



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Malnutrice jako ošetrovatelský problém

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Veronika Lukešová

Vedoucí práce: Mgr. Jiří Kaas, Ph.D.

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Malnutrice jako ošetrovatelský problém“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 8. 8. 2023

.....

Veronika Lukešová

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucímu své bakalářské práce panu Mgr. Jiřímu Kaasovi, Ph.D. za cenné rady a trpělivost při zpracování této práce. Další poděkování patří informantkám, které mi byly ochotné poskytnout informace pro empirickou část této práce.

Malnutrice jako ošetrovatelský problém

Abstrakt

Cílem této bakalářské práce bylo zmapovat úlohu sestry v rámci ošetrovatelské péče o pacienta s malnutricí. V návaznosti na tento cíl byly stanoveny dvě výzkumné otázky, které znějí následovně: „Jaká je úloha sestry v prevenci malnutrice?“ a „Jaká je úloha sestry v terapii malnutrice?“

Výzkumná část této práce byla zpracována pomocí kvalitativního výzkumného šetření, které bylo provedeno technikou polostrukturovaného rozhovoru. Podklad pro tento rozhovor (příloha 1) se skládal ze 34 otázek, z nichž některé obsahovaly doplňující podotázky. První 4 otázky byly zaměřené na základní informace o informantkách, jako jsou věk, vzdělání, délka praxe ve zdravotnictví a délka působení na současném oddělení. Zbývající otázky byly zaměřené na zkoumaný problém malnutrice. Celý rozhovor byl zaznamenáván pomocí psaného záznamu.

Výzkumný soubor byl tvořen 8 všeobecnými sestrami, pracujícími na oddělení následné péče a na interním oddělení. Pořízené rozhovory byly zpracovány metodou otevřeného kódování, technikou „tužka – papír“.

Výsledky výzkumného šetření jsou rozčleněny do dvou kategorií: prevence a diagnostika malnutrice a terapie malnutrice. Výsledky přináší ucelený pohled na problematiku ošetrovatelské péče u pacientů s malnutricí. Ukazuje důležitou úlohu sestry v této problematice a to nejen v časně diagnostice, ale i následně při dodržování potřebného kalorického příjmu těchto pacientů. Z výzkumu rovněž vyplynula potřeba spolupráce s nutričními terapeuty.

Tato práce může být návodem pro nové sestry, aby dokázaly rychleji odhalit riziko malnutrice u pacientů, předejít tak komplikacím při jejich léčbě. V této souvislosti může práce posloužit především studentům ošetrovatelství, ale též sestrám z praxe jako informační materiál zdůrazňující úlohu sestry u tohoto klinického stavu.

Klíčová slova

Malnutrice; nutrice; výživa; podvýživa; ošetrovatelská péče; pacient; sestra

Malnutrition as a nursing problem

Abstract

The aim of this bachelor thesis was to map the role of the nurse of the patient with malnutrition in the term of nursing care. In relation to this aim, two research questions were set as follows, "What is the role of the nurse in the prevention of malnutrition?" and "What is the role of the nurse in the treatment of malnutrition?"

The research part of this paper was done through a qualitative research investigation which was conducted using semi-structured interview technique. The background for this interview (Appendix 1) consisted of 34 questions, some of which contained additional sub-questions. The first 4 questions focused on basic information about the informants such as age, education, length of experience in the health care sector and length of time in the current department. The remaining questions focused on the malnutrition problem under study. The entire interview was recorded using a written record.

The research population consisted of 8 general nurses working in the post-acute care unit and the internal medicine ward. The acquired interviews were processed by open coding method, using "pencil-and-paper" technique.

The results of the survey are divided into two categories: prevention and diagnosis of malnutrition and treatment of malnutrition. The results provide a comprehensive view of the nursing care of patients with malnutrition. It shows the important role of the nurse in this issue, not only in early diagnosis but also subsequently in maintaining the necessary caloric intake of these patients. The research also revealed the need for collaboration with nutritional therapists.

This work can guide new nurses to detect the risk of malnutrition in patients more quickly, thus preventing complications in their treatment.

Keywords

Malnutrition; nutrition; malnutrition; nursing care; patient; nurse

Obsah

Úvod.....	7
1 Současný stav	8
1.1 Malnutrice	8
1.2 Rozdělení malnutrice	9
1.3 Příčiny malnutrice.....	10
1.4 Klinické projevy a důsledky malnutrice	11
1.5 Diagnostika malnutrice	13
1.5.1 Anamnéza	14
1.5.2 Fyzikální a antropometrické vyšetření	15
1.5.3 Laboratorní vyšetření.....	16
1.6 Léčba malnutrice.....	17
1.6.1 Enterální výživa	17
1.6.2 Parenterální výživa	21
1.7 Ošetrovatelská péče o pacienty s malnutricí.....	22
2 Cíl práce a výzkumné otázky	27
2.1 Cíl práce	27
2.2 Výzkumné otázky	27
3 Metodika výzkumu.....	28
3.1 Použitá metodika.....	28
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	29
4 Výsledky práce.....	30
4.1 Struktura výzkumného souboru	30
4.2 Kategorizace výsledků výzkumného šetření.....	30
5 Diskuze.....	54
6 Závěr	61
7 Seznam použité literatury.....	62
8 Seznam příloh.....	65
9 Seznam zkratk	68

Úvod

Malnutrice (nedostatečná výživa) je v současné době považována za velmi závažný problém ošetrovatelské péče. Dotýká se především dlouhodobě hospitalizovaných pacientů, kteří trpí nedostatečným příjmem energie a proteinů. Jako praktická sestra na oddělení následné péče jsem se s tímto problémem setkávala často a to byl důvod, proč jsem si toto téma zvolila pro svoji bakalářskou práci. Nejvíce jsem čerpala z rozhovorů se sestrami z oddělení následné péče a interního oddělení. Do budoucna je důležité se tímto problémem zabývat především z důvodu, aby se mu co nejvíce předcházelo.

Bakalářská práce se dělí na dvě části teoretickou a empirickou. V teoretické části se zabýváme onemocněním malnutrice. Malnutrici dělíme na dva typy Marantický typ, což je vlastně proteino-kalorická malnutrice a Kwashiorkorový typ malnutrice, kdy dochází k deficitu proteinů. Dále jsou uváděny příčiny, projevy a důsledky malnutrice, kterých může být celá řada. Diagnostika malnutrice je velice náročná na čas, zahrnuje odebrání nutriční anamnézy, fyzikální a antropometrická vyšetření a v neposlední řadě i laboratorní vyšetření. Po zjištění příčiny vzniku malnutrice dochází k nastavení léčby enterální či parenterální cestou dle stavu a potřeb pacienta. Správná nutričně vyvážená strava zlepšuje zdravotní stav pacienta. Pokud je pacient správně vyživován, lépe se hojí rány, dekubity a zlepšuje se jeho sebek péče, protože má více síly a energie. U pacientů s malnutricí je velmi důležitá ošetrovatelská péče.

Empirická část práce popisuje úlohu sestry v prevenci a terapii malnutrice. Cílem práce je zmapovat úlohu sestry v rámci ošetrovatelské péče o pacienta s malnutricí. Práce poskytuje ucelený přehled o problematice malnutrice z ošetrovatelského hlediska. V této souvislosti může práce posloužit především studentům ošetrovatelství, ale též sestram z praxe jako informační materiál zdůrazňující úlohu sestry u tohoto klinického stavu.

1 Současný stav

1.1 Malnutrice

Malnutrice je stav zhoršené výživy. Tím lze rozumět jak malnutrici v širším, tak v užším smyslu slova. V širším slova smyslu představuje porušení stavu výživy, ať už nedostatek energetických zásob organismu, nedostatek proteinů, nedostatek vitamínů a stopových prvků. V užším slova smyslu ji lze chápat jako proteinovou či energetickou malnutrici (Kohout a Kotrlíková, 2005).

Malnutrice je odchylka od normálního stavu výživy, která vzniká nerovnováhou mezi přívodem živin, tedy energetickou spotřebou a jejich skutečnou potřebou v organismu člověka. V širším slova smyslu lze hovořit o dysnutrici. Pojem malnutrice je často považován za nedostatečnou výživu v kvantitativním smyslu, tedy za stav, který nazýváme hyponutrice neboli podvýživa. Ta je ovšem jen její částí (Kohout, 2011).

Malnutrice je komplexní problém, který lze posuzovat ze strany medicínské, organizační či ekonomické. Z medicínského hlediska je to otázka diagnostiky malnutrice, jejích klinických důsledků a léčby. Po organizační stránce je potřeba rozdělit diagnostiku i léčbu malnutrice mezi jednotlivé subjekty zdravotní péče, kterými jsou lékaři, nutriční terapeuti a všeobecné sestry, a dále pak provádět nutriční screening v nemocnicích.

Malnutrice prodlužuje dobu hospitalizace, zvyšuje mortalitu i počet komplikací, zdravotnický systém zatěžuje zvýšeným čerpáním prostředků (Kohout a Kotrlíková, 2005).

Kohout (2011) uvádí, že malnutrice je stav, který může mít pro organismus negativní důsledky z důvodu zdlouhavé doby léčení s prodlouženou hospitalizací nebo pobytu na jednotce intenzivní péče. Je zde zvýšené riziko počtu pooperačních komplikací, které mohou, ale nemusí, s operačním výkonem souviset. V průběhu konzervativní léčby a pooperační péče jsou pacienti s malnutricí ohroženi vyšší mortalitou.

Zadák (2008) uvádí, že malnutrice se vyskytuje ve vysokém počtu zejména u pacientů ve vyšším věku, nemocných s chronickými respiračními chorobami, nemocných se zánětlivým střevním onemocněním, nemocných s nádorovým

onemocněním nebo nemocných v kritickém stavu, u kterých se jedná o proteinovou malnutrici.

1.2 Rozdělení malnutrice

Malnutrici lze dělit podle různých kritérií. Původně se dělila na malnutrici energetickou, při níž má organismus nedostatek energie, zásoby energetického tuku jsou nízké, ale sérologické markery stavu výživy jsou normální. Druhým typem je malnutrice proteinová, při které je snížena hladina nutričních proteinů v séru. Třetím typem je malnutrice proteinoenergetická, která je kombinací obou předchozích (Kohout a Kotrlíková, 2005).

Kohout a Kotrlíková (2005) udávají, že později byla malnutrice rozdělována na prostou (prosté hladovění) a stresovou malnutrici neboli hypometabolický a hypermetabolický typ malnutrice.

U prosté malnutrice se jedná o hypometabolický stav, který vzniká u pacientů, kteří omezí příjem potravy, a to především příjem energetických substrátů. Nevyskytuje se u nich žádné nádorové ani zánětlivé onemocnění. Tito pacienti mají dostatek pohybu. Nebezpečná je stresová malnutrice, při níž dochází k hypermetabolickému stavu spojenému s odbouráváním bílkovin v poměrně krátkém čase. V tomto případě je nutná včasná diagnostika a cílená nutriční léčba. Na léčbě se podílí ošetřující lékař a erudovaný nutriční terapeut. Důsledky mohou být fatální. Při včasné a adekvátní léčbě stoupá šance na úspěšnou léčbu (Kohout, 2011).

Kohout a Kotrlíková (2005) popisují, že malnutrice se dá mimo jiné rozdělit na prostou a malnutrici při onemocnění (DRM – disease related malnutrition), která však zahrnuje jak nedostatek energie, tak proteinovou malnutrici, jak prosté hladovění, tak stresový typ malnutrice.

Zadák (2008) uvádí, že obecně lze rozdělit malnutrici na dva typy. Marantický typ, který se nazývá jako proteino-kalorická malnutrice a kwashiorkorový typ, způsobený převážně deficitem proteinů. Dalším mechanismem vzniku kwashiorkorového typu malnutrice je situace, kdy u podvyživeného pacienta nastoupí účinek katabolizujícího onemocnění, které je příčinou stresového hladovění a dochází tak k přechodu marantického typu malnutrice do typu kwashiorkorového. Proto dochází k rozvoji

malnutrice buď prostým hladověním, nebo hladověním spojeným se stresem vyvolaným chorobou.

Novák a Káňová (2021) dělí malnutrici do tří skupin, a to podle patofyziologického mechanismu. Jsou jimi nedostatečný nebo nevyvážený příjem živin, dále zvýšené ztráty a v neposlední řadě zvýšené potřeby anebo poruchy metabolismu živin.

1.3 Příčiny malnutrice

Malnutrice může být jak příčinou, tak následkem onemocnění. Může vzniknout vlivem nedostatku jedné nebo více složek živin. Velmi často dochází ke kombinaci těchto příčin. Vyznačuje se nízkým BMI pod 19 kg/m^2 a zhoršením tělesných funkcí. Toto onemocnění zasahuje jedince v každém věku, a to i v období nitroděložního vývoje plodu (Novák a Káňová, 2021).

Mezi nejčastější příčiny malnutrice patří snížená chuť k jídlu, rozvinutá anorexie, poruchy trávení a absorpce živin. V nemocnici může jít o nezvyklý typ potravin, jiné časové rozložení jídel, než je pacient zvyklý, o přítomnost bolesti, infekce a stresových stavů. Často se vyskytuje v důsledku zranění, operací, endokrinních poruch nebo při ztrátách bílkovin a tekutin píštělemi, rozsáhlými ranami nebo při vystupňovaném katabolismu (Zadák, 2008).

Ledvinné onemocnění, ať už akutní, nebo chronické může vést k výživovým problémům, jako je proteino-kalorická malnutrice, poruchy minerálních látek a změny v metabolismu vitamínů (Novák a Káňová, 2021).

Křemen, Kotrlíková a Svačina (2009) naopak uvádí, že mezi příčiny podvýživy patří snížený perorální příjem, a to z důvodu nechutenství, poruch vědomí, poruch polykacího reflexu nebo snížené sebeobsluhy. Dále uvádí poruchy vstřebávání u nespecifických střevních zánětů nebo u syndromu krátkého střeva. U metabolických poruch se jedná o hepatální, renální či kardiální nedostatečnost. Novák a Káňová (2021) uvádí, že u jedné třetiny pacientů se srdečním selháním byl zjištěn nedostatek vitamínu B₁. Příčinou je, že u pacientů se srdečním selháním hrozí větší ztráty thiaminu močí v případě užívání kličkových diuretik. Na ztráty thiaminu je nutné dávat pozor zejména v případě delšího hladovění, u těžkých forem malnutrice i u alkoholiků. Rizikové jsou zejména nutriční režimy s vyšším podílem sacharidů. Poslední dobou přibývá pacientů po bariatrických výkonech, u kterých je třeba pomýšlet na možný deficit vitamínu B₁.

Nutné je též poznamenat riziko rozvoje kardiální kachexie s nechtěným úbytkem svalové tělesné hmoty a typicky i se ztrátou celkové tělesné hmotnosti, a to i tukové tkáně.

U pístělí, sepse, traumat, operací nebo onkologických onemocnění jsou zvýšené energetické nároky i ztráty. Bolest, úzkost a cizí prostředí mohou působit na psychiku pacienta. Mezi režimové faktory lze zařadit nevhodný denní režim nebo náročný vyšetřovací program, který vyžaduje přípravu. Existují i léčebné faktory, mezi které se řadí agresivní medikamentózní léčba, operace a jiné léčebné zákroky. V neposlední řadě lze mezi příčiny zařadit i věk (Křemen, Kotrlíková a Svačina, 2009). Výživu pacienta ve stáří ovlivňuje psychický i fyzický stav, ale i ekonomická situace, která je právě jednou z příčin podvýživy, ale častěji to bývá psychosociální situace, deprese či nastupující demence (Kastnerová, 2014).

1.4 Klinické projevy a důsledky malnutrice

Malnutrice je onemocnění, které bychom neměli podceňovat, ba naopak bychom mu měli věnovat zvýšenou pozornost.

U proteinové malnutrice dochází ke zhoršení transportní funkce krve. Vzniklé rány se hůře hojí a velmi často dochází k tvorbě dekubitů, pacienti mají oslabenou imunitu, vznikají jak infekční, tak neinfekční komplikace chirurgických výkonů, prodlužuje se doba pobytu v nemocnici, pacienti ztrácejí svalovou sílu, což vede k postupné nesoběstačnosti až k upoutání na lůžko.

Energetický typ malnutrice, který je spojený s prostým hladověním, se dá lépe diagnostikovat, jelikož při fyzikálním vyšetření se objeví absence podkožního tuku. Při nedostatku bílkovin vznikají hypalbuminemické otoky či anasarka. U těžce nemocných je důležité zahájit co nejdříve umělou výživu, abychom snížili následky katabolického stavu (Kohout a Kotrlíková, 2005).

Křížová a Haluzík (2010) rozdělují následky na primární a sekundární. Mezi primární následky zařazují zvýšené riziko infekcí z důvodu oslabeného imunitního systému či zpomalené hojení ran a otoky. Může docházet ke snížené motilitě střev s poruchami trávení a vstřebávání živin, dochází k minerálovému rozvratu a nastává svalová slabost, atrofie a otoky. U sekundárních následků zmiňují hospitalizované pacienty, u kterých se prodlužuje doba hospitalizace a rekonvalescence a stoupá

nemocnost i úmrtnost. Prevencí a léčbou lehčích forem malnutrice se zlepšuje kvalita života nemocného a šetří se tak i peníze, které se musejí vynaložit na léčbu sekundárních komplikací. Malnutrice výrazně ovlivňuje kvalitu života i prognózu.

Křemen, Kotrlíková a Svačina (2009) uvádí, že malnutrice zhoršuje průběh onemocnění a léčbu. Výrazně prodlužuje délku hospitalizace, a zvyšuje riziko následných komplikací, přičemž hrozí i úmrtí pacienta. Mezi nejzávažnější následky zařazují úbytek dýchacích a kosterních svalů, poruchy vnitřního prostředí, orgánové komplikace, pokles syntézy imunoglobulinů a poruchy endokrinních funkcí. Z výše uvedeného vyplývá, že je nutné provádět včasnou diagnostiku a léčbu.

Vliv malnutrice na fyziologické funkce a strukturu orgánů je obrovský. Malnutrice s postižením orgánů má své typické rysy. Ledviny a slezina nebývají postiženy, za to srdce a játra ztrácejí přibližně 30 % své obvyklé hmotnosti. Hmotnost střev a žaludku se snižuje zejména vlivem stresu. Z tohoto důvodu mají pacienti s orgánovými projevy malnutrice zvýšené riziko rozvoje komplikací, hlavně při úrazech, chirurgických výkonech a akutních onemocněních (Zadák, 2008).

V následujících odstavcích se budeme věnovat morfologickým a funkčním změnám při malnutrici. Postupně budou probrány důsledky malnutrice na kardiovaskulární systém, renální funkce, respirační funkce, gastrointestinální trakt, imunitní systém, termoregulaci a centrální nervový systém.

U kardiovaskulárního systému dochází ke snížení hmotnosti srdečního svalu, které se projevuje sníženou kontraktilitou, poklesem minutového srdečního výdeje a zpomalením srdeční frekvence pod fyziologickou mez. Může docházet i k nízkému krevnímu tlaku u pacientů v pokročilejších stádiích. U pacientů s těžkou malnutricí může docházet k srdečnímu selhání a selhání periferního oběhu (Zadák, 2008).

U renální funkce je porušený průtok a tím snížena glomerulární filtrace. Při cvičení nebo při zvýšené zátěži dochází k poškození vodního a minerálového metabolismu (Zadák, 2008).

Respirační funkce ovlivňuje snížení bílkoviny v respiračním svalstvu o 20 %, dochází ke změnám svalové síly i strukturám dýchacích svalů. Snižuje se maximální ventilace, respirační síla a zmenšuje se svalová hmota bránice. Pacienti jsou ohroženi hypoventilací, hypoxií, hyperkapnií a dále hrozí respirační infekce, snižuje se i schopnost svalové síly dechového centra (Zadák, 2008).

V Gastrointestinálním traktu dochází u pacientů s těžkou malnutricí ke zhoršení absorpce lipidů, disacharidů a glukózy následkem strukturálních změn ve sliznici tenkého střeva. Mezi další změny při malnutrici patří snížená produkce žaludeční, pankreatické šťávy a žluči a následkem je prohloubení stavu malnutrice. Malnutrici zhoršuje i průjem, který se objevuje následkem atrofí a strukturálních a funkčních změn střeva. Když dojde ke změně bakteriální flóry ve střevní sliznici, zpomaluje se tvorba slizničních imunoglobulinů a zhoršuje se funkce střevní mikroflóry (Zadák, 2008).

Imunitní systém je ohrožen z důvodu zhoršené buněčné i humorální imunity. Dochází k častým infekcím, které zhoršují nutriční stav pacienta. V imunitním systému též dochází ke změnám plazmatických proteinů, k poruchám působení cytokinů a ke snížené tvorbě imunoglobulinů. U malnutrice je typicky zhoršená chemotaxe, což je pohyb organismu či buňky ve směru chemického gradientu a nitrobuněčné zničení bakterií (Zadák, 2008).

Termoregulace je ovlivněna vlivem zhoršené tolerance na chlad, dochází k vazokonstrikcím a hypotermii i při okolním tepelném komfortu. Při poklesu tělesné teploty vlivem zvýšených ztrát a sníženou tvorbou tepla dochází k poklesu tělesné teploty o 1-2 stupně Celsia. Následkem bývají poruchy centrálního nervového systému, zmatenost a svalová slabost. Hypotermií jsou nejvíce ohroženi staří lidé a lidé s velmi nízkou tělesnou hmotností, jelikož mají zhoršenou termoregulaci (Zadák, 2008).

Centrální nervový systém je při malnutrici narušen. Může zde docházet k depresím, které se upravují při zlepšení stavu výživy. Při častých karencích současně s malnutricí při deficitu vitamínu B₁, B₆ a B₁₂ dochází ke specifickým změnám centrálního nervového systému. Objevují se poruchy mozkových funkcí a výrazné mentální poruchy i poruchy periferního nervového systému (Zadák, 2008).

1.5 Diagnostika malnutrice

Malnutrice tvoří komplexní problém, který může zasáhnout více orgánů nebo orgánových systémů. Je velice důležité využít veškeré dostupné metody a jejich následnou kombinaci. V první řadě se musí odebrat od pacienta anamnéza, dále se provádí fyzikální vyšetření, antropometrické vyšetření, laboratorní vyšetření a indexy nutričního a zánětlivého stavu (Kohout, 2011). Křemen a Brodská (2009) ještě navíc uvádějí, že na základě posouzení závažnosti současného onemocnění pacienta, jeho

příjmu stravy, tekutinové bilance a funkčních testů se hodnotí stav výživy pacienta. Tím lze spolehlivě detekovat malnutrici.

V případě diagnostiky malnutrice se používají dvě metody. První metoda je screening, tedy vyhledávání rizikových nemocných a druhá metoda je assessment, při které se provádí objektivní hodnocení výživy (Křemen a Brodská, 2009).

Křížová a Haluzík (2010) uvádějí, že je důležité včas malnutrici rozpoznat a určit, jaké jsou její příčiny a o jaký typ malnutrice se jedná. Nutriční anamnéza, somatické vyšetření a laboratorní metody jsou tři základní přístupy, které vedou ke zjištění stavu výživy.

Nutriční hodnocení umožňuje systematické zhodnocení celkového nutričního stavu pacienta. Diagnostikovat podvýživu a identifikovat základní patologie, které vedou k podvýživě a naplánovat tak další postup (Kesari a Noel, 2022).

1.5.1 Anamnéza

Anamnézu lze získat přímou formou od pacienta nebo formou nepřímou od jeho rodiny. Forma nepřímá se využívá v době, kdy nám pacient není schopen sdělit informace z jakéhokoli důvodu, například bezvědomí, demence a podobně (Navrátil, 2017).

Nutriční anamnéza se zaměřuje na stravovací zvyklosti, frekvenci příjmu stravy a na případné potíže s požitím a trávením stravy. Pacient může mít intoleranci na určité složky stravy nebo alergie na určité potraviny. Zjišťuje se, zda pacient neužívá léky, které by mohly ovlivňovat příjem stravy a nekonzumuje alkohol (Křížová a Haluzík, 2010). U anamnézy se hodnotí váhový úbytek za posledních 3–6 měsíců, stravovací zvyklosti, bolesti břicha, průjem, zvracení, dietní preference a náboženské zvyklosti (Kohout, 2011).

Již při příjmu pacienta na oddělení je nutné zhodnotit nutriční screening, který může upozornit na riziko možné malnutrice, to znamená zhodnotit nutriční stav pacienta (Kohout, 2011). Nutriční screening spočívá v tom, že podle nastavených kritérií vyhledává pacienty, u kterých se předpokládá riziko vzniku malnutrice, nebo kteří již malnutricí trpí. Nutriční screening by se měl provádět plošně, tedy u všech přijatých pacientů do nemocnice a měl by být proveden do 24hod po přijetí (Kohout, 2010). Nutriční screening se poté provádí každých 14 dní (Kohout, 2011). Hodnotí se zde

hmotnost, BMI (Body Mass Index), neúmyslné zhubnutí za časový interval a omezení příjmu stravy. Na základě zhodnocení nutričního screeningu následuje úprava stravování a změna diety. Dietu naordinuje ošetřující lékař nebo nutriční terapeut (Grofová, 2007).

Nutriční terapeut je vysokoškolsky vzdělaný odborník v oblasti léčebné výživy. Dříve se nutričním terapeutům říkalo dietní sestra. Je velmi důležité, aby nutriční terapeut viděl pacienta a mohl od něj odebrat nutriční anamnézu. Nutriční terapeut musí být pravdivě informován o pacientově nemoci a zdravotním stavu, aby mohl objektivně zhodnotit nutriční stav pacienta a možná rizika. Následně sestaví pro daného pacienta nutriční plán nebo individuální dietu. Nestačí jen na dálku objednat přídatky stravy (Grofová, 2007).

Křížová a Haluzík (2010) uvádějí, že u somatického vyšetření si lze všimnout kromě běžného celkového vyšetření některých odchylek. Odchylky od normy mohou nasměrovat lékaře k diagnóze, ale i k příčině.

1.5.2 Fyzikální a antropometrické vyšetření

Výborným ukazatelem stavu nutrice je antropometrické vyšetření, které je jednoduché a časově méně náročné. Lze ho určit podle třech možností. První možností je určení podle tělesné hmotnosti a jejího vývoje v čase, pokud v průběhu posledních 6 měsíců nastane pokles o 10 % a více. Druhá možnost je srovnání tělesné hmotnosti s tabulkou ideální tělesné hmotnosti. Třetí možností je výpočet Body Mass indexu (BMI), což je podíl hmotnosti v kilogramech a tělesné výšky v metrech (Křížová a Haluzík, 2010).

Kapounová (2020) uvádí, že optimální hodnota BMI je 18,5–25 kg/m². Kohout (2011) uvádí, že pro výpočet hodnoty BMI je nutné pacienty změřit a zvážit, pokud to lze. V případě, kdy pacienta nelze zvážit, se využívá měření obvodu končetin, většinou paže. Vážení pacienta by mělo probíhat vždy za stejných podmínek.

Za malnutrici autoři ve své publikaci považují hodnotu BMI nižší než 18,5kg/m² (Křížová a Haluzík, 2010). Křemen a Brodská (2009) uvádí hodnoty svědčící pro malnutrici následovně. Hodnota BMI svědčící pro malnutrici je méně než 16 kg/m². Dále se zabývají úbytkem hmotnosti, kterou rozdělují na více než 5 % za 1 měsíc a více než 10 % za 6 měsíců. Obvod paže u pacienta, který svědčí o malnutrici, je 19,5 cm u

muže a 15,5 cm u ženy. Do antropometrických parametrů lze ještě zařadit index kreatininu/výška. Hodnota menší než 60-80 % je dalším příznakem pro malnutrici. Křížová a Haluzík (2010) uvádějí, že další a složitější metoda je měření kožní tukové řasy, která se měří v oblasti nad tricipsem, tedy v oblasti trojhlavého svalu pažního. Kožní řasa nad tricipsem je u těchto pacientů 3,5 mm u muže a 7 mm u ženy (Křemen a Brodská, 2009). Druhou možností je měření kožní tukové řasy pomocí kaliperu v oblasti řasy subskapulární, tedy v místě kožní řasy pod lopatkou. Zmíněný kaliper je zdravotnická pomůcka, kleště na měření tělesného tuku. Existuje také možnost určit obsah tuku v organismu pomocí hladin hormonů produkovaných tukovou tkání, zejména leptinu (Křížová a Haluzík, 2010).

Fyzikální vyšetření je primárně záležitostí lékařského posouzení. Z nutričního hlediska jsou podstatné informace o stavu kůže a břicha. Zhodnocení stavu svalstva se prolíná s antropometrickým hodnocením. Na kůži se hodnotí barva, exantém, pigmentové změny, hematomy, dekubity a celková kvalita kůže (Vágnerová, 2020). Kohout (2011) navíc ještě hodnotí kachexii, otoky, anasarku, svalovou sílu, stav kůže a jejích adnex.

1.5.3 Laboratorní vyšetření

V rámci laboratorního vyšetření se zhotovuje odběr krve na hematologické, biochemické a imunologické vyšetření (Kohout, 2011).

Pro biochemické vyšetření se používá měření cirkulujících bílkovin, a to albuminu, transferinu, prealbuminu a retinol-vázacího proteinu (Křížová a Haluzík, 2010).

Při podvýživě je možné zjistit sníženou koncentraci sérových proteinů: albuminu a transferinu, který váže železo a transportuje ho do kostní dřeně z důvodu syntézy hemoglobinu, za to prealbumin naznačuje nedostatek proteinů (Kapounová, 2020).

Lze využít i index kreatininu/výška, jelikož hodnota močové exkrece kreatininu je přímo úměrná svalové hmotě (Křížová a Haluzík, 2010). Odpad kreatininu za 24 hodin patří k velice přesnému vyšetření se zjištěním celkového množství svalové hmoty (Kapounová, 2020). Vyšetření dusíkové bilance je velice náročné, jelikož vyžaduje 24hodinový sběr moči, ale za to přesné vyšetření. Též počet cirkulujících lymfocytů nebo alergologický test může být indikátorem stavu nutrice (Křížová a Haluzík, 2010).

1.6 Léčba malnutrice

K léčbě malnutrice je nutný dostatečný příjem stravy a tekutin. Ke správnému stravování dochází v případě, že je strava vyvážená tzn. 50 % sacharidů, 18–20 % bílkovin, 30–35 % tuků, minerálních látek a vitamínů. Příjem a výdej energie by měl být v rovnováze. Velice důležité je i dodržování pitného režimu. Dospělý pacient by měl vypít 2–2,5l tekutin denně. Mezi vhodné tekutiny se řadí bylinkové čaje, přírodní ovocné šťávy a minerální vody. Naopak nevhodné je pití nápojů obsahující kofein, černý čaj a colové nápoje. Následkem nedostatečného příjmu tekutin vznikají další zdravotní komplikace, které s příjmem tekutin nejsou úplně spojovány. Patří mezi ně dna, revmatické obtíže, močové kameny a močové infekce, dále pak únava, podrážděnost, zmatenost a v neposlední řadě i dezorientace (Kapounová, 2020).

U pacienta, který není schopný přijímat stravu per os po dobu delší než tři dny, nebo při zjištěném deficitu v oblasti výživy již při přijetí pacienta do nemocničního zařízení, je důležité nalézt jiný způsob podávání stravy (Vytejšková, 2013). Možnými alternativami je zajištění enterální či parenterální výživy, které se z hlediska indikace často kombinují nebo po sobě následují. Není to tedy buď anebo, ale pokud se tyto metody zkombinují a jsou použity současně, jejich efekt se zvyšuje (Zadák, 2008).

Nutriční podpora je indikována pacientům, kteří mají pozitivní předpoklad pro její zavedení. Cílem zvýšeného přívodu energie a živin je zlepšení fyzického stavu pacienta a pozitivní ovlivnění tělesných zásob, funkcí a klinického výstupu u vybraných pacientů v nutričním riziku nebo malnutrici (Novák a Káňová, 2021). Individuální nutriční péče snižuje riziko závažných komplikací a úmrtnost pacientů. Nutriční péče má pozitivní vliv na zlepšení kvality života pacientů (Merker et al., 2019). Nutriční podpora zahrnuje obohacení jídla, potravinové nutriční doplňky, sondovou výživu a parenterální výživu (Vytejšková, 2013).

1.6.1 Enterální výživa

Enterální výživa znamená podávání farmaceuticky připravovaných výživných roztoků do trávicího traktu nebo podávání farmaceutických nutričních přípravků do tenkého střeva pomocí nazojejunální sondy, jejunostomií nebo jejunální sondou zavedenou do perkutánní endoskopické gastrostomie (J-PEG).

Enterální výživa se využívá u onkologických pacientů jako podpůrná dieta, u pacientů s mentální anorexií, u poruch polykání, po stomatologických, stomatochirurgických a otorinolaryngologických zákrocích, dále pak u pacientů ve vigilním kómatu.

Kontraindikace u enterální výživy se rozdělují na absolutní a relativní. Mezi absolutní kontraindikace se řadí náhlá příhoda břišní, akutní krvácení do gastrointestinálního traktu, mechanický ileus či šokové stavy. Naopak do relativních kontraindikací patří akutní pankreatitida, těžké průjmy nebo vysoko umístěná enterokutánní píštěl. Výhodou enterální výživy je, že nedochází k syndromu líného střeva. Střevo vyvíjí neustálou aktivitu a plní bez přerušení svoji funkci, tedy vstřebávání živin přes střevní stěnu do krevního oběhu. Tento typ výživy je mnohem levnější než výživa parenterální (Křemen, Kotrlíková a Svačina, 2009).

Enterální výživa se podává různými způsoby, například pomocí Janettovy stříkačky bolusovým podáním, kdy celkový objem jedné porce tvoří přibližně 250-400 ml, poté následuje propláchnutí vodou. Další možností je kontinuální podání s využitím enterální pumpy, kdy je rychlost aplikace určována v mililitrech za hodinu. Do enterální pumpy patří výživa v podobě vaků, které jsou již připravené přímo od výrobce. Pokud je při kontinuálním podávání stanovena noční pauza, jedná se o cyklické podávání výživy. Posledním způsobem podávání enterální výživy je intermitentní podání, kdy je dávka rozdělena do dílčích dávek a podává se tedy přerušovaně po celý den (Dingová Šliková, Vrabelová a Lidická, 2018).

Přípravky enterální výživy lze rozdělit na polymerní a oligomerní. Polymerní výživa se dá využít u většiny pacientů, kteří vyžadují podávání umělé výživy. Oligomerní přípravky se používají v případě, když polymerní výživa není trávicím traktem tolerována, dochází k průjmům, zácpě, nadýmání nebo těžké malabsorpci (Křemen, Kotrlíková a Svačina, 2009).

Enterální výživu lze podávat formou perorální, takzvaný sipping neboli popíjení. Tato forma enterální výživy je ze všeho nejjednodušší. Existuje celá řada přípravků, které obsahují jednotlivé složky výživy nebo komplexní přípravky, které obsahují všechny složky výživy, jako jsou například Nutridrink, Resource nebo Fresubin. U těchto přípravků převažují sladké chutě, jsou buď mléčné, nebo džusové. Další variantou jsou nutridrinky ve formě pudinku. Sipping se používá jako doplňková výživa

k běžné dietě, ale lze jej využít jako kompletní enterální výživu (Křemen, Kotrlíková a Svačina, 2009).

Existuje několik zásad správného užívání nutričních doplňků ve formě sippingu. Pacientovi je nejprve důležité vysvětlit důvod podávání výživy a výhody sippingu obecně. Následně je pacient informován o složení, výživové hodnotě přípravku a nutnosti pravidelného užívání. Nutriční doplňky by se měly popíjet po malých douškách, vychlazené, nikdy by pacient neměl vypít celé balení najednou, neboť mu hrozí průjem a nadýmání. Tyto přípravky je vhodné užívat mezi jídly a po jídlech, navíc ke stravě, jako je doplnění a obohacení stravy. Přípravky lze využít nejen v denní dobu, užívání ve večerních a nočních hodinách je s výhodou. Tyto přípravky mají různou formu a různé příchutě. U dobře kompenzovaných diabetiků může být podáván nediabetický přípravek. Skutečné využití doplňků se musí kontrolovat (Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2012).

Vedle zmíněného existuje takzvaná modulová dietetika, což jsou přídavky v prášku, které se přidávají do stravy a tím se obohatí například o čistou bílkovinu nebo o energii ve formě maltodextrinu. Nemají žádnou chuť, tudíž nezmění chuť daného pokrmu. Přidává se do polévek, omáček, kaší, jogurtů, tvarohů, bílé kávy a podobně. Tyto přídavky by se neměly přidávat do průhledných tekutin, jelikož se úplně nerozpustí, což nevypadá hezky a pacienta to nemotivuje k pití. Vždy se musí mít na paměti, že vzhled stravy je velmi důležitý (Grofová, 2007). Třetím přípravkem jsou instantní zahušťovadla, obvykle se jedná o modifikovaný škrob, který se využívá u pacientů s poruchami polykání. Zahuštěním se usnadní polykání, čímž se zamezí jak vytékání z úst, tak zatékání do dýchacích cest (Dingová Šliková, Vrabelová a Lidická, 2018).

Existuje celá řada přípravků enterální výživy. Standardní přípravky obsahují proteiny, tuky a vlákninu. Při metabolické poruše se využívá přípravků, které jsou orgánově specifické. Dále existují imunomodulační přípravky, které posilují nebo oslabují imunitu (Kapounová, 2020).

Jak již bylo zmíněno v úvodu, enterální výživa může být aplikována cestou gastrických a enterálních sond nebo výživových stomií. Gastrická sonda je zavedena přes dutinu nosní, a proto je označována jako nazogastrická sonda (NGS). Pokud nelze zavádět sondu přes nos z jakéhokoliv důvodu, například překážky, lze sondu zavádět

ústí, pak se sonda označuje jako orogastrická. Gastrická sonda pro účely enterální výživy bývá využívána maximálně po dobu 6 týdnů (Vytejková, 2013).

Výživa pomocí nazogastrické sondy se využívá u pacientů, u kterých se předpokládá zajištění přístupu k výživě na kratší dobu, tedy do jednoho měsíce. V případě dlouhodobého vyživování trvajících třicet dní a déle je vhodné zvolit vytvoření *perkutánní endoskopické gastrostomie* neboli *PEG* (Kasper, 2015).

Pomocí sondy se aplikuje enterální výživa bolusově do žaludku, a to v objemu přibližně 300 ml po dvou až třech hodinách s noční pauzou. První dávky činí okolo 50 ml, množství se reguluje podle tolerance a postupně je navyšováno (Křemen, Kotrlíková a Svačina, 2009).

Enterální (jejunální) sondy jsou sondy tenčího průsvitu, které se zavádějí výhradně za cílem aplikace enterální výživy (Vytejková, 2013). Jde o aplikaci do jejunu pomocí kontinuální pumpy, kdy se dávka pohybuje okolo 20ml za hodinu, zvyšuje se postupně až na 100 až 150 ml za hodinu. (Křemen, Kotrlíková a Svačina, 2009).

Další možností pro aplikaci enterální výživy jsou výživové stomie, které zajišťují cestu přístupu přes stěnu břišní. Výživové stomie se vytvářejí pomocí endoskopických metod pull nebo push, ale lze i za pomoci chirurgického výkonu. Metoda pull znamená zavedení vodiče přes stěnu břišní a následně se vodič odstraní přes dutinu ústní. Metoda push je metoda, při které lékař – endoskopista zavede gastrostomickou kanylu přímo přes stěnu břišní a následně ji fixuje balonkem. Výkon je prováděn v analgosedaci nebo v celkové anestezii. Výživová stomie je určena pacientům, kteří potřebují dlouhodobě, déle než 4 až 6 týdnů, plně vyživovat pomocí enterální výživy. Mezi výživové stomie patří *perkutánní endoskopická gastrostomie (PEG)*, což je tenká sonda, která je vedena přes kůži do žaludku. Indikacemi k založení PEG jsou zejména malnutrice nebo stavy, kdy je riziko rozvoje malnutrice vysoké, například u pacientů ve vigilním komatu. Další variantou je *perkutánní endoskopická jejunostomie*, kdy se jedná o zavedení výživového katétru přes břišní stěnu přímo do první kličky jejunu (PEJ), anebo založení tzv. *gastrojejunostomie (PEG/J)*, kdy je cestou PEG dále vedena jejunální sonda (Vytejková, 2013).

1.6.2 Parenterální výživa

Parenterální výživou se dodávají živiny přímo do cévního systému. Při této formě výživy se úplně vynechává zažívací trakt. Využívá se tedy u dysfunkcí zažívacího traktu, v případě že nelze plně či vůbec využít enterální výživu (Křemen, Kotrlíková a Svačina, 2009).

Parenterální výživu lze podávat do centrální a periferní žíly. Do centrální žíly se podávají koncentrované roztoky s vysokou osmolalitou. Nevýhodou centrálního žilního přístupu jsou rizika spojená se zavedením kanyly do centrálního řečiště a možné riziko katéetrové sepse. V případě zavedení periferní žilní kanyly k podávání parenterální výživy bývají využívány povrchové žíly končetin. Výhodou je, že periferní žilní vstup je snazší na zavedení a méně rizikový přístup do cévního řečiště. Mohou se objevit komplikace, jako je bolest, zánět či trombóza. Maximální osmolalita roztoků podávaných do periferních žil se uvádí 1200 mmol/l. Již zhruba od 850 mmol/l je výskyt komplikací velmi častý, periferní žilní kanyla vydrží přibližně 3–4 dny a poté je nutné kanylu přepíchnout jinam a změnit tak místo aplikace (Maňák a Mottl, 2014).

Indikace k parenterální výživě jsou například syndrom krátkého střeva, ileózní stavy, stomie, střevní píštěle, stenózy, stavy po střevních operacích, akutní pankreatitida, poruchy digesce, malabsorpce, průjmy a zvracení. Ovšem i parenterální výživa má své kontraindikace, kterými jsou dostatečně funkční zažívací trakt, terminální stav pacienta nebo odmítání nutriční podpory ze strany pacienta. Periferní žilní vstupy se používají u pacientů v případě podávání parenterální výživy méně než deset dnů. Je-li v plánu vyživovat pacienta delší dobu, je vhodné volit cestu centrálního žilního vstupu. V případě, je-li zavedení centrálního žilního katetru pro pacienta rizikové, volí se výživa do periferní žíly za předpokladu dodržení podmínek osmolality pod 900–1200 mmol/l (Křemen, Kotrlíková a Svačina, 2009).

Parenterální výživa je nejčastěji podávána ve vracích all-in-one, kde jsou všechny složky parenterální výživy smíchané v potřebném poměru. Komerčně se vyrábějí dvou a vícekomorové vaky fixního složení. Za speciálních podmínek může být připraven vak školeným personálem přímo na míru pacientovi dle ordinace lékaře ve sterilním laminárním boxu, tyto vaky pak musí být podány pacientovi do 24 hodin. Doba aplikace vaku by neměla přesáhnout dobu 48 hodin (Kapounová, 2020).

Cestou parenterální výživy se podávají tekutiny, sacharidy, tuky, aminokyseliny, vitamíny a stopové prvky. Parenterální výživu lze rozdělit z hlediska složení na doplňkovou, totální a speciální, orgánově specifickou.

Doplňková výživa nekryje celou denní potřebu pacienta. Totální výživa je hlavním zdrojem energie a dlouhodobě kryje všechny potřebné složky výživy. Speciální, orgánově specifická výživa obsahuje mimo energetických a nutričních složek i složky s léčebným účinkem (Kapounová, 2020).

1.7 Ošetrovatelská péče o pacienty s malnutricí

Ošetrovatelská péče by měla být pečlivě naplánovaná u každého pacienta individuálně. (Šafránková a Nejedlá, 2006). Cíle péče by měly být přímo na míru pacientovi, měly by zohledňovat pacienta, jeho zdravotní gramotnost, poznávací a kulturní potřeby (Bell et al., 2021). Úkolem všeobecné sestry je sledování úbytku hmotnosti pacienta nebo zvýšení jeho hmotnosti.

Všeobecná sestra hodnotí příjem a výdej tekutin za 24 hodin. Při stravování se hodnotí, kolik toho pacient snědl ke snídani, obědu a večeři a následně se provádí záznam do zdravotnické dokumentace. Dále hodnotí fyziologické funkce, kožní turgor, bolest a celkový stav pacienta. Všeobecná sestra zjišťuje rozsah pohyblivosti pacienta, schopnost se najíst sám, popřípadě být krměn a zdravotní omezení pro příjem stravy. V případě, že má pacient zajištěnou enterální výživu, zajišťuje všeobecná sestra sondu, její průchodnost a pravidelně podává stravu pacientovi.

Pokud je pacient vyživován pomocí parenterální výživy, je úkolem sestry starat se o PŽK, CŽK, pravidelně tyto vstupy ošetřovat, proplachovat a kontrolovat je z hlediska možné infekce. Vedle zmíněného dále sleduje vyprazdňování pacienta, možný výskyt průjmu a zácpy. Zajistí správnou polohu pacienta při stravování, při krmení na pacienta nespíchá. A co je nejdůležitější, zabezpečí prevenci proleženin polohováním, jelikož u pacientů trpících malnutricí je riziko vzniku proleženin velmi vysoké (Šafránková a Nejedlá, 2006).

Dekubit neboli proleženina je rána vyvolaná tlakem. Přímým tlakem nebo třecími silami dochází k poškození kůže nebo tkáně kůže, jedná se o odumření tkáně následkem tlaku, kde dochází k poruše prokrvení. Prevencí dekubitů je pravidelné polohování,

změna polohy za pomoci polohovacích pomůcek. Při polohování se dá využít polohovacích lůžek s antidekubitní matrací (Mikula a Müllerová, 2008). Geriatrictí pacienti mívají tenkou, křehkou, suchou, a zvláště zranitelnou pokožku, jsou více ohroženi proleženinami, defekty na kůži a mají zhoršenou hojivost ran (Vágnerová, 2020). Rána je označována jako porucha integrity, tedy celistvosti kůže a podkožních struktur. U chronických nebo obtížně se hojících ran musí mít pacient ve stravě dostatek energie a proteinů (Grofová, 2016). Hojení ran je fyziologický proces obnovy tkání, který nastává po porušení kožní integrity. Skládá se ze tří navzájem na sebe navazujících fází, fáze čistící, granulační a epitelizační (Brabcová, 2021).

O pacienta by mělo být postaráno jak po stránce fyzické, tak i po stránce psychické, protože kvalita života zahrnuje vnímání vlastního zdraví i nemoci, sociální vazby a celkovou spokojenost se svým životem (Holmerová, 2014). Péče o pacienty vychází z hodnocení potřeb pacientů. Potřebu lze chápat jako projev nedostatku nebo nadbytku směřující k obnovení rovnováhy. Existuje několik faktorů, které ovlivňují uspokojování potřeb a těmi jsou věk, nemoc, osobnost jedince, kvalita mezilidských vztahů a vazeb, okolnosti, za nichž potřeba vznikla. Potřeby se vlivem věku mění. Potřeby hodnotí americký psycholog Abraham Maslow pomocí pyramidy potřeb, viz příloha č. 1 (Mlýnková, 2010). Hierarchie uspořádání potřeb znamená, že nižší potřeby musí být uspokojeny dříve, než mohou být uspokojeny potřeby vyšší. Mezi fyziologické potřeby patří potřeba pohybu, čistoty, vyprazdňování, spánku, a právě zmíněná potřeba výživy, které se budeme nadále věnovat (Mlýnková, 2010).

Výživa ve zdravotnických zařízeních je velice složitá z pohledu pacienta, ale i zdravotnického personálu. Strava podávaná během hospitalizace by měla být pestrá, energeticky vyvážená, nezávadná, chutná, teplá a též dobře vypadající. V nemocnici má každý pacient určenou dietu ošetřujícím lékařem nebo nutričním terapeutem. Velice důležité je zhodnocení formy stravy podávané pacientovi. Diety se dělí na základní, speciální a standardizované (Kapounová, 2020). U malnutrice při akutních stavech na jednotce intenzivní péče se doporučuje denní příjem bílkovin kolem 1,3 g/kg tělesné hmotnosti (Novák a Káňová, 2021). S poruchou výživy ve smyslu malnutrice se v nemocnici setkávají zdravotničtí pracovníci poměrně často. U geriatrických pacientů bývá malnutrice spojována s nechutenstvím (Šafránková a Nejedlá, 2006).

Významným faktorem ovlivňujícím celkový zdravotní stav pacienta je dostatečná hydratace a rovnováha mezi příjmem a výdejem tekutin (Pokorná, 2013). Zvláště u

starších pacientů je kladen velký důraz na pitný režim, kdy se hodnotí stav hydratace (Dingová, Šliková, Vrabelová a Lidická, 2018). Zhodnotit stav hydratace znamená, posoudit stav sliznice dutiny ústní, defekty v dutině ústní a kožní turgor (Vágnerová, 2020). Dehydratace nepřímo ovlivňuje zdravotní stav pacienta. Mezi příznaky dehydratace patří snížený kožní turgor, popraskané rty, suchý jazyk, stavy zmatenosti a zvýšená tělesná teplota. Pacienty je vhodné informovat o důležitosti pitného režimu a vhodnosti jeho složení. Senioři mají většinou snížený práh pocitu žízně nebo málo sil se sami napít. U pacientů s poruchou polykání se využívá tzv. zahušťovadel, která umožňují zahuštění tekutiny a tím lepší a jednodušší spolknutí tekutiny či sousta (Dingová Šliková, Vrabelová a Lidická, 2018). Porucha polykání, je objektivní poškození, které má za následek abnormální zpoždění při polknutí. Zpoždění může být během orofaryngeální nebo ezofageální fáze polykání. Orofaryngeální porucha polykání zahrnuje poruchu tvorby slin, ztrátu síly čelisti a problémy s chrupem, které důsledkem špatného nebo nedostatečného promíchání stravy se slinami vedou k opožděné orální fázi. U ezofageální poruchy dochází k opoždění v místě jícnu v důsledku ztráty elasticity a funkce horního jícnového svěrače (Azer a Kshirsagar, 2022).

U pacientů je důležité sledovat příjem a výdej tekutin. Měření tekutinové bilance se provádí tak, že se vezme záznamový list a zapisuje se do něj příjem tekutin, tedy to, co pacient vypil a množství tekutin přijatých v intravenózní formě. Dále pak výdej, u kterého se sledují veškeré ztráty tekutin močením, zvracením, pocením a průjmem (Dingová Šliková, Vrabelová a Lidická, 2018).

Při stravování by měl mít pacient zajištěn co nejvyšší komfort. Před stravováním je vhodné vyvětrat pokoj, uklidit pacientovi noční stolek a vyměnit močovou lahev. Dle zdravotního stavu a možností pacienta umožnit sed v lůžku či křesle a hygienu rukou. V případě nesoběstačnosti pacienta, se upravuje strava přímo před ním a následně je pacient krmen. Při stravování je zapotřebí se snažit pacienta motivovat a povzbuzovat ho k jídlu. Po jídle umožnit hygienu rukou a dutiny ústní.

Při stravování je vždy důležité myslet na stav chrupu a dutiny ústní (Kapounová, 2020). V dutině ústní se mohou objevovat mykózy, stomatitida, suché sliznice, afty, bolestivost a tím může docházet ke sníženému příjmu stravy u pacientů. U pacienta je vhodné udržovat vlhké sliznice dostatečným příjmem tekutin, ať už perorálně, nebo intravenózně. Vhodné je také žvýkání žvýkaček nebo cucání ledových kostek, které podporují tvorbu slin. Pravidelně si čistit zuby měkkým kartáčkem a starat se o hygienu

zubní náhrady je velice důležité. Zubní náhrada by se měla pravidelně omývat a přes noc čistit pomocí tablety. Pokud má pacient infekci v dutině ústní, je důležitá celková léčba. Před podáním stravy lze využít lokální anestetika, ty ovšem ovlivňují chuť jídla. Dále se dá využít podání analgetik hodinu před stravováním. Zbytečnou překážkou v příjmu stravy jsou bolesti zubů a nevyhovující zubní náhrada (Marková, 2010).

U pacienta se sleduje velikost snědené porce a provádí se záznam do zdravotnické dokumentace. Je důležité provádět kontrolu dodržování předepsané diety. Zdravotnický personál pátrá po důvodu odmítní stravy. Pacient odmítá stravu z důvodu nechutenství, nedostatku fyzických sil najíst se, má obtíže při jídle nebo omezení vyplývající z jeho zdravotního stavu (Dingová Šliková, Vrabelová a Lidická, 2018).

V případě, že pacient nemůže přijímat stravu per os, zavádí se nazogastrická sonda (NGS), se kterou musí pacient souhlasit. Před tím, než pacient podepíše souhlas se zavedením nazogastrické sondy, je důležité vše pacientovi vysvětlit a informovat ho o postupu výkonu a potřebě jeho spolupráce, která je pro zdravotníky velmi důležitá. Pokud se pacientovi zavádí nazogastrická sonda (NGS) z vyživovacího důvodu, používají se sondy silnější. Všeobecná sestra se zeptá pacienta, zda neprodělal nějaké operace či úrazy v oblasti nosu. Tím, že má pacient dostatek informací, se zmírní jeho obavy a stres. U pacientů v bezvědomí je vhodné, aby byl pacient nejméně tři hodiny lačný kvůli možné aspiraci. Nazogastrická sonda se zavádí namražená z důvodu lepší manipulace přes dutinu nosní do žaludku a může být zavedena po dobu 21 dní (Vytejková, 2013).

Péče o pacienta se zavedenou nazogastrickou sondou spočívá v kontrole možné dislokace sondy na základě délky zavedení několikrát denně a před každým krmením pacienta. Sonda by měla být pečlivě fixována k nosu pomocí náplasti, která se pravidelně vyměňuje. Aby se nevytvořil slizniční dekubit, musí se sonda v nosním průduchu překládat. Sonda je pravidelně proplachována vodou, aby nedošlo k jejímu ucpaní. Do nazogastrické sondy se podávají výhradně přípravky výživy k tomu určené. Při aplikaci stravy se dodržují časové intervaly a ordinované množství a provádí se zápis do zdravotnické dokumentace. Při aplikaci stravy by měla být poloha pacienta zvýšená do 30° (Vytejková, 2013).

V případě, kdy bude nutné pacienta vyživovat déle, jak jeden měsíc, je vhodné zavést perkutánní endoskopickou gastrostomii (PEG). Ošetrovatelská péče o pacienta s PEG se odvíjí od délky doby zavedení. U pacienta po výkonu se ponechává sonda

sterilně překrytá a až po 24 hodinách se aplikuje enterální výživa. Po každé aplikaci stravy je nutné sondu propláchnout vodou. Neprůchodnost perkutánní endoskopické gastrostomie mohou způsobit sladké šťávy, kdy dochází k vyvločkování bílkovin v sondě. Vnější část PEG by měla být uložena na vnější straně dutiny břišní a měla by směřovat směrem dolů k pánvi. Převazy PEG se provádějí denně a za sterilních podmínek, většinou při ranní hygieně. Všeobecná sestra musí myslet i na možné komplikace. Po zavedení můžou nastat komplikace v podobě zavlečení infekce do rány, migrace sondy, hematom a bolesti břicha (Dingová Šliková, Vrabelová a Lidická, 2018).

Závěrem bych chtěla podotknout, že nedílnou součástí práce všeobecné sestry je ozřejmit pacientovi, a zejména jeho rodině, závažné důsledky podvýživy. Pacient a jeho rodina si nemusí být vědoma důsledků podvýživy, proto je důležitá spolupráce zdravotníků, ošetrovatelského personálu, pacienta a jeho rodiny. Důležité jsou zvláště správné informace v oblasti výživy. Informace mohou být poskytnuty různými způsoby, v písemné formě za pomoci informačních letáků nebo plakátů. Někteří lidé však preferují chytré aplikace na telefonech nebo informace z internetových stránek (Roigk, 2018). Zapojení rodiny do péče o pacienta je velkou výhodou, jak pro zdravotnické pracovníky, ale především pro pacienta samotného. Nutriční vzdělávání může pozitivně ovlivnit změnu chování (Bell et al., 2021).

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cílem práce je zmapovat úlohu sestry v rámci ošetrovatelské péče o pacienta s malnutricí.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaká je úloha sestry v prevenci malnutrice?
2. Jaká je úloha sestry v terapii malnutrice?

3 Metodika výzkumu

3.1 Použitá metodika

Pro výzkumnou část práce jsme zvolili metodiku kvalitativního výzkumného šetření. Technikou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor, který byl realizován s všeobecnými sestrami na oddělení následné péče a na interním oddělení.

Výzkumné šetření bylo provedeno na základě písemného souhlasu hlavní sestry nemocnice a slovním souhlasem vrchních sester oddělení následné péče a interního oddělení. Výzkum byl uskutečněn v období od 23. 2. 2023 do 11. 4.2023. Z důvodu zachování anonymity nemocnice, není tento souhlas součástí této bakalářské práce.

Informantky byly osloveny přímo na oddělení, kde pracují. Rozhovory s nimi pak byly uskutečněny po osobní domluvě na jejich pracovišti, většinou na denní místnosti sester. Dopředu bylo stanoveno datum, čas a místo na oddělení, kde byl rozhovor veden. Informantky byly dopředu obeznámeny s tématem bakalářské práce a vlastním výzkumem. Dále byly ubezpečeny, že rozhovory jsou zcela anonymní. Informantky byly seznámeny s tím, že získané informace budou použity do této bakalářské práce. Před každým rozhovorem byly informantky požádány o svolení s pořízením zvukového záznamu. Žádná z informantek se zvukovým záznamem nesouhlasila, proto byl během rozhovoru zhotoven psaný záznam.

Rozhovor je tvořen 34 otázkami, které se zaměřují na prevenci, diagnostiku a terapii malnutrice. První 4 otázky jsou zaměřené na základní informace o informantkách. Tyto otázky zjišťují věk, vzdělání, délku praxe ve zdravotnictví a délku působení na současném oddělení. Zbývající otázky jsou zaměřené na zkoumaný problém malnutrice.

Práce je členěna do 2 kategorií. První kategorie se nazývá Prevence a diagnostika malnutrice a je členěna do 5 podkategorií. Druhá kategorie se nazývá terapie malnutrice a je členěna do 3 podkategorií. Získané výsledky byly zpracovávány metodou otevřeného kódování, technikou tužka – papír.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl tvořen 8 všeobecnými sestrami, které všechny pracují ve stejné nemocnici v Jihočeském kraji, která pro účely anonymity zůstane nspecifikovaná. Kritériem výběru bylo, aby informantka byla všeobecná sestra a pracovala na oddělení následné péče nebo na interním oddělení. Tato oddělení byla vybrána záměrně z důvodu častějšího výskytu malnutrice u pacientů v porovnání s jinými pracovišti.

Výzkum byl uskutečněn v období od 23. 2. 2023 do 11. 4. 2023. Informantky si přály zachovat anonymitu a nechtěly být nahrávány, z toho důvodu byl pořízen psaný záznam. Z hlediska dodržení anonymity informantek je dále označujeme jako S1 – S8.

4 Výsledky práce

4.1 Struktura výzkumného souboru

Tabulka 1: Struktura výzkumného souboru

	Vzdělání	Věk	Délka praxe ve zdravotnictví	Oddělení	Délka praxe na oddělení
S1	VOŠ - DiS.	27 let	6 let	ONP	3 roky
S2	SZŠ	50 let	30 let	ONP	15 let
S3	VŠ – Bc.	61 let	41 let	ONP	41 let
S4	VŠ – Bc.	60 let	41 let	ONP	21 let
S5	VŠ – Bc.	32 let	9 let	ONP	5 let
S6	VŠ – Bc.	24 let	3 roky	ONP	2 roky
S7	VŠ – Bc.	37 let	15 let	ONP	½ roku
S8	VŠ – Bc.	33 let	11 let	INT	1 rok

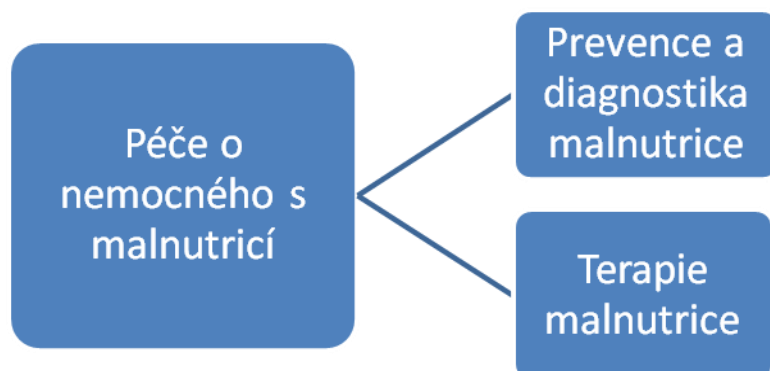
Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 1 shrnuje základní údaje o všech informantkách. Výzkumný soubor tvořilo celkem 8 sester ze dvou oddělení (oddělení následné péče a interního oddělení). Věk informantek je v rozmezí 24 let až 61 let. Délka praxe ve zdravotnictví se u dotazovaných sester pohybuje v rozmezí od 3 let do 41 let. Délka praxe na oddělení následné péče se pohybuje v rozmezí od půl roku do 41let. Délka praxe informantky, která pracuje na interním oddělení, je jeden rok. První z informantek má vyšší odborné vzdělání (Dis.). Druhá informantka má dokončené středoškolské vzdělání na SZŠ a zbylé informantky mají vzdělání vysokoškolské – bakalářské.

4.2 Kategorizace výsledků výzkumného šetření

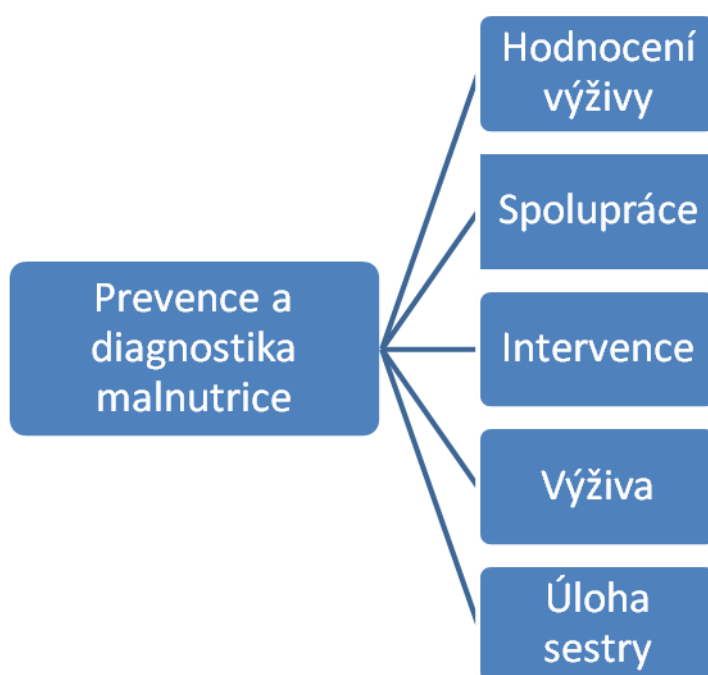
Následující část práce je členěna do kategorií a podkategorií, které kompletují konkrétní výsledky výzkumného šetření.

Stručný přehled kategorií



Kategorie 1: Prevence a diagnostika malnutrice

Diagram 1: Prevence a diagnostika malnutrice



Kategorie 1 „Prevence a diagnostika malnutrice“ zahrnuje pět podkategorií znázorněných diagramem 1. Tato kategorie je zaměřena na prevenci a diagnostiku malnutrice u hospitalizovaných pacientů, kteří tímto onemocněním trpí nebo u nich existuje riziko vzniku malnutrice. Tuto kategorii jsme rozdělili do pěti podkategorií, kterými jsou hodnocení výživy, spolupráce, intervence, výživa a úloha sestry.

Hodnocení výživy

Při příjmu pacienta na oddělení provádějí sestry S2, S3, S4 a S5 s pacientem rozhovor. Sestra S2 provádí pohovor i s rodinou pacienta. Sestra S5 říká: „*V rozhovoru se cíleně ptám na stravování, co má a nemá rád, na potravinové alergie, kolik toho doma sní, jak často je zvyklí jíst, jestli sní celou porci nebo jen polovinu.*” Sestra S3 odebírá od pacienta nutriční anamnézu a ptá se na podobné otázky jako sestra S5. Sestru S3 zajímají pacientovy stravovací návyky, zvyklosti, kolik toho sní, jak často jí a zda má případně alergie na potraviny. Sestra S2 hodnotí v oblasti výživy následující: „*V oblasti výživy hodnotíme, kolik toho pacient sní a vypije, pokud pacient přijme maximálně třetinu porce nebo nepřijímá stravu per os vůbec, hodnotíme výživu jako špatnou. Pokud sní pacient maximálně polovinu porce, mluvíme o zhoršené výživě. V případě, kdy pacient neodmítá jídlo a sní více, jak polovinu porce jídla mluvíme o výživě přiměřené. Pokud pacient nemá potíže přijímat stravu a sní celé porce, mluvíme o příjmu stravy a tekutin, že je v normě. Množství snědeného jídla a vypitého pití pečlivě zapíšeme do ošetrovatelské dokumentace.*“

Hodnocení stavu výživy se provádí jak při příjmu pacienta na oddělení, tak v průběhu hospitalizace. Všechny informantky (S1-S8) uvádějí, že při příjmu pacienta na oddělení provádí nutriční screening. Ten od pacienta odebírají sestry S3 a S5, sestry S1 a S2 odebírají nutriční anamnézu jak od pacienta, tak od jeho rodiny, pokud to lze. Sestra S1 sděluje: „*Při příjmu pacienta na naše oddělení provádíme vždy nutriční screening. Při nutričním screeningu hodnotíme Body Mass Index (BMI), nechtěné zhubnutí za 3-6 měsíců, celkový příjem stravy za den a faktor stresu.*“

Abychom mohli zhodnotit nutriční screening, potřebujeme vědět hmotnost pacienta a jeho výšku. Pokud nelze pacienta zvážit, změříme obvod paže, na tom se shodují sestry S1 a S2. Sestra S3 a sestra S5 se shodují v odpovědi, že pacienty váží nebo jim měří obvod paže. Sestra S3 sděluje: „*Každého pacienta vážíme nebo měříme obvod paže, abychom si mohli vypočítat BMI a následně tak zhodnotit nutriční screening.*“

Sestra S1 k tomu dodává: „*Měření by mělo být vždy za stejných podmínek. Kámen úrazů je v tom, že ne všichni měří obvod paže ve stejné, správné výšce. Někde jsem slyšela, ale už nevím, kde to bylo, jestli ve škole nebo to psali v nějakém odborném článku, že by mělo být místo pro měření obvodu paže na pacientovi označeno, aby se zamezilo zkreslování naměřených hodnot a nedocházelo tak k mylným výsledkům.*“

Sestra S5 zmiňuje mobilitu pacienta a říká: „*Pacienta zvážím nebo změřím obvod paže, dle mobility pacienta.*“ Sestra S1 říká: „*U pacientů, které je možné přesně změřit a zvážit je hodnocení jednodušší než u pacientů, kteří jsou imobilní.*“ Sestra S7 dodává: „*Při příjmu vyplňujeme nutriční scóre, dále pak 1x týdně zjišťujeme váhu pacientů a přehodnocujeme nutriční scóre.*“ O výpočtu Body Mass Indexu (BMI) se v rozhovoru zmiňují sestry S1, S3 a S5.

Při každém příjmu je důležité si pacienta důkladně prohlédnout, na tom se shodují sestry S2, S3, S4, S5 a S8. Metodu pozorování uvádí sestry S1, S2 a S4, kde se shodují, že pomocí metody pozorování sledují množství přijaté stravy a tekutin. Sestra S7 sděluje: „*Hodnotíme příjem stravy a tekutin, množství snědené porce stravy.*“ Sestra S2 ještě dodává: „*A následně to zaznamenáváme do ošetrovatelské dokumentace.*“ Sestra S8 udává: „*Stav pacienta hodnotíme celkovým pohledem na člověka, sledujeme kožní turgor stupeň hydratace pokožky.*“

O kožním turgoru se zmiňují i sestry S2, S3 a S5. Sestra S2 sděluje: „*Zkoušíme kožní turgor (napětí kůže), to je vlastně schopnost vyrovnat vytvořenou kožní řasu, sledujeme tím stav hydratace. Pomalejší vyrovnání svědčí pro dehydrataci.*“ Sestra S2 říká: „*Zhodnocení stavu pokožky provádíme pozorováním, kdy si všímáme stavu kůže, jestli je kůže suchá, papírová nebo normální, jestli jsou patrné na kůži nějaké změny, jako jsou například otoky, dekubity, defekty, operační rány, jizvy, hematomy a jiné.*“ Stav kůže si všímá i sestra S3, která hodnotí stav kůže podobně jako sestra S2. Sestra S3 na položenou otázku, jakým způsobem hodnotíte stav pokožky, odpovídá: „*Všímáme si stavu kůže, zda je papírová, suchá, šupinkatá nebo normální, zda nemá pacient modřiny, rány nebo dekubity. Každé změny na kůži musejí být zaznamenány v ošetrovatelské dokumentaci.*“

Všechny změny na kůži zaznamenávají do zdravotnické dokumentace sestry S3, S5 a S7. Jak říká sestra S5: „*Při každém příjmu je důležité si pacienta důkladně prohlédnout, zda nemá nějaké defekty, dekubity, rány a vše zaznamenat do zdravotnické dokumentace.*“ Sestra S7 denně hodnotí a zapisuje stav pokožky z důvodu možného výskytu dekubitů, hematomů nebo erozí. Při porušení integrity kůže provádí převazy dle ordinace lékaře a vše zapisuje do zdravotnické dokumentace.

Všechny sestry, kromě sestry S4 udávají, že při příjmu pacienta na oddělení, hodnotí riziko vzniku dekubitů. Sestra S8 říká: „*Riziko dekubitů hodnotíme dle stupnice Nortonové.*“ Od sestry S2 jsme se dozvěděli oblasti, které hodnotí v rámci hodnocení

rizika dekubitů. Sestra S2 sděluje následující: „Rizika dekubitů hodnotíme pomocí screeningu dekubitů, kde hodnotíme smyslové vnímání pacienta, stupeň fyzické aktivity, oblast mobility pacienta, oblast pohybu po podložce, vlhkost a inkontinenci pacienta, dále pak hodnotíme, jestli má pacient nějaké dekubity a oblast výživy.“

Nejpodrobněji se o hodnocení rizik dekubitů rozmluvila sestra S1. Sestra S1 popisuje hodnocení rizika dekubitů následovně: „U dekubitů hodnotíme smyslové vnímání pacienta, které může být zcela omezené, velmi omezené, mírně omezené nebo bez omezení. Druhou oblastí, kterou hodnotíme, je oblast vlhkosti a inkontinence, zde hodnotíme, zda je pacient trvale inkontinentní, nebo má střední či lehkou inkontinenci nebo inkontinentní není vůbec. Dále hodnotíme stupeň fyzické aktivity pacienta, to je vlastně to, zda pacient chodí nebo dokáže ujít krátkou vzdálenost, nebo když pacient není schopen chůze, ale s dopomocí se posadí, či je trvale ležící na lůžku. Hodnotí se též oblast pohyblivosti (mobility) pacienta, zde se hodnotí, zda pacient změni polohu s dopomocí či bez dopomoci nebo je imobilní. V oblasti pohybu po podložce hodnotíme změnu polohy s plnou nebo částečnou dopomocí nebo změnu polohy bez dopomoci. V oblasti výživy hodnotíme, jakým způsobem a kolik stravy pacient přijme. Za velmi špatnou výživu se bere, když pacient nepřijímá stravu per os, nebo přijme maximálně 1/3 porce jídla a nepřijímá doplňky stravy. Za zhoršenou výživu se považuje, když pacient přijme maximálně 1/2 porce jídla a doplňky stravy přijímá nepravidelně. Pokud je strava přiměřená, tak pacient přijímá více než polovinu porce jídla a neodmítá stravu. Nejlepší však je, když je u pacienta výživa v normě. Na základě zhodnocení se vyhodnotí riziko možného vzniku dekubitů, které může být nízké, střední, vysoké, nebo velmi vysoké. Musíme se přesvědčit, jestli pacient již nějaký dekubitus nemá a zaznamenat to do ošetřovatelské dokumentace.“

Sestra S7 hodnotí riziko vzniku dekubitů 1x za 14 dní. Sestra S7 uvádí: „Při zhoršení stavu dekubitů hodnotíme i dříve a informujeme lékaře. Při nekrózách spolupracujeme s chirurgickou ambulancí.“

V průběhu hospitalizace provádí hodnocení nutričního screeningu sestry S1, S2, S4, a S6 po 14 dnech. Sestra S5 též provádí nutriční screening. Sestra S3 pravidelně vyplňuje nutriční screening a screening rizika vzniku dekubitů. Sestra S6 zmiňuje: „Každých 14 dní provádíme nutriční screening, ke kterému potřebujeme znát aktuální váhu pacienta nebo obvod jeho paže. Sestra S7 zmiňuje, „Stav výživy hodnotíme 1x týdně, vážíme pacienty a u imobilních pacientů měříme obvod paže.“ Jednou za týden

váží pacienty sestry S7 a S4. Sestra S4 ještě dodává: „*U pacientů s malnutricí i častěji.*“ Sestry S3 a S5 interval mezi váženími neudávají. Sestra S2 váží pacienty po 14 dnech. Stav hydratace pacienta hodnotí sestra S5 a S6 pomocí zkoušky kožního turgoru.

Laboratorní testy provádí pouze sestra S5. Ta nám na otázku „Jaké metody (postupy) využíváte v rámci diagnostiky malnutrice“, odpovídá následovně: „*Laboratorní testy (albumin), důležitá je především anamnéza a fyzikální vyšetření. Bohužel nemáme lůžka, která umí monitorovat hmotnost pacientů, jako je tomu například na anesteziologicko-resuscitačním oddělení. A tak schopné, mobilní pacienty, kteří si sami nebo s malou pomocí přesednou na váhu, vážíme. Imobilní pacienty nevážíme, ale měříme jim obvod paže.*“

Sestry S2, S6, S7 a S8 se shodují v oblasti stravování, kde sledují denní příjem stravy a tekutin u pacienta. Následný zápis do zdravotnické dokumentace provádí pouze sestry S2 a S6. Sestra S7 každý den hlásí lékaři příjem stravy pouze u rizikových pacientů. Sestra S8 se o zápisu do zdravotnické dokumentace v rozhovoru nezmiňuje.

Spolupráce

Všechny dotazované sestry, kromě sestry S6, se shodují, že spolupracují s lékařem. Sestra S2 sděluje: „*Lékaře informuji já, jako všeobecná sestra, o možném riziku vzniku malnutrice u daného pacienta. Lékař řeší možnou úpravu diety s nutriční sestrou. A já z pozice všeobecné sestry spolupracuji nejvíce s pacientem a jeho rodinou, kdy poskytnu já nebo lékař informace o vyvážené stravě a nutričně vyvážených přípravcích stravy.*“ Sestra S7 říká: „*U pacientů s rizikem malnutrice ordinuje lékař nutriční (bílkovinné) přídavky. Dochází k úpravě diety a úpravě formy stravy.*“ Sestry S1, S2 a S7 se snaží spolupracovat s rodinou. Sestra S7 zmiňuje: „*Rodina donese to, co má pacient rád.*“

Sestra S4 na otázku „S kým dalším spolupracujete v rámci diagnostiky malnutrice?“ odpovídá následovně: „*S celým ošetrovatelským personálem. Sanitárky a ošetrovatelky u pacientů sledují příjem (množství) přijaté stravy a tekutin a následně o tom informují všeobecné sestry. Sestry informují lékaře o malnutrici či o možném riziku vzniku malnutrice. Lékař se spojuje s nutričním terapeutem, který doporučí pacientovi trpícímu malnutricí vhodnou dietu.*“

Všechny dotazované sestry, kromě sestry S5 se shodují, že spolupracují s nutričním terapeutem. Sestra S8 dodává: „*Vždy spolupracujeme s lékaři oddělení a dále s dietní*

sestrou či nutričním terapeutem, většinou po telefonické domluvě a následné návštěvě pacienta.“ Sestra S7 si myslí: *„Dle zdravotního stavu pacienta umožnit dietu výběr.“*

S nižším zdravotnickým personálem, sanitárkami a ošetřovatelkami spolupracují sestry S1, S2, S3 a S5. Sestra S3 zmiňuje: *„Já jako všeobecná sestra pracuji se sanitárkami a ošetřovatelkami, které mě informují, kolik toho pacient sní, já tuto informaci předávám lékaři a ten informuje nutriční terapeutku. Nutriční terapeutka pak následně pomáhá lékaři nastavit nutričně výživnou stravu pro konkrétního pacienta na míru.“* Sestra S5 udává: *„Sanitárky a ošetřovatelky mají přehled o tom, co a kolik toho daný pacient sní a vypije, ty to hlásí všeobecné sestře a ta dále informuje ošetřujícího lékaře o možném riziku vzniku malnutrice daného pacienta. Lékař poté provede úpravu ve stravování zvolením vhodné diety.“*

Spolupráci mezi všeobecnými sestrami (kolegyněmi) zmiňují sestry S1, S3, S4 a S5. Sestry S1 a S2 si myslí, že by bylo možné v rámci spolupráce zlepšit informovanost rodiny. Sestra S2 uvádí: *„Rodina i pacient by měli mít dostatek informací v oblasti výživy od zdravotnického personálu. Pacientovi umožnit výběr diety dle jeho stravovacích preferencí.“* Sestra S1 se domnívá: *„Rodina by měla mít možnost pacientovi donášet jídlo z domova, to, co mu chutná, s ohledem na dodržení diety, kterou má pacient určenou, když mu nemocniční strava nechutná nebo nějakým způsobem nevyhovuje.“* Sestru S3 nenapadá nic, co by bylo možné zlepšit. Naopak sestra S8 si myslí, že se dá zlepšovat vždy. Sestra S4 sděluje: *„Mít dostatek času na pacienty. Zlepšit zodpovědnost personálu. Zlepšit spolupráci s nutričním týmem, který by měl více pracovat s pacienty.“*

O zlepšení zodpovědnosti personálu se též zmiňuje sestra S5. Sestra S6 pak hovoří o častějších a pravidelnějších kontrolách nutričním terapeutem: *„Mnohdy se stává, že nutriční terapeut něco naordinuje, aniž by pacienta vůbec viděl nebo s ním mluvil. Opakované návštěvy nutričního terapeuta se u nás na oddělení moc nevidí.“* Sestra S5 se zmiňuje o individuálnějších přístupu k pacientům a lepší možnosti výběru jídla pro pacienty s tekutou a kašovitou stravou. Sestra S8 by pacientovi zajistila více pochutin, které má pacient rád. Sestra S7 se k tomu vyjadřuje: *„Ve spolupráci jde vždy o jednotlivce, kolik úsilí a zájmu dají do této aktivity a na standardizaci postupů a lokálních úprav vedené vedoucími pracovníky.“*

Sestry S1, S2, S3 a S5 se shodují, že úloha sestry je velmi důležitá. Sestra S1 říká: *„Tuto úlohu vnímám jako velmi důležitou, jelikož může pacientovi včasnou diagnostikou*

malnutrice a následnou léčbou zlepšit jeho zdravotní stav či mu zachránit život.“ Sestra S3 dodává: *„Sestra je mnohdy tím člověkem, který upozorní lékaře na možné známky rizika vzniku malnutrice nebo na samotnou malnutrici po vyplnění všech nutričních screeningů.*“ Sestra S4 označuje úlohu sestry jako významnou. Sestra S6 pak označila úlohu sestry jako klíčovou, protože je v neustálém spojení s pacientem, může vypozerovat a poznat změny stavu u pacienta. O přímém kontaktu s pacientem též hovoří sestra S7: *„Všeobecná sestra pracuje v přímém kontaktu s pacientem, je vzdělaná, empatická, umí vést rozhovor s pacientem a rozpoznat varovné příznaky.*“ O nejužším kontaktu s pacientem hovoří sestra S5: *„Sestra je v nejužším kontaktu s pacientem vidí a zaznamenává všechny změny.*“

Sestry S2, S3 a S4 se shodují, že upozornují lékaře na potenciální malnutrici u pacientů. Sestra S2 sleduje příjem stravy a tekutin u pacienta a následně jej zapisuje do ošetrovatelské dokumentace. Sestra S4 kontroluje a zapisuje denní příjem stravy, nikoli však tekutin. Nutriční screening provádí sestry S2, S3, S4 a S8. Sestra S8 dodává: *„Myslím si, že sestra má velký podíl v prevenci a diagnostice malnutrice. Pečuje jak o výživu, tak o hydrataci pacienta. Ví, jak pacient jí, kolik toho sní, jaká forma diety by pacientovi vyhovovala. Provádí nutriční screening, který může pomoci v hodnocení nutrice nebo zjištění malnutrice. Nutriční screening provádíme jednou za 14 dní.*“

Intervence

U pacientů, u kterých bylo zjištěno riziko malnutrice, provádí sestry S2, S4 a S5 nutriční screening po 14 dnech. Sestra S5 říká: *„U rizikovějších pacientů provádíme screening po týdnu“* a dále upřesnila, že *„u nás na oddělení zapisujeme každý týden hmotnost nebo obvod paže.*“ Váhu pacientů zapisuje i sestra S4. Sestra S5 ještě dodává: *„U pacienta zahajujeme sipping, pokud to zdravotní stav pacienta dovoluje.*“

O zavedení nutričních doplňků stravy, tzv. sippingu, hovoří všechny dotazované sestry. Sestra S1 a S6 uvádí ještě změnu diety. Sestra S6 dodává: *„Kontaktujeme lékaře a snažíme se vymyslet řešení malnutrice. Buď změnou diety nebo přidáním nějakých speciálních potravin k již stávající dietě. Nebo přidání sippingu nebo parenterální výživy.*“ Sestry S2 a S3 se shodují v umožnění výběru diety pro pacienta.

O zavedení parenterální výživy hovoří sestry S6 a S8. Podle sestry S3 by měl mít pacient dostatek tekutin. Sestra S3 vysvětluje: *„Požádám pacienta o vedení deníku*

příjmu tekutin a stravy. Zajistím konzultaci s nutričním terapeutem a budu sledovat příjem stravy a tekutin.“

O spolupráci s nutričním terapeutem hovoří ještě sestry S4 a S6. O kontrole stavu hydratace kůže a sliznic hovoří sestra S7. Sestra S4 se zamýšlí a následně odpovídá: *„Hodnotíme denní příjem stravy a tekutin a poctivě to zapisujeme do ošetrovatelské dokumentace. Plníme ordinace lékaře – podávání energeticky vyvážené stravy. Provádíme dohled při přípravě a podávání stravy.“*

O kontrole množství příjmu stravy a tekutin hovoří i sestra S7. Sestra S5 hovoří o zaznamenávání množství snědené stravy a vypitých tekutinách. O spolupráci s lékařem se zmiňuje i sestra S7. Sestry S1, S2 a S3 spolupracují s rodinou pacienta ohledně vhodné výživy.

U pacienta s již existující malnutricí je nutná spolupráce celého ošetrovatelského týmu, říká sestra S4. Sestra S7 spolupracuje s lékařem. S ošetřujícím lékařem a nutričním terapeutem spolupracují sestry S3, S4 a S6. Sestra S6 dodává: *„Hned konzultujeme s lékařem a nutričním terapeutem speciální dietu a doplňky, aby odpovídal denní příjem.“* Sestra S4 zmiňuje: *„Nutriční terapii ordinuje lékař společně s nutričním terapeutem.“* Sestra S3 dodává: *„Budu podávat stravu a léky dle ordinace lékaře. Zajistím dostatečný pitný režim.“* O dostatečném příjmu tekutin hovoří i sestra S8. Sestra S8 ještě zmiňuje: *„Sledovat celkový stav pacienta, pokožky i stavu psychiky.“* O kontrole stavu hydratace, stavu kůže a sliznic mluví sestra S7.

Sestry S1, S3, S5, S6 a S7 sledují příjem stravy a tekutin u pacienta. Sestra S2 sděluje: *„Pokud může pacient přijímat stravu per os, zahájíme sipping (Nutridrinky, pudinky). Lze objednat různé přídavky stravy, to, co má pacient rád a bude pro pacienta nutričně vyvážené. Umožníme výběr diety.“* O sippingu dále hovoří i sestry S1, S3, S5 a S7. Sestra S1 říká: *„Upravíme dietu a zvážíme přídavky stravy například jogurty, tvarohy, piškoty atd., které lze k dietě přiojednat nebo přípravky stravy ve formě pudinků či sipping.“* O přídavkách stravy hovoří i sestra S7. Sestra S7 ještě uvádí, že Nutridrinky by se měli podávat dle ordinace lékaře. Sestra S3, ještě zmiňuje možnost zajištění si vlastní stravy. Sestra S6 říká: *„Následně kontrolujeme, jak naordinovanou dietu a doplňky stravy pacient snáší a korigujeme, co je potřeba upravit.“* Sestra S5 zaznamenává množství snědené stravy a vypitých tekutin. Sestra S4 zdůrazňuje: *„Důležitá je motivace pacienta ke zlepšení příjmu stravy. Zvýšený dohled při příjmu stravy, dokrmování, eventuálně krájení stravy.“*

Podle sester S3, S4, S5 a S6 je důležitá spolupráce s rodinou. Sestra S5 říká: *„Spolupracujeme s rodinou ohledně vhodné výživy. Rodina pak pacientovi nosí jídla, která může a která má rád.“* Sestra S6 dodává: *„Také se snažíme spolupracovat s rodinou a zajistit například jídlo, které má pacient rád a dobře ho toleruje, ale zároveň to jídlo musí splňovat požadavky, které odpovídají dietě pacienta.“*

Sestra S3 si myslí: *„Pokud pacient trpí malnutricí, je vhodné požádat pacienta o vedení deníku příjmu stravy a tekutin.“* Sestra S2 říká: *„U pacienta, který nemůže přijímat stravu per os a byla u něj prokázána malnutrice, zahájíme léčbu pomocí parenterální či enterální výživy nebo kombinací obou.“* O parenterální a enterální výživě se zmiňují i sestry S5 a S7. Sestra S5 dodává: *„Podle onemocnění zahajujeme včasnou parenterální výživu a snažíme se i o brzkou enterální výživu pomocí nazogastrické sondy a při delší terapii pak pomocí PEG.“*

O nutričním screeningu hovoří sestry S4 a S5. Sestra S5 dodává: *„Každý týden zapisujeme hmotnost nebo obvod paže. Nutriční screening hodnotíme po 14 dnech, u rizikových pacientů po týdnu.“* Sestra S4 provádí kontrolu váhy pacienta po týdnu a nutriční screening hodnotí rovněž po 14 dnech.

Výživa

Výživa je pacientovi podávána různou formou. Nejjednodušší je forma podávání stravy per os, tedy ústy na tom se shodují všechny dotazované sestry (S1-S8). Sestry S5 a S7 rozdělují výživu na enterální a parenterální. Enterální výživu lze podávat pomocí nazogastrické sondy (NGS) nebo perkutánní endoskopické gastrostomie (PEG), na tom se shodují sestry S1, S2, S3, S4, S6 a S8. *„Stravu pomocí PEG podáváme občas,“* zmiňuje sestra S8. O parenterální formě výživy mluví sestry S1, S2, S3, S4, S5 a S6. Pro podání parenterální výživy využívají sestry S2, S4 a S6 periferní žilní kanylu (PŽK) nebo centrální žilní kanylu (CŽK). Formy výživy nejobsáhleji shrnuje sestra S6 a to následovně: *„Výživu podáváme různou formou, nejjednodušší podávání stravy je podávání stravy ústy, u této formy lze využít i sipping neboli popíjení nutričně vyvážených přípravků stravy. Dále pak využíváme enterální formu, kdy pacienty krmíme speciálně připravenou stravou pomocí NGS nebo PEG. Výživu lze podávat i parenterální cestou, pomocí infuzních roztoků a speciálně připravovaných výživových*

vaků, určených do periferního nebo centrálního žilního řečiště. Do periferního žilního řečiště pomocí PŽK nebo do centrálního žilního řečiště pomocí CŽK.”

Na trhu je celá řada přípravků enterální výživy. Sestra S2 dodává: *„Existuje celá řada perorálních přípravků enterální výživy, výživa ve formě pitiček nebo pudinků různých příchutí.“* Jak uvádí sestra S4: *„Využíváme přípravky od firmy Nutricie a Fresubin.“* Sestry S3, S5 a S7 nejčastěji využívají sipping. Sestry S1, S2, S4, S5, S6, S7 a S8 se shodují v podávání Nutridrinků. Sestra S4 zmiňuje: *„U nás na oddělení máme možnost nabídnout pacientovi Fresubin protein energy drink nebo Nutridrink.“* Sestry S1, S4, S5 a S7 se shodují, že Nutridrinky, jsou na mléčném, nebo džusovém podkladu. Sestra S1 říká: *„Nutridrinky jsou v tekuté formě buď džusové nebo mléčné.“* Sestra S5 tvrzení své kolegyně rozvíjí: *„Nutridrinky jsou tekuté na mléčném základu a mají různé příchutě: kávové, jahodové, vanilkové a tak dále. Tekutou formu má ještě Nutrijuce, které máme pouze jablkové, ale pacienti si je velice chválí.“* Sestra S7 dodává: *„Máme k dispozici formu tekutou taková pitička, která jsou buďto mléčná, nebo džusová nebo máme možnost využití pudinků. Všechny tyto doplňky stravy máme v různých příchutích. Snažíme se pacientům nabídnout preferované příchutě.“* U diabetiků podávají sestry S1, S2, S4, S5, S6 a S8 Diasip. Sestry S4 a S6 podávají u diabetiků rovněž přípravek Fortimel Diacare.

Přípravky Fresubin a Cubitan podávají sestry S1 a S2. Sestra S3 podává pacientům Fresubin yocréme, které mají různé příchutě a jsou kaloricky hodnotné. O Nutrikrémech hovoří i sestra S1: *„Dále máme možnost využít krémy Fresubin. Dříve jsme hodně využívali pudinky, které nejsou momentálně k dispozici. Máme různé příchutě krémů.“* O Nutrikrémech hovoří i sestry S4, S5 a S6. Sestra S5 říká: *„Pro pacienty máme ještě možnost využít Nutrikrémy, které využíváme hodně u pacientů, kteří obtížně polykají.“*

U pacientů s poruchou polykání, kteří mají problémy s tekutou stravou, využívá pudinky i sestra S7. Sestra S4 sděluje: *„Dříve jsme měly pudinky, nyní máme krémy Fresubin, které mají opět různé příchutě. Mezi pacienty je nejoblíbenější Fresubin crème vanilka. V rámci našeho stravovacího systému je možnost podání bílkovinných a energetických přísad.“*

Sestra S6 dodává: *„Za důležité považuji (sestra S6 dlouho přemýšlí a po několika vteřinách odpovídá, pozn. autor) správně vybrat nutričně vhodný přípravek pro konkrétního pacienta. U pacientů s diabetes mellitus volíme Diasip nebo Fortimel Diacare. Nutridrink Crème podáváme pacientům, kteří mají problém s polykáním.“*

Pacientům, kteří trpí těžkou malnutricí, je vhodné podávat přípravky obohacené o více bílkovin, jako je například Nutridrink Protein nebo Fresubin Protein Energy.“ Sestra S8 dodává: *„Zajišťujeme vhodnou stravu pro pacienta.“*

Sestra S1 udává: *„Sipping je vlastně tekutá forma stravy.“* Sestry S1, S2 a S4 považují za důležité nejprve pacienta poučit. Sestra S1 a S2 poučuje pacienta, jak správně tento přípravek stravy užívat. Sestra S4 poučuje pacienta, k čemu sipping slouží. O dostatku informací hovoří sestra S5. Sestra S5 si myslí: *„Pacient by měl mít nejprve dostatek informací, proč by měl sipping vůbec využívat. Co mu to přinese, proč je to pro něj dobré.“* Sestra S2 dodává: *„Informuji pacienta o zásadách podávání těchto přípravků.“* Pacienta informuje i sestra S6: *„Pacienta informuji o tom, co je to za přípravek, jaké jsou klady a zápory užívání tohoto přípravku a proč je vlastně důležité přípravek užívat. Pacienti se následně bojí přípravek dále užívat a výživu odmítají i z důvodu nedostatečných informací o daném přípravku. Pacient by měl mít dostatek informací od zdravotnického personálu. Zdravotnický personál pacienta informuje o zásadách sippingu před použitím.“*

Sipping má celou řadu nežádoucích účinků na tom se shodují všechny dotazované sestry. Všechny dotazované sestry, kromě sestry S8, uvádí jako nežádoucí účinek průjem. Dalším nežádoucím účinkem je nadýmání na tom se shodují sestry S1, S2, S4 a S7. Jako další nežádoucí účinek uvádějí sestry S4, S6 a S7 zvracení. Nevolnost uvádí sestry S4, S5, S6 a S8. Sestra S5 jako jediná uvádí bolesti břicha jako nežádoucí účinek.

Že jeden tento přípravek nahradí jedno plnohodnotné jídlo, na tom se shodují sestry S1, S2 a S6. Že je vždy vhodné volit příchutě dle preferencí pacienta, na tom se shodují sestry S1, S2, S3, S6 a S7.

Sestry S1, S2, S3, S6 a S7 se dále shodují v zásadách sippingu, že přípravek by měl být vždy vychlazený a měl by se podávat mezi jídly. Sestra S6 přípravek protřepává. Sestrami S1, S2, S3 a S8 je pacient upozorňován, aby nevypil přípravek naráz, z důvodu nežádoucích účinků. Přípravek by měl pacient popíjet postupně, přibližně jednu hodinu na tom se shodují sestry S1, S2, S3 a S7. Sestry S5 a S6 uvádějí pití přípravku po malých douškách. Sestra S5 dodává: *„Pacienta je třeba informovat, aby to pro začátek nepřehnal s velkým množstvím. Aby začínal pomalu po douškách popíjet, nebo po lžičkách jíst Nutrikrém. Dále je nutné poučit pacienta, kdyby pociťoval neaseu, aby si dal pauzu. Aby popíjel v polosedě nebo vsedě, podle toho, co zvládne vzhledem k jeho zdravotnímu stavu.“*

Sestry S6, S7 a S8 se shodují, že počet těchto přípravků určuje lékař dle tolerance a dodržení denní dávky. Zda pacientovi přípravky stravy chutnají, zjišťují sestry S2, S7 a S8. Sestra S7 považuje za důležité, aby pacient přídatky stravy dobře toleroval a aby mu chutnaly. Sestra S7 dodává: „*Důležitá je též edukace pacienta.*“ Sestra S8 sděluje: „*Sledovat, kolik vypil, zda mu chutná, zda mu není nevolno. Určitě by měl mít tyto přípravky rozvrženy do několika dávek během dne a poučit ho.*“ Sestra S2 říká: „*Je tedy důležité, aby pacientovi zvolená příchut' chutnala a aktivně mu pití připomínat.*“ Sestra S3 uvádí: „*Schopnost pacienta polykat. Pacient musí chtít.*“ Sestra S4 hovoří: „*O rovnoměrném podávání sippingu. Pestrost výběru – příchutě a konzistence.*“ Sestra S6 uvádí: „*Všeobecná sestra by měla zkontrolovat, zda pacient přípravek toleruje a s odstupem času (např. 14 dní, po této době se dělá nový nutriční screening), zkontrolovat, zda sipping pacientovi pomáhá.*“

Enterální výživu lze podávat pomocí nazogastrické sondy (NGS) nebo *perkutánní* endoskopické gastrostomie (PEG). Nejprve jsme se zabývali péčí o pacienta s nazogastrickou sondou.

Pomocí Janettovy stříkačky aplikují výživu do nazogastrické sondy sestry S1, S2, S5 a S8. Sestra S8 říká: „*Výživu aplikujeme pomocí Janettovy stříkačky, a to nějaký z druhů Nutrisonu.*“ Sestry S2, S3, S5 a S6 aplikují výživu bolusově. Při krmení zaujímá pacient polohu v polosedu, na tom se shodují sestry S1, S2, S5, S6 a S7. Sestra S7 nepřipouští jiné varianty: „*Výživu podáváme vsedě nebo polosedě.*“ Množství podávané výživy určuje lékař, na tom se shodují sestry S1, S2, S4, S5, S6 a S7. Lékař rozhoduje i o časovém rozložení, frekvenci podávání stravy, na tom se shodují sestry S2, S4 a S6. Sestra S4 sděluje: „*Množství podávané výživy a frekvenci podávání u nás ordinuje lékař, aby byla pokryta nutriční potřeba plus dostatek tekutin.*“

O zásadách při podávání výživy do nazogastrické sondy hovoří sestra S4: „*Důležité je správné podání, které by mělo být pomalé, dostatečné, měli bychom dodržovat intervaly mezi jednotlivými dávkami, nutná noční pauza.*“ Sestra S3 dodává: „*Stravu podávám pomalu, v menších dávkách, ale za to častěji. Sleduji zbytkovou stravu.*“ O obsahu žaludku hovoří sestra S7: „*Nejprve odtahujeme obsah žaludku, nikdy zpět nevracíme. V případě natažení žaludečních šťáv, aplikujeme v pravidelných intervalech výživu.*“ Sestra S6 zmiňuje: „*Podáváme vždy jen stravu k tomu určenou. Při krmení vždy kontrolujeme stav pacienta.*“ Sestra S2 popisuje časové rozložení krmení pacientů: „*U nás na oddělení je zvykem krmit pacienty v 8, 10, 12, 14, 17 hodin,*

v těchto hodinách se pacientovi dává strava a voda. Ve 20 a 23 hodin se podává pouze voda.“ Sestra S5 dodává: „Běžně pacienty krmíme pětkrát denně stravu a vodu, v nočních hodinách krmíme ještě dvakrát, ale to už pouze vodu nikoli stravu.“ Sestra S2 říká: „V případě potřeby je možné se dohodnout s lékařem a podávat stravu po malých dávkách v častějších intervalech.“ Sestra S5 dodává: „Pokud má pacient s dávkou, podávaným množstvím, problém, lze rozdělit množství do více dávek. Dávky volíme podle pacientova subjektivního stavu, ale i podle toho, jakou má peristaltiku, a jestli nemá střevní potíže (průjem).“

Všechny dotazované sestry se shodují v odpovědi, že po nakrmení pacienta je důležité, vždy propláchnout nazogastrickou sondu (NGS) vodou. Že propláchnutí NGS je vlastně prevence proti ucpání sondy, na tom se shodují sestry S1, S3, S6, S8. Po nakrmení nechává pacienta ještě půl hodiny v polosedu sestra S1, ve zvýšené poloze nechává pacienta po dobu 30 minut i sestra S6. Sestra S2 sděluje: *„Po nakrmení necháváme pacienta ještě alespoň 20–30 minut v polosedu.“*

O důležitosti polohování nazogastrické sondy jako prevenci dekubitů v nosní dutině hovoří sestry S5, S6 a S7. Sestra S5 uvádí: *„Sonda 2x denně polohujeme a přelepujeme, jako prevenci dekubitů.“* Sestra S7 zmiňuje: *„Provedeme kontrolu zavedení a fixace NGS.“* Sestra S8 uvádí: *„Nutné je hlídat průchodnost nazogastrické sondy a zajistit péči o dutinu ústní.“* Sestra S6 říká: *„Dbáme ošetrovatelských standardů nemocnice.“* Sestra S7 zmiňuje prevenci aspirace.

U pacienta s perkutánní endoskopickou gastrostomií (PEG) se péče trochu liší. Sestra S4 říká: *„Je to podobný postup jako při krmení nazogastrickou sondou. Navíc je správné ošetření vstupu PEG do dutiny břišní.“* O péči o PEG se nejvíce rozmluvila sestra S4, a to následovně: *„U PEG pravidelně kontrolujeme místo vstupu do dutiny břišní, možné známky infekce, funkčnost. PEG pravidelně převazujeme za aseptických podmínek, minimálně jednou denně. Postup je následující, sundáme staré čtverce, dezinfikujeme a následně, co dezinfekce zaschne, podkládáme hadičku sterilním nastříženým čtvercem a dalším sterilním čtvercem kryjeme, poté přelepujeme Omnifixem. Provádíme rotaci. Převazy se provádí denně v případě potřeby častěji.“*

Možné známky infekce kontroluje i sestra S7, která udává: *„PEG 2x denně převazujeme a všimáme si známek možného zánětu.“* Kontrolu PEG provádí i sestra S8, která říká: *„Kontrolujeme stav a okolí PEGU, pravidelně převazujeme, polohujeme, rotujeme.“* Sestra S6 udává: *„Minimálně 1x denně převazujeme PEG, sledujeme známky*

rizika vzniku infekce a rotujeme s ním.“ Sestra S5 zmiňuje: „Sledujeme subjektivní příznaky, průjem, střevní peristaltiku, a hlavně okolí PEGU. Sledujeme známky zánětu, dekubitů a ošetřujeme podle ošetrovatelských standardů. Pravidelně PEG otáčíme, aby nevznikl otlak.“ Sestra S3 udává: „Do PEG podávám pouze originální stravu od výrobce.“ S tím se ztotožňuje i sestra S6, která říká: „Podáváme vždy jen stravu k tomu určenou.“ Sestra S8 říká: „Důležité je hlídat, zda výživa pacientovi stačí a je pro pacienta vyhovující.“ Sestra S6 zmiňuje: „Při krmení vždy kontrolujeme stav pacienta.“

Pomocí Janettovy stříkačky aplikují výživu do perkutánní endoskopické gastrostomie (PEG) sestry S1, S2, S3, S5 a S8. O bolusovém podání hovoří sestry S2, S3, S5 a S6. Při krmení má pacient zvýšenou horní polovinu těla, na tom se shodují sestry S1, S2, S6 a S7. Množství podávané stravy určuje lékař, na tom se shodují sestry S1, S2, S5, S6 a S7. Sestra S5 zmiňuje: *„U pacientů, kteří mají nově zavedený PEG, podáváme nižší dávky, které postupně navyšujeme dle ordinace lékaře. Pacienty krmíme několikrát denně. Pětkrát denně krmíme stravu a vodu, v nočních hodinách krmíme ještě dvakrát, ale to už pouze vodu nikoli stravu.“* Sestra S3 dodržuje dávky stravy dle ordinace lékaře. Sestra S2 dodává: *„Je důležité postupné zavádění stravy od malých dávek po větší množství. U nás na oddělení je zvykem krmít pacienty v 8, 10, 12, 14, 17 hodin, v těchto hodinách se pacientovi dává strava a voda, přesné množství stravy a vody je určeno lékařem. Ve 20 a 23 hodin se podává pouze voda.“* Lékař určuje časy podávání stravy, na tom se shodují sestry S2, S3, S6 a S7.

Po nakrmení pacienta provádí všechny dotazované sestry (S1-S8) pečlivý proplach perkutánní endoskopické gastrostomie. Sestry S1, S3, S4, S6 a S8 se shodují, že proplach je prevencí ucpaní PEG. Sestra S1 říká: *„Po nakrmení pacienta sondu propláchneme vodou, aby se neucpala, a necháme pacienta ještě alespoň půl hodinu ve zvýšené poloze.“* Pacienta po nakrmení nechávají sestry S1, S2, S6 a S7 ve zvýšené poloze po dobu 30 minut.

Sestry S2, S4, S5, S7 a S8 se s aplikací parenterální výživy setkávají denně. Sestry S1, S4 a S7 se shodují v podávání fyziologického roztoku nebo roztoku glukózy na zavodnění pacientů. Sestra S7 dodává: *„K nám na oddělení je přijímáno velké množství pacientů ve vyšším věku, kteří mají snížený pocit žízně. U dehydratovaných pacientů dáváme vykapat fyziologický roztok nebo roztok glukózy dle ordinace lékaře na zavodnění.“* Sestra S4 sděluje následující: *„Parenterální výživu v podobě výživových vaků podáváme tak 4x do roka. Jinak využíváme parenterální výživu na zavodnění*

pacientů prakticky denně, a to fyziologický roztok nebo roztok glukózy.“ Naopak sestra S1 říká: „*S parenterální aplikací výživy se setkávám na svém oddělení méně často než s aplikací enterální. Jak často je těžké říci, záleží na aktuálně hospitalizovaných pacientech. Samozřejmě pokud pacient nepije, nebo pije málo, je mu podávána infuze glukózy nebo fyziologický roztok na zavodnění.*“ Jak již zmínila sestra S1, záleží na aktuálně hospitalizovaných pacientech, s tím souhlasí i sestry S2 a S3. Sestra S3 dodává: „*Stále častěji, řekla bych tak každou druhou směnu, i když záleží na tom, jaké pacienty máme právě na oddělení.*“ Sestra S6 na mou otázku odpověděla: „*Často. Když je enterální výživa kontraindikována a pacient je ohrožen malnutricí.*“

Před podáním parenterální výživy dle slov sestry S2: „*Lékař informuje pacienta o tom, proč zvolil parenterální výživu, z jakého důvodu. Pacientovi vysvětlí jeho případné dotazy.*“ Sestra S7 říká: „*Co se týká samotného vstupu pro podání parenterální výživy, zavádí se za aseptických podmínek, a to buď PŽK nebo CŽK. PŽK zavádí všeobecná sestra a mění se většinou po 4-6 dnech. CŽK zavádí lékař, důležitá je pečlivá dezinfekce vždy při připojování výživy. Převazy CŽK se provádí jednou za 7–10 dní, v případě potřeby i dříve.*“ Sestra S5 doplňuje: „*Pokud podáváme, parenterální výživu do periferní žíly, tak jen tu k tomu určenou výživu (osmolalita musí být nižší, jak 800 mmol/l).*“

Lékař ordinuje množství parenterální výživy a rychlost, kterou má výživa kapat, na tom se shodují sestry S1 a S6. Všeobecná sestra aplikuje parenterální výživu dle ordinace lékaře, na tom se shodují sestry S1, S2, S3 a S4.

V rámci podávání parenterální výživy pečují sestry o žilní vstup. Pravidelné převazy dle ošetřovatelských postupů a standardů provádí sestry S6 a S8. Sestra S3 provádí pravidelné převazy za aseptických podmínek. Sestry S1, S2, S3, S5, S6 a S8 kontrolují místo vstupu kanyly a všimají si možných známek infekce. VIP scóre kanyly hodnotí sestra S8. Sestra S2 udává: „*Kontrolu provádíme pohledem, kde hodnotíme zarudnutí, bolestivost, otok, a následně zkoušíme propláchnutím funkčnost, průchodnost.*“ Průchodnost – funkčnost kanyly zkouší i sestra S6, která dodává: „*Během dne pravidelně kanylu proplachuji a tím si i ověřím její funkčnost. Před každým vstupem do žilního vstupu vždy uzávěr dezinfikuji.*“ Pečlivou dezinfekci při připojování parenterální výživy provádí sestry S6 a S7. Sestra S1 ještě zmiňuje: „*Při každém odpojení a napojení proplachujeme intravenózní vstup. Proplach provádíme pravidelně minimálně 4x za den, aby nedošlo k ucpání intravenózního vstupu.*“ Sestra S1 dodržuje

dobu podávání výživy, rychlost reguluje pomocí infuzní pumpy, sestra S1 dodává: „*Někomu kape výživa nepřetržitě a jinému kape výživa například jen přes den a v noci je pauza.*“ Pokud není podávání stravy per os kontraindikací, snaží se sestra S4 také o příjem ústy. Sestra S7 se snaží, již během parenterální výživy o zlepšení per os příjmu, pokud to stav pacienta dovoluje a zabezpečuje pacientovi bio – psycho – sociální potřeby.

V oblasti aplikace parenterální výživy považují sestry S2, S4 a S5 za důležité adekvátně pečovat o cévní vstupy. Sestry S1 a S2 zdůrazňují převazování intravenózních vstupů za sterilních podmínek, dále pak pravidelné proplachování a tím i zkontrolování funkčnosti kanyly z důvodu ucpaní vstupu. Kontrolu vstupů pro parenterální výživu zmiňují sestry S1 a S3 z důvodu možných známek infekce. Na sterilním podávání výživy se shodují sestry S2 a S3. Sestra S5 říká: „*Důležité je, aby nebyla v dlouhém časovém horizontu aplikována do periferní žíly, ale aby byl co nejdříve zajištěn centrální žilní vstup. Aby se výživa pravidelně měnila a aby aplikace nebyla příliš rychlá a aby byla stanovena na míru pacienta.*“ O délce aplikace výživy hovoří i sestra S4. Sestry S3, S4 a S8 si myslí, že je důležité hlídat stav pacienta. Sestra S3 sleduje pacienta, jak reaguje na stravu. Naopak sestra S4 řeší omezení pohybu, pacient je při aplikaci parenterální výživy upoután na lůžko, stejně tak omezení pohybu u pacienta řeší i sestra S8, která zdůrazňuje zajištění zvonku v dosahu pacienta. Sestra S8 sleduje pravidelně krevní odběry. Efektivitu výživy, sleduje sestra S7, sestra S6 sleduje a kontroluje účinek a komplikace u podání parenterální výživy.

Všechny dotazované sestry (S1 – S8) se shodují, že nejčastěji využívají pro aplikaci parenterální výživy periferní žilní kanylu (PŽK) nebo centrální žilní kanylu (CŽK). Sestra S4 dodává: „*Používáme hlavně periferní žilní vstupy, výjimečně centrální.*“ Sestry S7 a S8 využívají PORT. Sestra S8 říká: „*Ale i PORT se u nás na oddělení občas objeví.*“ Sestra S7 sděluje: „*S.c. kanylu používáme pouze u pacientů na zavodnění, pokud podáváme fyziologický roztok nebo roztok glukózy.*“ Méně často používá Midline nebo PICC sestra S2. Sestra S5 používá Midline nebo PICC výjimečně. PICC používá sestra S7, méně často pak sestra S6.

Roztoky parenterální výživy, které sestry nejčastěji využívají, jsou fyziologický roztok a roztok glukózy, na tom se shodují všechny dotazované sestry, kromě sestry S1. Sestry S7 a S8 se shodují na tom, že využívají roztoky glukózy 5 % nebo 10 %. Sestra S8 uvádí: „*Na zavodnění pacientů podáváme fyziologický roztok nebo roztok glukózy*

nejčastěji 5%, někdy 10%.“ Sestra S3 využívá ještě navíc Isolyte. Sestra S3 dodává: „Dále pro parenterální výživu využíváme Isolyte, fyziologický roztok nebo roztok glukózy, u pacientů, kteří málo pijí a potřebují tak zavodnit.“ Sestra S1 uvádí: „Na našem oddělení využíváme roztoky parenterální výživy nejčastěji v podobě vaků all-in-one, které jsou vyrobené přímo od výrobce. Málokdy využíváme vaků připravených v lékárně pacientovi na míru.“ O vacích all-in-one hovoří i sestry S5, S6 a S7. Sestra S3 se zmiňuje, že využívají výživové vaky pro periferní nebo centrální výživu. Sestra S4 využívá převážně parenterální výživu do periferního žilního řečiště. Výživové vaky Nutriflex peri a Smofkabiven využívají sestry S2, S3, S5, S6 a S8. Sestry S4 a S7 podávají vaky s názvem Nutriflex peri. Sestra S7 říká: „Za půl roku praxe na současném oddělení jsem se setkala s podáváním vaku Nutriflex Peri dvakrát, a proto se mi zdá, že nemohu zcela objektivně na tuto otázku odpovědět, nevím, zda se tu používají ještě nějaké jiné vaky, s touto otázkou jste mně malinko zaskočila.“ (Sestra S7 působí vystrašeně a nervózně).

S kombinací enterální a parenterální výživy se setkávají všechny dotazované sestry, některé více, některé méně. Například sestra S4 uvádí, že se s kombinací enterální a parenterální výživy setkává jen výjimečně. Na oddělení, kde pracuje sestra S1, se kombinace enterální a parenterální výživy moc nepoužívá. Sestra S2 udává: „V posledním půlroku se objevuje kombinace enterální a parenterální výživy častěji. Většinou je to u pacientů, kteří přijímají stravu a tekutiny per os v malém množství, a tak mají do stravy zavedený sipping a k tomu jim do periferní žilní kanyly podáváme roztok glukózy nebo fyziologický roztok na zavodnění.“ Na otázku, jak tato kombinace vypadá, se sestry S3, S6, S7 a S8 shodují v odpovědi, že dochází ke kombinaci podávání stravy per os, sippingu a parenterální výživy. Sestra S7 ještě zmínila kombinaci enterální výživy za pomoci nazogastrické sondy s parenterální výživou. Sestra S5 říká: „Když zahajujeme enterální výživu, pomalu snižujeme výživu parenterální. Tu nakonec úplně zrušíme, když je enterální výživa úplná, dostatečná.“

Úloha sestry

Úloha sestry je důležitá, na tom se shodují sestry S3, S4, S5 a S6. Sestra S4 říká: „Úloha sestry je důležitá, nenahraditelná. Sestra je vlastně výkonný orgán v ošetrovatelské péči, tedy i v oblasti výživy a stravování.“ Sestry S4 a S8 hodnotí úlohu

sestry jako nenahraditelnou. Dle sestry S7 má sestra klíčovou roli v prevenci malnutrice. O prevenci malnutrice hovoří i sestra S6, která udává: „*Pomocí prevence malnutrice se dá předejít jinému zhoršení stavu pacienta.*“ Sestry S1 a S2 se shodují, že by pacient a jeho rodina měli mít dostatek informací o nutričně vyvážené stravě a možnosti nutričních přípravků. O tom, kdo podává informace ohledně nutričně vyvážené stravy, hovoří sestra S2, která říká, že informace podává všeobecná sestra, naopak sestra S1 říká, že informace poskytuje sestra a lékař. Sestra S1 dále udává: „*Sestra by měla pacienta povzbuzovat v oblasti výživy a dbát na jeho psychickou pohodu.*“ Sestra S2 říká: „*Pokud má pacient a jeho rodina dostatek informací, ví pak přesně, co pacientovi donést, aby strava byla pro pacienta, chutná a výživově hodnotná.*“

Sestry S5 a S8 se shodují, že s pacientem tráví nejvíce času. Sestra S8 říká: „*Sestra má nejvíce příležitostí zjistit, že se něco děje, protože s pacientem tráví z celého ošetrovatelského týmu nejvíce času.*“ Sestra S5 udává: „*Sestra je u pacienta prakticky nejvíce, a tak zná i nejvíce jeho zdravotní stav a může pacienta v průběhu hospitalizace zhodnotit a pozorovat.*“ Sestry S3 a S7 konzultují poznatky a veškeré změny u pacienta s lékařem. O objektivním hodnocení stavu nutrice hovoří sestra S7.

U hospitalizovaných pacientů lze předcházet malnutrici sledováním příjmu stravy a tekutin, na tom se shodují sestry S1, S2, S3, S6, S7 a S8. Sestra S5 říká: „*Včasná diagnostika rizika malnutrice a zahájení včasné parenterální či enterální výživy. U pacientů, kteří malnutricí již trpí zahájit terapii a pravidelně kontrolovat stav výživy (laborať).*“ Sestra S7 udává: „*Preventivní monitorace příjmu stravy a tolerance.*“ Sestra S8 dodává: „*Řekla bych, že malnutrici lze předejít pravidelným dohledem nad stravováním pacientů a zápisem do ošetrovatelské dokumentace.*“ Sestra S6 říká následující: „*Zefektivnit kontroly stavu výživy při příjmu pacienta a také následné pravidelné kontroly stavu výživy v průběhu hospitalizace. Na to potřebuje sestra dostatek času, kterého ale bohužel má málo, protože má velký počet pacientů. Je to chyba v celém systému.*“

O pravidelných kontrolách v průběhu hospitalizace hovoří sestry S5, S6 a S8. Sestra S5 hovoří o laboratorní kontrole stavu výživy. O kontrole nutričního screeningu hovoří sestry S1, S2, S3, S7 a S8. Sestry S1, S2 a S8 provádí nutriční screening po 14 dnech. Sestra S2 udává: „*U rizikových pacientů lze nutriční screening provádět jedenkrát za týden.*“ S nutričním screeninem souvisí vážení pacientů nebo měření

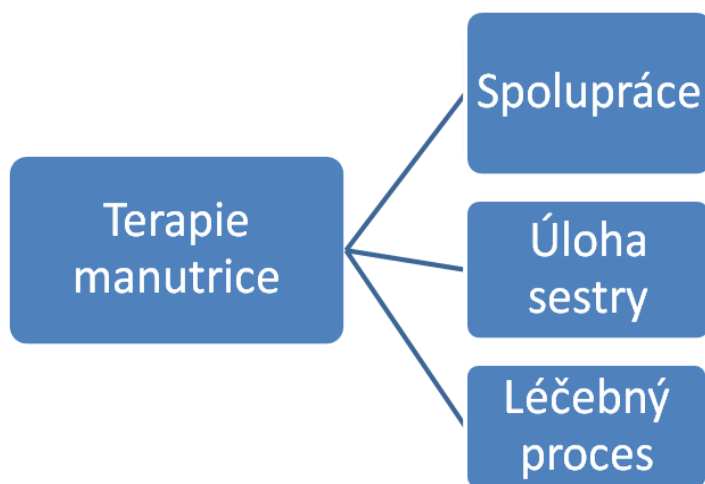
obvodu paže. Pacienty pravidelně váží sestry S2, S3 a S8. Obvod paže u imobilních pacientů měří sestry S3 a S8. Hodnocení rizika dekubitů realizuje sestra S1.

Sestra S4 říká: „*Důležité je pacienta motivovat, podporovat. Ke každému pacientovi přistupovat individuálně, a ještě zlepšit ošetrovatelskou péči v oblasti stravování. Spolupracovat s nutričními specialisty.*”

O možnosti využití sippingu se zmiňují sestry S1 a S8. Sestra S8 udává: „*U rizikových pacientů lze preventivně podávat sipping.*” Sestra S1 dodává: „*Pokud budeme mít pacienta, co málo jí a víme o tom, zvážíme, zda nezavést u tohoto pacienta přípravky stravy ve formě Nutridrinků, tzv. sipping, ale záleží vždy na ordinaci lékaře.*“ Sestra S5 si myslí: „*Měli bychom podávat chutnou stravu, výživově hodnotnou. Objednávat pacientovi jídlo, co mu chutná.*”

Kategorie 2: Terapie malnutrice

Diagram 2: Terapie malnutrice



Kategorie 2 „Terapie malnutrice“ zahrnuje tři podkategorie znázorněných diagramem 2. Tato kategorie je zaměřena na terapii malnutrice u hospitalizovaných pacientů, kteří tímto onemocněním trpí. Tuto kategorii jsme rozdělili do tří podkategorií, kterými jsou spolupráce, úloha sestry a léčebný proces.

Spolupráce

V rámci terapie malnutrice spolupracují všechny dotazované sestry s lékařem a nutričním terapeutem. Sestry S2, S3, S5, S7 udávají, že lékař konzultuje dietu pacienta společně s nutričním terapeutem. Sestra S5 uvádí: *„Nutriční terapeut si udělá čas a přijde na naše oddělení, kde se seznámí s pacientem, pohovoří s ním o tom, co má a nemá rád. Pročte si zdravotnickou dokumentaci a společně s lékařem vymyslí dietu přímo vhodnou pro daného pacienta.“* O individuální dietě hovoří sestry S2, S5 a S7. Sestra S2 udává: *„Lékař naordinuje každému pacientovi individuálně dietu, doplňky stravy, případně přídavky stravy (např. jogurt, lipánek, tvaroh, mléko). Lékař konzultuje s nutriční sestrou individuální dietu na míru pacientovi.“* Sestra S3 říká: *„Lékař a dietní sestra spolu vytvoří pacientovi nutričně vyvážený jídelníček.“*

S nižším zdravotnickým personálem spolupracuje sestra S7, která dodává: *„Každý z nás má svoji funkci v terapii malnutrice. Lékař naordinuje pacientovi dietu. Všeobecná sestra informuje lékaře o tom, co a kolik toho pacient sní, tuto informaci všeobecná sestra dostává od nižšího zdravotnického personálu, a to buď od ošetřovatelek, nebo od sanitárek, nebo pomocí vlastního pozorování pacienta při stravování, dokrmování. Všeobecná sestra každý den vše pečlivě zapisuje do ošetřovatelské dokumentace. S volbou diety pro pacienta lékaři napomáhá v případě potřeby nutriční sestra.“*

S rodinou pacienta spolupracují sestry S1, S2 a S4. Sestra S2 říká: *„Lékař informuje rodinu, co by bylo dobré pacientovi do nemocnice přinést, co se týká výživy. Rodina pak pacientovi donese to, co má rád.“*

Sestra S1 spolupracuje ještě s farmaceutem a dodává: *„Veškerá spolupráce všech by měla být navzájem propojena.“* Sestra S4 hovoří o spolupráci s nutričním poradcem nemocnice a částečně i fyzioterapeutem. Sestra S3 udává: *„Dle přání pacienta máme možnost spolupráce s nemocničním kaplanem.“* Sestra S8 konstatuje: *„Kromě lékaře a dietní sestry jsem jinou spolupráci zatím neviděla, jsem zde krátkou dobu.“*

Sestry S1, S2, S3, S5 a S7 nenapadá nic, co by bylo možné v rámci této spolupráce zlepšit. Sestra S2 to shrnuje slovy: *„Myslím si, že tato spolupráce funguje dobře.“* S tím po dlouhém přemýšlení souhlasí i sestra S7. Sestra S1 říká: *„Momentálně mě nic nenapadá, ale to neznamená, že spolupráce zlepšovat nejde. Vždy je co zlepšovat.“* Sestra S8 by zlepšila komunikaci mezi lékařem a nižším zdravotnickým personálem. O

ještě větší spolupráci s nutričními terapeuty by stála sestra S4, za to sestra S6 by ocenila lepší komunikaci s nutričními terapeuty. Sestra S4 by uvítala možnost výběru z více jídel, udává: „*Jak je doposud u diety č. 3 například u diet č. 9. Větší nabídku u přídatků.*“ Sestra S6 by ocenila více času pro sestru na provádění jednotlivých úkonů. Sestra S6 uvádí: „*Moc pacientů na jednu sestru a následný nedostatek času pro precizní práci sestry.*“

Dotazované sestry vnímají různé možnosti, jak zefektivnit péči o pacienty, kteří trpí malnutricí. Sestry S4, S5 a S6 by chtěli více zapojit do péče nutričního terapeuta. Sestra S6 by si přála, aby měl nutriční terapeut více možností, co pacientovi nabídnout. K tomu sestra S8 dodává: „*Myslím si, že je na trhu spousta přídatků stravy, aby bylo možné vybrat pacientovi takový přípravek, který mu bude vyhovovat.*“ O tom, že enterální výživa se s parenterální výživou pěkně doplňují, je přesvědčená sestra S1, která říká: „*Myslím si, že by bylo vhodné volit kombinaci enterální a parenterální výživy, pokud to zdravotní stav pacienta dovoluje.*“ Sestra S4 by chtěla zlepšit ošetrovatelskou péči v oblasti stravování. Sestra S6 si myslí, že by sestra měla mít více času na tuto problematiku. Sestra S7 sleduje změny u pacienta. Sestra S4 naráží na psychologickou pomoc pacientům. O zlepšení komunikace mezi ošetrovatelským personálem a pacientem usilují sestry S3 a S7. Zlepšit spolupráci s rodinou by chtěla sestra S4 a sestra S5. Sestra S5 říká: „*V poslední době se mi zdá, že přibývá pacientů, o které rodina nejeví prakticky žádný zájem, snad, jen když pacientovi přijde důchod.*“

Do řešení malnutrice se snaží zapojovat rodinu všechny dotazované sestry (S1 – S8). Sestra S4 udává: „*Důležitá je motivace a podpora ze strany rodiny.*“ O důležitosti podpory v oblasti stravování hovoří tyto dotazované sestry, sestry S3, S4, S6, S7 a S8. Sestra S7 dodává: „*Rodinám umožňujeme návštěvu i v době obědů a večeří pacienti kolikrát lépe reagují na své příbuzné, lépe jí než od zdravotnického pracovníka.*“ Sestra S3 dodává: „*Někdy pomáhá, i že rodina pacienta je přítomna u jídla, případně si pacienta nakrmí.*“ Pacienti mnohdy nejedí, protože jim nemocniční strava nechutná, na tom se shodují sestry S1 a S2. O tom, že rodina zná nejlépe pacientovi stravovací návyky, hovoří sestry S3 a S4. Sestry S1, S2, S5, S6 a S7 si myslí, že by rodina pacienta měla mít vždy dostatek informací o nutričně vyvážené stravě a pacientově dietě.

Rodina je informována o možnosti donesení vlastní stravy za předpokladu dodržení diety, zmiňují sestry S1, S2 a S6. Sestra S1 udává: „*Když rodina přinese to, co má pacient rád, není problém pacientovi jídlo ohřát či uschovat do lednice na později.*“

Rodiny pacientů se snaží dodržovat naše doporučení a přináší hodnotnou stravu pro pacienta, na tom se shodují sestry S3 a S5. Sestra S5 dodává: „*Pokud rodina pacientovi uvaří, pacient je spokojenější a lépe jí. I když to ne vždy jde z důvodu například nezájmu rodiny o pacienta.*” Naopak sestra S6 říká: „*Často se nám stává, že rodina nevědomky přinese nevhodné jídlo pro pacienta vzhledem k jeho zdravotnímu stavu a nastavené dietě.*“ Sestra S8 hledá společně s pacientem pochutiny, které by si pacient rád dal, a rodina je pacientovi následně donáší. Sestry S2, S3 a S4 vnímají tuto spolupráci jako přínosnou. U pacienta tak dochází k celkovému zlepšení stavu nutriční a následně i zdravotního stavu, říká sestra S2. Sestra S2 dále informuje rodinu o možnosti využití nutričních doplňků, jako jsou například Nutridrinky, které mají různé příchutě a formy. O donesení doplňků stravy, žádá rodinu i sestra S7.

Úloha sestry

Všechny dotazované sestry vnímají úlohu sestry v rámci terapie malnutrice za důležitou (S4, S6, S7, S8) některé dokonce za velmi důležitou (S1, S2, S3, S5). Sestra tráví s pacientem nejvíce času, ví o pacientovi nejvíce, na tom se shodují sestry S1, S3, S4, S5, a S6. Jelikož je sestra v neustálém kontaktu s pacientem, může si všimnout zhoršení stavu nutriční a včas na to upozornit lékaře, jak zmiňují sestry S6, S7 a S8. Sestra S8 říká: „*Sestra sama bez ordinace lékaře dietu změnit nemůže.*” Během celé hospitalizace sleduje a hodnotí výsledky a nedostatky sestra S5. Sestra S4 a S8 podává enterální a parenterální výživu. Sestra S7 podává přípravky výživy a sleduje jejich toleranci pacientem. Sestry S3, S4 a S8 jsou přítomny u pacienta při stravování a mohou tak nejlépe zhodnotit úpravu formy diety, která by byla pro pacienta vhodnější. Sestra S1 má přehled o tom, co a kolik toho pacient sní a vypije a v jakém časovém rozložení. Sestra S2 říká: „*Pravidelné podávání stravy dle zvyklostí a potřeb pacienta je prioritou. Všeobecná sestra by měla umět zhodnotit, kdy a za jakých podmínek stravu odložit na později. Například strava nemusí být vždy podávána v pravidelný čas, pokud má pacient bolest a nemá tak chuť k jídlu. Všeobecná sestra by neměla zapomínat naslouchat potřebám pacienta.*” Sestra S1 dodává: „*Sestra by měla stravu a tekutiny nabízet, nikoli pacientovi nutit.*” Na psychickou pohodu pacienta dbá sestra S3.

Všechny dotazované sestry (S1 – S8) se shodují, že otázka malnutrice je v ošetrovatelské praxi důležitá. Pokud bude pacient správně vyživován,lepší se jeho zdravotní stav, udávají všechny dotazované sestry. Sestra S6 dodává: *„Na stavu výživy pacienta stojí jak efektivita, tak i možnosti léčby pacienta.“* Sestra S4 říká: *„Správná nutrice pacienta ve všech aspektech, je důležitá pro léčbu nemoci a také pro udržení a zlepšení fyzické kondice a sebezpečí pacienta.“* S odpovědí sestry S4 souhlasí sestra S8. O zlepšení fyzické kondice hovoří i sestry S1 a S3. Sestra S3 ještě zdůrazňuje péči o psychický stav pacienta. O tom, že výživový stav pacienta ovlivňuje rekonvalescenci a hospitalizaci jsou přesvědčené sestry S1, S5 a S8.

Léčebný proces

V rámci celého léčebného procesu zaujímá řešení malnutrice u pacienta velmi důležitou roli to si myslí sestry S3 a S5. Sestra S7 udává: *„Výživa a její poruchy mohou ukazovat na určitá onemocnění, nebo mohou ukazovat na sociální podmínky pacienta, v domácím prostředí. Řešení malnutrice musí být vždy komplexní a individuální.“* Sestra S4 říká: *„Správná nutrice pacienta je velmi důležitý aspekt v rámci léčby pacienta, malnutrice – nedostatek živin, minerálů, vitamínů, je komplikací léčby.“* O správném vyživování pacienta se zmiňují všechny dotazované sestry. Sestry S1, S2 S3, S5, S6 a S8 hovoří o stavu výživy, kdy stav výživy zlepšuje zdravotní stav pacienta a má vliv na celou hospitalizaci a rychlejší návrat domů. V případě, že bude pacient dobře vyživován, nastává mnohem lepší hojení, na tom se shodují sestry S1, S5, S6 a S8. O zlepšení kondice pacienta, hovoří sestry S1 a S6. Sestra S8 udává: *„Aby se mohl pacient vrátit co nejdříve domů, musí mít dostatek síly a energie na uzdravení.“*

5 Diskuze

Malnutrice je onemocnění, při kterém dochází k odchylce od normálního stavu výživy, která vzniká nerovnováhou mezi přívodem živin, tedy energetickou spotřebou a jejich skutečnou potřebou v organismu člověka, zmiňuje ve své publikaci Kohout (2011). Zadák (2008) uvádí, že malnutrice se vyskytuje ve vysokém počtu zejména u pacientů ve vyšším věku.

Cílem této bakalářské práce bylo zmapovat úlohu sestry v rámci ošetrovatelské péče o pacienta s malnutricí. Pro sběr empirického materiálu bylo využito kvalitativního výzkumného šetření, které bylo provedeno formou polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný soubor byl tvořen 8 všeobecnými sestrami, jedné blíže nespecifikované nemocnice v Jihočeském kraji, na oddělení následné péče a na interním oddělení. Tato oddělení byla vybrána záměrně z důvodu častějšího výskytu malnutrice u pacientů, v porovnání s jinými pracovišti. Pro empirickou část práce byly zvoleny dvě výzkumné otázky: „Jaká je úloha sestry v prevenci malnutrice?“, „Jaká je úloha sestry v terapii malnutrice?“

Z rozhovorů s všeobecnými sestrami vyšlo najevo, že všechny dotazované sestry provádí při příjmu pacienta na oddělení nutriční screening, s touto informací se ztotožňuje Kohout (2011), který ve své publikaci uvádí, že je nutné při příjmu pacienta na oddělení zhodnotit nutriční screening, který může upozornit na riziko možné malnutrice, to dle jeho slov znamená zhodnotit nutriční stav pacienta. Velice nás potěšil fakt, že všechny dotazované sestry provádí při příjmu pacienta na oddělení nutriční screening. Myslíme si, že hodnocení nutričního screeningu může ovlivnit následnou léčbu pacienta. Pět dotazovaných sester se shoduje v přehodnocování nutričního screeningu po 14 dnech, to potvrzuje též Kohout (2011). Grofová (2007) hodnotí u nutričního screeningu hmotnost pacienta, Body Mass index (BMI), neúmyslné zhubnutí za časový interval a omezení příjmu stravy. Sestry se s touto informací shodují v hodnocení nutričního screeningu, ale upřesňují interval nechtěného zhubnutí na 3-6 měsíců, dále hovoří o celkovém příjmu stravy za den a faktoru stresu. Dle Grofové (2007) na základě zhodnocení nutričního screeningu následuje úprava stravování a změna diety. Dotazované sestry se shodují v odpovědi, že dietu ordinuje ošetřující lékař nebo nutriční terapeut, to potvrzují též Grofová (2007) a Kapounová (2020).

Dle Grofové (2007) je velmi důležité, aby nutriční terapeut viděl pacienta a mohl

od něj odebrat nutriční anamnézu. Všechny dotazované sestry, kromě sestry S5 se shodují, že spolupracují s nutričním terapeutem. Co mě asi nejvíce zarazilo při rozhovoru se sestrou S6 bylo, že se jim mnohdy na oddělení stává, že nutriční terapeut něco naordinuje, aniž by pacienta vůbec viděl nebo s ním mluvil. Opakované návštěvy terapeuta se prý u nich na oddělení moc nevidí. Souhlasím s názorem Merker et. al (2019), že nutriční péče má pozitivní vliv na zlepšení kvality života pacientů.

Kohout (2011) uvádí, že pro výpočet hodnoty BMI je nutné pacienty změřit a zvážit. V případě, kdy pacienta nelze zvážit, se využívá měření obvodu končetin, většinou paže. Dotazované sestry měří obvod paže u imobilních pacientů. Vážení pacientů by mělo probíhat vždy za stejných podmínek, na tom se shodují i všechny dotazované sestry. Křemen a Brodská (2009) ve své publikaci hovoří o obvodu paže, svědčící pro malnutrici, který je 19,5 cm u muže a 15,5 cm u ženy. Dle Šafránkové a Nejedlé (2006) je úkolem sestry sledovat úbytek hmotnosti pacienta nebo její zvýšení. Měření obvodu paže, je dle mého názoru velmi nepřesné, každá sestra měří obvod paže v jiné výšce. Osobně jsem se nesetkala s pacienty, kteří by měli označenou paži, abych věděla, kde přesně obvod paže měřit.

Navrátil (2017) ve své publikaci hovoří o získávání nutriční anamnézy přímou formou od pacienta nebo formou nepřímou od jeho rodiny. Při příjmu pacienta na oddělení provádí s pacientem pohovor pět dotazovaných sester. Pouze jedna z dotazovaných sester provádí pohovor i s rodinou pacienta. Souhlasíme s tím, že je důležité zahrnout rodinu, protože i od rodiny se dají získat důležité informace. Dotazované sestry se cíleně ptají na stravování, na potravinové alergie, co má a nemá pacient rád, kolik toho doma sní a jak často jí, dále pak na návyky a zvyklosti při stravování. Křížová a Haluzík (2010) se zaměřují na stravovací zvyklosti, frekvenci příjmu stravy a na případné potíže s požitím a trávením stravy, dále pak na potravinové alergie a zjišťují, zda pacient neužívá léky, které by mohly ovlivňovat příjem stravy, nekonzumuje alkohol. U anamnézy Kohout (2011) hodnotí váhový úbytek za posledních 3-6 měsíců, stravovací zvyklosti, bolesti břicha, průjem, zvracení, dietní preference a náboženské zvyklosti. Křížová a Haluzík (2010) uvádějí tři základní přístupy, které vedou ke zjištění stavu výživy a tím jsou nutriční anamnéza, somatické (fyzikální) vyšetření a laboratorní metody, které vedou ke zjištění stavu výživy u pacienta.

Hlavním důvodem, proč sestry zjišťují nutriční stav pacienta, je prevence dekubitů, která je podle Šafránkové a Nejedlé součástí ošetrovatelského procesu. Dle Šafránkové a Nejedlé (2006), všeobecná sestra zajišťuje prevenci dekubitů polohováním, u pacientů, kteří trpí malnutricí, hrozí vysoké riziko dekubitů. Dekubit neboli proleženina, je rána vyvolaná tlakem, jak uvádí Mikula a Müllerová (2008). Dle Vágnerové (2020) geriatricí pacienti mívají tenkou, křehkou, suchou a zvláště zranitelnou pokožku, jsou více ohroženi proleženinami, defekty na kůži a mají zhoršenou hojivost ran. Vágnerová (2020) hodnotí barvu, enantém, pigmentové změny, hematomy, dekubity a celkovou kvalitu kůže. Kohout (2011) ještě navíc hodnotí kachexii, anasarku, otoky, svalovou sílu, stav kůže a jejich adnex. Zhodnocení stavu pokožky, provádí dotazované sestry pozorováním, kdy si všímají stavu kůže. Všechny změny na kůži zaznamenávají do zdravotnické dokumentace sestry S3, S5 a S7. O kožním turgoru hovoří sestry S2, S3, S5 a S8. Sestra S2 moc hezky vysvětluje, co je to kožní turgor, je to schopnost vyrovnat vytvořenou kožní řasu a sleduje se tím stav hydratace pacienta. Všechny sestry, kromě sestry S4 udávají, že při příjmu pacienta na oddělení hodnotí screening dekubitů. Sestry S1 a S2 upřesňují screening hodnocení dekubitů, kdy hodnotí smyslové vnímání pacienta, stupeň fyzické aktivity, oblast mobility pacienta, oblast pohybu po podložce, vlhkost a inkontinenci pacienta a dále hodnotí, zda má pacient nějaké dekubity a oblast výživy. Hodnocení rizik dekubitů po 14 dnech provádí sestry S3 a S7.

V rámci laboratorního vyšetření zhotovuje všeobecná sestra odběr krve na hematologické a imunologické vyšetření, popisuje ve své publikaci Kohout (2011). Dle Kapounové (2020) je při podvýživě možné zjistit sníženou koncentraci sérových proteinů – albuminu a transferinu, to zmiňuje také dotazovaná sestra S5.

U hospitalizovaných pacientů lze předcházet malnutrici sledováním příjmu stravy a tekutin na tom se shoduje 6 dotazovaných sester. Dotazované sestry hodnotí denní příjem stravy a tekutin a následně to zapisují do ošetrovatelské dokumentace, s touto informací se ztotožňují, Šafránková a Nejedlá (2006). Dotazované sestry ještě navíc informují lékaře o změnách a jsou přítomny u stravování pacientů, s tímto výrokem plně souhlasíme. Myslíme si, že přítomnost sestry u pacientů v době stravování je velmi důležitá. Sestra tak má možnost si všimnout změn v oblasti stravování u pacienta a zjištěné změny dále řešit.

Velká část výzkumu se zaměřovala na výživu pacientů, kteří trpí malnutricí. Myslíme si, že tato oblast je pro naši bakalářskou práci velice důležitá. Léčba malnutrice spočívá v dostatečném příjmu stravy a tekutin. Za dostatečné je považováno 50% sacharidů, 18 - 20 % bílkovin, 30 - 35 % tuků, minerálních látek a vitamínů. Současně by měl být příjem a výdej energie podle Kapounové (2020) v rovnováze.

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že námi zkoumané všeobecné sestry na standardním oddělení následné péče a interním oddělení nejčastěji podávají stravu per os. Výživa se dá podávat různými způsoby, podávání stravy per os, enterální či parenterální cestou, tuto informaci potvrzují všechny dotazované sestry. Z hlediska indikace se enterální a parenterální výživa často kombinuje nebo po sobě následuje, pokud jsou použity současně, jejich efekt se zvyšuje, což popisuje Zadák (2008). O tom, že se enterální a parenterální výživa doplňuje je přesvědčená sestra S1. S kombinací enterální a parenterální výživy se setkávají všechny dotazované sestry, některé více, některé méně.

Enterální výživu lze podávat perorální formou v podobě sipping neboli popíjení. O tom, že existuje celá řada doplňků stravy, informují jak dotazované sestry, tak autoři Křemen, Kotrlíková a Svačina (2009), kteří dále popisují, že sipping se používá jako doplňková výživa k běžné dietě. Dále uvádějí příklady přípravků výživy, a to Nutridrink, Resource a Fresubin. Z rozhovorů se sestrami vyplývá, že nejčastěji využívají přípravek zvaný Nutridrink, dále pak Fresubin, Cubitan, Diasip nebo Fortimel Diacare. Tyto přípravky jsou na mléčném nebo džusovém podkladu, mají sladké příchutě, vyrábějí se ve formě pitíček nebo pudinků (crémů), na tom se též shodují jak dotazované sestry, tak i Křemen, Kotrlíková a Svačina (2009).

Z výzkumu vyplívají zásady správného užívání nutričních doplňků stravy. Při čemž Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková (2012) uvádí, za důležité nejprve vysvětlit pacientovi důvod podávání výživy a výhody sippingu obecně. Z výzkumu vyplynula potřeba edukace pacienta o správném užívání nutričních doplňků stravy. Tyto zásady zmiňují i Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková (2012), kteří definovali následující zásady: doplňky popíjet po malých douškách, vychlazené, mezi jídly, jako doplněk stravy, konzumaci rozvrhnout do celého dne. Dotazované sestry s tím, co bylo řečeno, souhlasí a ještě k tomu doplňují, přípravek před podáním protřepat, po otevření popíjet přibližně hodinu, dodržovat denní dávku, dle ordinace lékaře. Sestra zde má úkol, zjistit, jak pacient přípravky toleruje a zda mu chutnají. Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková

(2012) hovoří o důležitosti kontroly využití těchto doplňků stravy. Lze shrnout, že sipping je velmi často využívaná prospěšná metoda, i když má pár nežádoucích účinků. Mezi nežádoucí účinky řadí Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková (2012) průjem a nadýmání. Dotazované sestry souhlasí a dále uvádí mezi nežádoucí účinky nevolnost, zvracení a bolesti břicha.

V rámci aplikace enterální výživy používají sestry nazogastrickou sondu (NGS) nebo perkutánní endoskopickou gastrostomii (PEG). Dle Šafránkové a Nejedlé (2006) u pacienta s enterální výživou zajišťuje všeobecná sestra sondu, její průchodnost a pravidelně podává stravu pacientovi.

Dle Vytečkové (2013) spočívá péče o pacienta se zavedenou NGS v kontrole správného zavedení sondy, několikrát denně a před každým krmením. Dále uvádí, že sonda je k nosu fixována náplastí, která se pravidelně vyměňuje. Z důvodu možného vytvoření dekubitu se musí sonda překládat. Do nazogastrické sondy se podává pouze strava k tomu určená. Při aplikaci stravy se dodržují časové intervaly, ordinované množství a provádí se zápis do zdravotnické dokumentace. Při aplikaci stravy by měla být poloha pacienta zvýšená do 30 stupňů.

Z výzkumu vyplývá, že dotazované sestry aplikují výživu pomocí Janettovy stříkačky, bolusovým podáním. Dingová Šliková, Vrabelová a Lidická (2018) ve své publikaci hovoří o podávání enterální výživy pomocí Janettovy stříkačky bolusovým podáním, kdy celkový objem jedné porce tvoří přibližně 250 – 400ml, poté následuje propláchnutí sondy vodou. Sestry S1, S2, S5, S6 a S7 se shodují v odpovědi, že při krmení pacient zaujímá polohu v polosedu. Množství podávané výživy určuje lékař a rozhoduje i o časovém rozložení a frekvenci podávání stravy. Sestry dále hovoří o zásadách při podávání výživy.

Všechny dotazované sestry se shodují v odpovědi, že po nakrmení pacienta je důležité, vždy propláchnou NGS vodou, z důvodu možného ucpání sondy. Po nakrmení nechávají sestry pacienty ještě přibližně 30 minut ve zvýšené poloze. Sestry se dále zmiňovaly o důležitosti polohování NGS z důvodu prevence dekubitů v nosní dutině. O kontrole zavedení a fixaci hovořila pouze sestra S7. Sondu 2x denně polohuje a přelepjuje sestra S5. Sestra S8 zdůrazňuje péči o dutinu ústní. Sestra S8 zdůrazňuje péči o dutinu ústní. Co se týká péče o dutinu ústní, tak si myslíme, že péče je velmi podceňovaná. Dle našeho názoru by měl být kladen větší důraz na hygienu dutiny ústní.

Domníváme se, že tomu tak vždy není. V rámci našeho výzkumu zmínila tuto problematiku pouze jedna dotazovaná sestra, a to sestra S8.

U pacientů s perkutánní endoskopickou gastrostomií (PEG) se péče trochu liší. Krmení pacientů pomocí PEG je velice podobné jako krmení NGS. Navíc je pouze péče a ošetření vstupu PEG do dutiny břišní, jak uvedla sestra S4. Ošetrovatelská péče o PEG se odvíjí od délky doby zavedení. U pacienta po výkonu se ponechává sonda sterilně překrytá a až po 24 hodinách se aplikuje enterální výživa. Převazy PEG se provádí denně za sterilních podmínek. Důležité je myslet i na možné komplikace v podobě zavlečení infekce do rány, migrace sondy, hematom nebo bolesti břicha, dle Dingové Šlikové, Vrábelové a Lidické (2018). S vážnějšími komplikacemi jsme se při podávání stravy pomocí PEG neseťkali. Dotazované sestry se shodují v důležitosti proplachování PEG sondy, aby nedošlo, k jejímu ucpaní.

Parenterální výživou se dodávají živiny přímo do cévního řečiště. Všechny dotazované sestry se shodují, že nejčastěji využívají pro podání parenterální výživy periferní žilní kanylu (PŽK) nebo centrální žilní kanylu (CŽK). Parenterální výživu lze podávat do periferní nebo centrální žíly, to uvádí Maňák a Mottl (2014). S aplikací parenterální výživy se denně setkávají sestry S2, S4, S5, S7 a S8. Dle Kapounové (2020) se cestou parenterální výživy podávají tekutiny, sacharidy, tuky, aminokyseliny, vitamíny a stopové prvky. Dotazované sestry, kromě sestry S1 se shodují, že nejčastěji aplikují, fyziologický roztok nebo roztok glukózy na zavodnění pacientů. Dotazované sestry dále využívají podávání výživových vaků. Výživové vaky s názvem Nutriflex peri využívá 7 dotazovaných sester. Výživové vaky s názvem Smofkabiven využívá 5 dotazovaných sester.

Do centrální žíly se podávají koncentrované roztoky s vysokou osmolalitou. Maximální osmolalita roztoků podávaných do periferních žil je 1200 mmol/l. Již zhruba od 850 mmol/l je velmi častý výskyt komplikací uvádí Maňák a Mottl (2014). S tím nesouhlasí sestra S5, která udává, že maximální osmolalita podávaná do periferní žilní kanyly je 800 mmol/l. Křemen, Kotrlíková a Svačina (2009) uvádějí hodnotu osmolality pro podání do periferní žilní kanyly pod 900 – 1200 mmol/ l. Úkolem sestry při podávání parenterální výživy je dle Šafránkové a Nejedlé (2006) starat se o PŽK, CŽK, pravidelně tyto vstupy ošetřovat, proplachovat a kontrolovat z hlediska možné infekce. Dotazované sestry se shodují v zavádění vstupů za sterilních podmínek. Periferní žilní kanylu mění po 4 – 6 dnech. Převazy u CŽK provádí sestry jednou za 7 – 10 dní

v případě potřeby i dříve. Převazy vstupů provádí za sterilních podmínek, podle standardů a ošetrovatelských postupů. Sterilně aplikují parenterální výživu dle ordinace lékaře. Všímají si možných známek infekce. VIP scóre u kanyly hodnotí pouze sestra S8, toto zjištění pro nás bylo překvapující.

Myslíme si, že pacient v době hospitalizace potřebuje individuální podporu zdravotnického personálu, ale i jeho rodiny. Po dobu hospitalizace zajišťují potřeby pacientům sestry. Sestra S7 se snaží zabezpečit bio-psycho-sociální potřeby pacienta. Potřebu lze chápat jako projev nedostatku nebo nadbytku směřující k obnovení rovnováhy, Mlýnková (2010). Dle Šafránkové a Nejedlé (2006) by ošetrovatelská péče měla být pečlivě naplánovaná u každého pacienta individuálně. Bell et al. (2021) hovoří ve své publikaci o zohledňování pacienta, jeho zdravotní gramotnosti, poznávacích a kulturních potřebách. Bell et al. (2021) si myslí, že cíle péče by měli být přímo na míru pacientovi, tento názor zastáváme my i dotazované sestry. Zároveň si my i dotazované sestry myslíme, že komunikace s pacientem a jeho rodinou je velice důležitá, rodina i pacient by měli mít dostatek informací.

Z výsledků výzkumu je dále zřejmé, že se zdravotnický personál velmi často setkává s pacienty trpícími malnutricí. S tím se ztotožňuje ve své publikaci i Šafránková a Nejedlá (2006), kdy uvádí, že s poruchou výživy ve smyslu malnutrice se v nemocnici setkávají zdravotničtí pracovníci poměrně často, hovoří o geriatrických pacientech, u kterých bývá malnutrice spojována s nechutenstvím. Křemen, Kotrlíková a Svačina (2009) uvádí, že malnutrice zhoršuje průběh onemocnění a léčbu. Výrazně prodlužuje délku hospitalizace a zvyšuje riziko následných komplikací, přičemž hrozí i úmrtí pacienta. S tímto názorem souhlasíme my i dotazované sestry.

6 Závěr

Tato bakalářská práce s názvem „Malnutrice jako ošetrovatelský problém“ se zabývala problematikou péče o pacienty, kteří trpí malnutricí. Cílem této práce bylo zmapovat úlohu sestry v rámci ošetrovatelské péče o pacienta s malnutricí. V souvislosti se stanoveným cílem byly zvoleny dvě výzkumné otázky: „Jaká je úloha sestry v prevenci malnutrice?“ a „Jaká je úloha sestry v terapii malnutrice?“

Výzkumné šetření, které bylo prováděno na oddělení následné péče a na interním oddělení potvrzuje, že role sestry je velmi důležitá, řekla bych až nenahraditelná. V době hospitalizace tráví sestra s pacientem nejvíce času, a tak si může všimnout změn u pacienta. Sestra bývá právě tím člověkem, který upozorňuje lékaře na možné známky malnutrice. Úkolem všeobecné sestry je pečovat nejen o příjem nutričně vyvážené stravy u pacienta, který trpí malnutricí, ale i o uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb. Důležitá je i péče o psychickou pohodu pacienta, na kterou se často zapomíná. Když bude pacient správně nutričně vyživován, bude se lépe hojit, rychleji se uzdravovat, zkrátí se doba jeho rekonvalescence a hospitalizace. Prevence malnutrice u pacientů spočívá v nutričně vyvážené stravě. Z provedených rozhovorů vyplývá, že sestra by měla mít více času na pacienty.

Výsledky přináší ucelený pohled na problematiku ošetrovatelské péče u pacientů s malnutricí. Ukazuje důležitou úlohu sestry v této problematice a to nejen v časně diagnostice, ale i následně při dodržování potřebného kalorického příjmu těchto pacientů. Z výzkumu rovněž vyplynula, potřeba spolupráce s nutričními terapeuty.

Z realizovaných rozhovorů vyplývá, že poskytovaná péče v praxi se shoduje s doporučenými postupy. Odhaleny byly malé nesrovnalosti, ze kterých vyplívá doporučení pro praxi. Tato práce, může být návodem pro nové sestry, aby dokázaly rychleji odhalit riziko malnutrice u pacientů, předejít tak komplikacím při jejich léčbě. V této souvislosti může práce posloužit především studentům ošetrovatelství, ale též sestřím z praxe jako informační materiál zdůrazňující úlohu sestry u tohoto klinického stavu.

7 Seznam použité literatury

1. AZER S. A., KSHIRSAGAR R. K., 2022. [Online]. Dysphagia. *Treasure Island: StatPearls Publishing*. [cit. 26. 1. 2023]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559174/>
2. BELL J. J. et al., 2021. [online]. Nutritional Care of the Older Patient with Fragility Fracture: Opportunities for Systematised, Interdisciplinary Approaches Across Acute Care, Rehabilitation and Secondary Prevention Settings. *International Publishing*. 2nd ed. s. 311-329 [cit. 26. 1. 2023] DOI:10.1007/978-3-030-48126-1_18.
3. BRABCOVÁ, Soňa. 2021 *Péče o rány: pro sestry a ostatní nelékařské profese*. Praha: Grada Publishing. 184 s. ISBN: 978-80-271-3133-4.
4. DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, Martina, Lucia VRABELOVÁ a Lucie LIDICKÁ. 2018. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada Publishing. 312 s. ISBN 978-80-271-0717-9.
5. GROFOVÁ, Zuzana, 2007. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. Praha: Grada Publishing. 240 s. ISBN 978-80-247-1868-2.
6. GROFOVÁ, Zuzana, 2016. Hojení ran a výživa. In: KOHOUT, Pavel a kol. *Vybrané kapitoly z klinické výživy II.*, svazek IV. Praha: Forsapi. Informační servis pro lékaře. 118-130 s. ISBN 978-80-87250-32-7.
7. HOLMEROVÁ, Iva. 2014. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. Praha: Grada Publishing. 176 s. ISBN 978-80-247-5439-0.
8. KAPOUNOVÁ, G., 2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. 388 s. ISBN 978-80-271-0130-6.
9. KASPER, Heinrich., 2015. *Výživa v medicíně a dietetika*. Překlad 11. vydání Praha: Grada. 592 s. ISBN 978-80-247-4533-6.
10. KASTNEROVÁ, Markéta. 2014. *Výživové poradenství v praxi: vědecká monografie*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. 273 s. ISBN 978-80-7394-500-8.

11. KESARI A. et al., 2022. [online]. Nutritional Assessment. *StatPearls Publishing* [cit. 26. 1. 2023]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK580496/>
12. KOHOUT P., 2010. Nutriční screening. In: KOHOUT, Pavel, Zdeněk RUŠAVÝ a Zuzana ŠERCLOVÁ. *Vybrané kapitoly z klinické výživy I.*, svazek II. Praha: Forsapi. Informační servis pro lékaře. 19-30 s. ISBN 978-80-87250-08-2.
13. KOHOUT, P. et. al., 2011. *Dokumentace a hodnocení nutričního stavu pacientů*. 1. vydání. Praha: Forsapi. 58 s. ISBN 978-80-87250-12-9.
14. KOHOUT, P., KOTRLÍKOVÁ, E., 2005. *Základy klinické výživy*. 1. vydání. Praha: Krigl. 113 s. ISBN 80-86912-08-6.
15. KŘEMEN, J., BRODSKÁ H., Diagnostika malnutrice. 2009. In: KŘEMEN, Jaromír, Eva KOTRLÍKOVÁ a Štěpán SVAČINA., et al. *Enterální a parenterální výživa*. Praha: Mladá fronta. Aeskulap. s. 17-21. ISBN 978-80-204-2070-1.
16. KŘEMEN, Jaromír, Eva KOTRLÍKOVÁ a Štěpán SVAČINA., et al. 2009. *Enterální a parenterální výživa*. Praha: Mladá fronta. Aeskulap. 134 s. ISBN 978-80-204-2070-1.
17. KŘÍŽOVÁ, J., HALUZÍK, M., c2010. Podvýživa. In: SVAČINA, Štěpán et al., *Poruchy metabolismu a výživy*. Praha: Galén. s. 329-335. ISBN 978-80-7262-676-2.
18. MAŇÁK, JAN., MOTTL, ROMAN, c2014. Nutriční podpora kriticky nemocných In: ŠEVČÍK, Pavel a Martin MATĚJOVIČ, *Intenzivní medicína*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Galén. 1196 s. ISBN 978-80-7492-066-0.
19. MARKOVÁ, Monika. 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada Publishing. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
20. MERKER M. et al., 2019. [online]. Evidence-based nutrition for the malnourished, hospitalised patient: one bite at a time. *Swiss medical weekly*. [cit. 26. 1. 2023]. DOI: 10.4414/smw.2019.20112.
21. MIKULA, Jan a Nina MÜLLEROVÁ. 2008. *Prevence dekubitů*. Praha: Grada Publishing. 96 s. ISBN: 978-80-247-2043-2.
22. MLÝNKOVÁ, Jana. 2010. *Pečovatelsví: učebnice pro obor sociální péče – pečovatelská činnost*. Praha: Grada Publishing. 272 s. ISBN 978-80-247-3184-1.

23. NAVRÁTIL, Leoš., 2017., *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory. 2.*, zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. 560 s. ISBN 978-80-271-0210-5.
24. NOVÁK, F., KÁŇOVÁ, M., 2021. Malnutrice. In: KOHOUT, P. *Klinická výživa*. Praha: Galén, s. 200-218. ISBN 978-80-7492-555-9.
25. POKORNÁ, Andrea. 2013. *Ošetrovatelství v geriatрии: hodnotící nástroje*. Praha: Grada Publishing. 202 s. ISBN 978-80-247-4316-5.
26. ROIGK P., et al. 2018. [online]. Fragility Fracture Nursing: holistic care and management of the orthogeriatric patient. *Springer International Publishing*. s. 95-107. DOI: 10.1007/978-3-319-76681-2-8.
27. ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. 2006. *Interní ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing. 212 s. ISBN 80-247-1777-8.
28. VÁGNEROVÁ, Tereza., 2020. *Výživa v geriatрии a gerontologii*. Praha: Karolinum. 200 s. ISBN 978-80-246-4620-6.
29. VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. 2012 *Klinická onkologie pro sestry. 2.*, přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing. 448 s. ISBN 978-80-247-3742-3.
30. VYTEJČKOVÁ, Renata., 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. Praha: Grada Publishing. 272 s. ISBN 978-80-247-3420-0.
31. ZADÁK, Z., 2008. *Výživa v intenzivní péči. 2.* rozš. a aktualiz. vydání. Praha: Grada Publishing. 544 s. ISBN 978-80-247-2844-5.

8 Seznam příloh

Příloha 1 - Podklad pro vedení polostrukturovaného rozhovoru

Příloha 1

Podklad pro vedení polostrukturovaného rozhovoru

1. Kolik je Vám let?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Kolik let pracujete ve zdravotnictví?
4. Kolik let pracujete na vašem současném oddělení?
5. Kdy jste se poprvé setkala s pacienty trpícími malnutricí?
6. Jak často se ve Vaší práci setkáváte s pacienty s malnutricí?
7. Jakým způsobem hodnotíte stav výživy při příjmu pacienta?
8. Jakým způsobem hodnotíte stav výživy vašich pacientů v průběhu hospitalizace?
9. Jaké metody (postupy) využíváte v rámci diagnostiky malnutrice?
10. S kým dalším spolupracujete v rámci diagnostiky malnutrice?
11. Napadá vás něco, co by bylo možné v rámci této spolupráce zlepšit?
12. Jak důležitou vnímáte úlohu sestry v rámci diagnostiky malnutrice?
13. Jaké intervence realizujete u pacienta, u kterého bylo zjištěno riziko malnutrice?"
14. Jaké intervence realizujete u pacienta s již existující malnutricí?
15. S jakými způsoby podávání výživy se na vašem oddělení setkáváte?
16. Jaké perorální přípravky enterální výživy využíváte na vašem oddělení?
17. Co považujete za důležité u pacienta, u kterého je využíván sipping?
18. Jakým způsobem aplikujete výživu u pacienta s NGS? Co u takového pacienta považujete v oblasti aplikace výživy za důležité?
19. Jakým způsobem aplikujete výživu u pacienta s PEG? Co u takového pacienta považujete v oblasti aplikace výživy za důležité?
20. Jak často se na vašem oddělení setkáváte s parenterální aplikací výživy?
21. Jakým způsobem pečujete o pacienta v rámci parenterální výživy?
22. Jaké vstupy pro aplikaci parenterální výživy na vašem oddělení využíváte?
23. Jaké roztoky parenterální výživy na vašem oddělení využíváte?
24. Co považujete v oblasti aplikace parenterální výživy za důležité?
25. Setkáváte se na vašem oddělení s kombinací enterální a parenterální výživy? Jak tato kombinace vypadá?
26. S kým dalším spolupracujete v rámci terapie malnutrice?
27. Napadá vás něco, co by bylo možné v rámci této spolupráce zlepšit?

28. Snažíte se do řešení malnutrice konkrétního pacienta na vašem oddělení zapojovat rodinu? Jak? Vnímáte tuto spolupráci jako přínosnou? V čem?
29. Vnímáte nějaké možnosti, jak celkově zefektivnit péči o pacienty trpící malnutricí na vašem oddělení?
30. Myslíte si, že je v ošetrovatelské praxi otázka malnutrice důležitá? V čem konkrétně?
31. Jak důležitou vnímáte úlohu sestry v rámci terapie malnutrice?
32. Jak důležitou roli zaujímá dle vašeho názoru řešení malnutrice v rámci celého léčebného procesu pacienta?
33. Jak se dá dle vašeho názoru efektivně předcházet malnutrici u hospitalizovaných pacientů?
34. Jak důležitou vnímáte úlohu sestry v rámci prevence malnutrice u hospitalizovaných pacientů?

Zdroj: vlastní

9 Seznam zkratk

BMI	Body Mass index
CŽK	centrální žilní kanyla
DRM	disease related malnutrition – podvýživa související s nemocí
MIDLINE	katétr zavedený do žíly v oblasti paže, kratší než PICC
NGS	nazogastrická sonda
PEG	perkutánní endoskopická gastrostomie
PEG/J	gastrojejunostomie
PEJ	perkutánní endoskopická jejunostomie
PICC	periferně zavedený centrální žilní katétr
PŽK	periferní žilní kanyla