postupům a předpisům.
-

Standardy

COP.13 Pacientům s poruchou výživy se zajišťuje nutriční léčba.

COP.13.1 Nutriční léčba se zajišťuje multidisciplinárně.

COP.13.2 Efekt nutriční léčby na pacienta se zaznamenává do jeho dokumentace.

Účel standardů COP.13-COP.13.2

Při vstupním vyšetření se identifikují ti pacienti, kteří jsou v nutričním riziku. Tito pacienti jsou dále vyšetřeni nutričním specialistou. Pokud se podezření z nutričního rizika potvrdí, zahájí se plán nutriční léčby pacienta. Změna pacientova nutričního stavu se sleduje a zaznamenává do jeho dokumentace. Na plánování, zajišťování a vyhodnocování nutriční léčby spolupracují lékaři, ošetrovatelský personál, dietní sestry a – je-li to namístě – příbuzní pacienta.

Indikátor standardu COP.13

- Pacientům, kteří jsou označeni jako pacienti v nutričním riziku se zajistí adekvátní nutriční léčba.
-

Indikátor standardu COP.13.1

Plánování, zajišťování a sledování efektu nutriční léčby probíhá multidisciplinárně.

Indikátory standardu COP.13.2

- 1. U pacientů, kterým se podává nutriční léčba se sleduje efekt této léčby.
- 2. Efekt nutriční léčby se zaznamenává do dokumentace pacienta.

Zdroj: Joint Commission International. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*. Přeložil. D. Marx, I. Staněk. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 288 s. Přeloženo z anglického originálu: Joint Commission International Accreditation Standards for Hospital. ISBN 80-247-0629-6.

Příloha 13 – Dotazník

Vážená paní, vážený pane,

ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé diplomové práce, která se zabývá nutričním screeningem a standardizovanou nutriční péčí. Získaná data budou anonymní, použita pouze ke zpracování empirické části práce.

Pokyny k vyplnění: U jednotlivých otázek označte jednu možnost, pokud nebude přímo u otázky uvedeno jinak. V případě elektronické komunikace můžete označit Vámi zvolenou odpověď např. tučně, barevně apod.

Velmi Vám děkuji za ochotu, upřímnost a drahocenný čas, který věnujete vyplnění tohoto dotazníku.

Bc. Klára Lenková
studentka Zdravotně sociální fakulty
v Českých Budějovicích

1. Je nemocnice, ve které pracujete akreditovaná?

Ano

Ne

Ne, ale k akreditaci se připravuje

2. Máte vypracované ošetřovatelské standardy, které se týkají výživy? (např. stravování nemocných)

Ano

Ne (pokračujte prosím otázkou číslo 4)

Nevím

3. Jaké kontrolní mechanismy k vypracovaným standardům používáte? (můžete označit i více možností)

Audity

Kontrolu dokumentace

Jiné (prosím doplňte)

Nevím

4. Zapisují sestry do dokumentace kolik % z porce klient/pacient snědl?

Ano

Ne (pokračujte prosím otázkou č. 7)

Nevím

5. U jakých klientů/pacientů sestry tento zápis do dokumentace provádí?

U všech klientů/pacientů

Pouze u určité skupiny klientů/pacientů

Pouze u individuálně určených klientů/pacientů

Jiné (prosím doplňte)

Nevím

6. Jakým způsobem sestry nakládají se získanými informacemi o množství snědené stravy?

Získané informace konzultují s lékařem

Získané informace konzultují s nutričním terapeutem

Získané informace konzultují s rodinou

Získané informace konzultují s lékařem, s nutričním terapeutem i s rodinou

Se získanými informacemi nic nedělají

Získané informace konzultují s lékařem a s nutričním terapeutem

Jiné (prosím doplňte)

Nevím

7. Je ve vaší nemocnici zavedena standardizovaná nutriční péče?

Ano

Ne (pokračujte prosím otázkou č. 24)

Nevím

8. Co vás vedlo k zavedení standardizované nutriční péče? (můžete označit i více možností)

Akreditační podmínky

Zvyšování kvality péče

Zabránění hladovění klientů/pacientů

Zabránění celkovému neprospívání klientů/pacientů

Podpořit rychlejší hojení ran

Zkrátit dobu hospitalizace

Snížit frekvenci výskytu komplikací

Jiné (prosím doplňte)

Nevím

9. V rámci nutričního screeningu a hodnocení nutričního stavu na vašich odděleních běžně provádíte:

- | | | |
|---|-----|----|
| a) nutriční anamnézu | ano | ne |
| b) stanovení tělesné hmotnosti | ano | ne |
| c) stanovení BMI (Body Mass index) | ano | ne |
| d) stanovení tělesné výšky | ano | ne |
| e) měření kožních řas a tělesných obvodů | ano | ne |
| f) odběry biolog. materiálu k laboratornímu vyšetření | ano | ne |
| g) jiné (prosím doplňte) | | |

10. Na jakých odděleních nebo kdy nutriční screening provádíte? (můžete zvolit i více možností)

Na všech odděleních

Pouze u klientů/pacientů s onkologickým onemocněním

Na geriatrickém oddělení (oddělení následné péče)

Na dětském oddělení

Na traumatologii

Na chirurgickém oddělení

Na interním oddělení

Jinde (prosím doplňte kde)

Nevím

11. Jaký screeningový nástroj k nutričnímu hodnocení používáte? (můžete zvolit i více možností)

MUST - Malnutrition Universal Screening Tool

NRS 2002 - Nutritional Risk Screening 2002

MNA - Mini Nutritional Assessment

zkrácenou verzi MNA tzv. Mini Nutritional Assessment – Short Form (MNA – SF)

SGA - Subjective Global Assessment

Nottinghamský screeningový dotazník

Základní nutriční screening, který je zpracován s použitím Nottinghamského dotazníku

x Vstupní vyšetření pro klienty/pacienty v pokročilém věku, které je zpracováno s použitím MNA

Jiné (prosím doplňte, jaký druh screeningového nástroje používáte)

.....

Nevím

12. Kdy je nutriční screening prováděn?

Vždy při příjmu klienta/pacienta

Během prvních 24 hodin od přijetí

Jindy (prosím doplňte kdy)

Nevím

13. Opakuje se nutriční screening u klientů/pacientů po dobu hospitalizace?

Ano, u všech nehledě na dobu hospitalizace

Ano, u všech, kteří jsou hospitalizováni déle než 72 hodin

Ano, pouze u rizikových klientů/pacientů

Ne

Nevím

14. V případě, že je klient/pacient v nutričním riziku, mají sestry dostatek časového prostoru, aby se mu mohly v této porušené oblasti věnovat?

Ano

Ne

Nevím

V případě, že chcete specifikovat tuto situaci, napište

.....

15. Mají sestry potřebný časový prostor k tomu, aby mohly nakrmit klienta/pacienta, který se nachází v nutričním riziku a je nesoběstačný?

Ano

Ne

Nevím

V případě, že chcete specifikovat tuto situaci, napište

.....

16. Myslíte si, že sestry přistupují ke každému klientovi/pacientovi při uspokojování potřeb výživy individuálně?

Ano

Ne

Nevím

17. Myslíte si, že sestry respektují klientovo/pacientovo přání v oblasti jídla?

Ano

Ne

Nevím

18. Existuje u vás nutriční tým?

Ano

Ne

Nevím

19. Je v nutričním týmu k dispozici nutriční terapeut?

Ano

Ne

Nutriční terapeut funguje bez nutričního týmu

Nevím

20. Opakují sestry nutriční screening ve spolupráci s nutričním terapeutem?

Ano

Ne

Nevím

21. Zaznamenali jste nějaké změny po zavedení standardizované nutriční péče?

Ano, pozitivní

Ano, negativní

Ano, pozitivní i negativní

Žádné změny jsme nezaznamenali (pokračujte otázkou číslo 23)

Nevím

22. V jakých oblastech jste změny zaznamenali? (můžete označit i více možností)

V oblasti přístupu sester

V oblasti stavu klienta/pacienta

V oblasti hojení ran

V oblasti rekonvalescence

V oblasti výskytu komplikací u chirurgických i nechirurgických klientů/pacientů

Jiné (prosím doplňte)

Nevím

23. Kdo u vás řídí standardizovanou nutriční péči na jednotlivých odděleních?

Vrchní sestra

Staniční sestra

Pověřená směnná sestra

Nutriční terapeut

Lékař

Jiné (prosím doplňte)

Nevím

24. Myslíte si, že má standardizovaná nutriční péče význam?

Ano (odpovězte prosím také na otázku 24a)

Ne

Nevím

24a. V čem význam standardizované nutriční péče vidíte? (prosím doplňte)

.....
.....
.....
.....

25. Jaké vidíte problémy či překážky k vytvoření a udržení standardní situace v nutriční péči? (prosím doplňte)

.....
.....
.....
.....

26. Je z vašeho pohledu nutriční screening významným indikátorem kvality?

Ano, nutriční screening je významným indikátorem kvality

Ne, nutriční screening nemá význam pro kvalitu

Nevím

27. Na které místo byste provádění nutričního screeningu umístil/a? (K jednotlivým indikátorům přiřaďte číslo, kdy 1 znamená nejvýznamnější indikátor kvality a 7 znamená nejméně významný indikátor kvality)

Prevalence dekubitů

Hlášení MU

Hlášení pádů

Provádění nutričního screeningu

Hlášení katetrálních infekcí

Sledování a vyhodnocování spokojenosti klientů/pacientů s poskytovanou péčí

Personální obsazení a kvalifikační struktura

28. Pořádáte vzdělávací akce pro personál v problematice výživy?

Ano

Ne

Nevím

Prostor pro případné komentáře či připomínky vztahující se k problematice výživy

.....

.....

.....

.....

.....

Děkuji