



Význam nutriční podpory na celkový zdravotní stav geriatrických pacientů

Bakalářská práce

Studijní program: B5341 – Ošetřovatelství
Studijní obor: 5341R009 – Všeobecná sestra
Autor práce: **Jaroslava Cvrčková**
Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Mařanová





Importance of nutritional support for overall health status of geriatric patients

Bachelor thesis

Study programme: B5341 – Nursing
Study branch: 5341R009 – General Nurse
Author: **Jaroslava Cvrčková**
Supervisor: Mgr. Kateřina Mařanová



Ústav zdravotnických studií
Akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jaroslava Cvrčková**
Osobní číslo: **Z11000020**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Význam nutriční podpory na celkový zdravotní stav geriatrických pacientů**
Zadávací katedra: **Ústav zdravotnických studií**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíle práce:

1. Zjistit stav znalostí všeobecných sester o významu nutričního screeningu
2. Identifikovat kritická místa ošetrovatelské péče při podávání stravy geriatrickým pacientům
3. Zmapovat organizační zajištění podávání stravy na odděleních geriatrických pacientů
4. Vypracovat manuál pro rodinné příslušníky pacientů o důležitosti správné výživy a nutričních doplňků

Teoretická východiska:

Výživa má v každém věku určitá specifika. Nejinak je tomu i u geriatrických pacientů. Nutriční potřeby geriatrických pacientů se liší od potřeb osob v produktivním věku v několika oblastech. V důsledku nevhodného stravování může docházet ke zhoršování zdravotního stavu.

Výzkumné otázky:

1. Předpokládáme, že všeobecné sestry znají význam a hodnocení nutričního screeningu
2. Předpokládáme, že pacienti s poruchou soběstačnosti jsou více ohroženi malnutricií, než pacienti bez poruchy soběstačnosti
3. Předpokládáme, že všeobecné sestry pociťují nedostatek času pro zajištění podávání stravy geriatrickým pacientům
4. Předpokládáme, že se na organizačním zajištění podávání stravy pacientům na geriatrických odděleních podílejí všichni členové ošetrovatelského týmu
5. Předpokládáme, že se na podávání stravy pacientům na geriatrických odděleních podílejí i rodinní příslušníci

Metoda:

Kvantitativní

Technika práce, vyhodnocení dat:

Nestandardizovaný dotazník vlastní tvorby určen pro všeobecné sestry pracující na geriatrických odděleních

Místo a čas realizace výzkumu:

Pilotní předvýzkum: listopad 2013 - ON Jičín a.s.

Výzkumné šetření formou dotazníku: prosinec 2013 - leden 2014

Vzorek:


Minimálně bude osloveno 50 všeobecných sester pracujících v nemocniční péči pečujících o geriatrické pacienty. Základním předpokladem výzkumného šetření bude ochota respondentů vyplnit anonymní dotazník.

Rozsah grafických prací:
Rozsah pracovní zprávy: 50 - 70 stran
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická
Seznam odborné literatury:


ALPERS D., Manual of Nutritional Therapeutics, Lippincot Williams and Wilkins, Philadelphia 2008, USA
BIESALSKI, H., Grimm P., Pocket Atlas of Nutrition, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 2005
GROFOVÁ, Zuzana Kala. Dieta pro vyšší věk. 1.vyd.Praha:Forsapi,2011.ISBN 978-80-87250-11-2
KOHOUT, Pavel, Eva KOTRLÍKOVÁ. Základy klinické výživy. 1.vyd.Praha: Forsapi,2009. ISBN 978-80-87250-05-1
GROFOVÁ, Zuzana. Nutriční podpora. 1.vyd.Praha:Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1868-2
ANDĚL, Michal, Petr BENEŠ. Výživa nemocných v těžkých stavech. 3.vyd.Brno, 1999.ISBN 80-7013-271-X
KOHOUT, Pavel. Dokumentace a hodnocení nutričního stavu pacientů. 1.vyd.Praha,2004. ISBN 80-7345-030-5
URBÁNEK, Libor, Pavla URBÁNKOVÁ, Jaroslava MARKOVÁ. Klinická výživa v současné praxi.2.vyd.Brno,2012. ISBN 978-80-7013-525-9
SVAČINA,Štěpán. Poruchy metabolismu a výživy.1.vyd.Praha:Galen,2010. ISBN 978-80-7262-676-2
ZADÁK, Zdeněk. Výživa v intenzivní péči.2.vyd.Praha:Grada,2008. ISBN 978-80-247-2844-5
BOHÁČOVÁ, Věra. 140 otázek a odpovědí o výživě a potravinách.1.vyd. Praha:Forsapi,2012. ISBN 978-80-87250-18-1

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Kateřina Mařanová**
Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: **31. března 2013**
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. června 2014**


prof. Dr. Ing. Zdeněk Kús
rektor




Mgr. Marie Froňková
pověřena vedením ústavu

V Liberci dne 31. ledna 2014

Studentka
Jaroslava CVRČKOVÁ
Z11000020
Kobylice 38
504 01 NOVÝ BYDŽOV

Vyřizuje: Zuzana Janošíková / 485 353 762


V Liberci dne 24. června 2014
č.j.: 14/8515/023658-02

Vyjádření k žádosti o ponechání tématu a prodloužení termínu odevzdání bakalářské práce

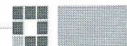
Vážená studentko,

na základě Vaší žádosti ze dne 18. 6. 2014, zaevidované pod č.j.: 14/8515/023658-01, Vám sděluji, že **souhlasím** s ponecháním tématu „Význam nutriční podpory na celkový zdravotní stav geriatrických pacientů“ a prodloužením termínu odevzdání bakalářské práce do 30. 6. 2015.

S pozdravem


Mgr. Marie Froňková
pověřena vedením ústavu

Technická univerzita v Liberci
Ústav zdravotnických studií
Studentská 2, 461 17 Liberec 1



Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum: 25.6.2015

Podpis: 

Poděkování:

Děkuji Mgr. Kateřině Mařanové za vedení mé bakalářské práce, za cenné rady, podněty a připomínky. Zároveň děkuji zaměstnancům Nemocnice Jičín a Městské nemocnice Městec Králové a.s. za ochotu, kterou se podíleli na výzkumu.

Abstrakt v českém jazyce

Jméno a příjmení: Jaroslava Cvrčková

Instituce: Technická univerzita v Liberci, Ústav zdravotních studií

Název práce: Význam nutriční podpory na celkový zdravotní stav geriatrických pacientů

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Mařanová

Počet stran: 77

Počet příloh: 7

Rok obhajoby: 2015

Souhrn: Bakalářská práce je zaměřena na znalosti všeobecných sester v oblasti nutriční podpory na celkový zdravotní stav geriatrického pacienta. Skládá se z teoretické a výzkumné části. V teoretické části je popis geriatrického pacienta, potřeba výživy v ošetrovatelské péči, malnutrice, nutriční podpora. Ve výzkumné části je použito kvantitativního výzkumného šetření pomocí nestandardizovaného dotazníku. Cílem bylo zmapovat znalosti všeobecných sester o významu a hodnocení nutričního screeningu, organizační zajištění podávání stravy nesoběstačným pacientům. Zkoumaný soubor respondentů je tvořen 30 všeobecnými sestrami z Městské nemocnice Městec Králové a 34 všeobecnými sestrami z Nemocnice Jičín. Výstupem práce je manuál pro rodinné příslušníky geriatrických pacientů o důležitosti správné výživy a nutričních doplňků.

Klíčová slova: geriatrický pacient, nutriční výživa, nutriční screening, malnutrice, potřeba výživy v ošetrovatelské péči

Abstrakt v anglickém jazyce

Name and surname: Jaroslava Cvrčková

Institution: Technical University of Liberec, Institute of Health Studies

Title: Importance of nutritional support for overall health status of geriatric patients

Supervisor: Mgr. Kateřina Mařanová

Pages: 77

Apendix: 7

Year: 2015

Summary: This bachelor thesis focuses on the knowledge of general nurses in the area of nutritional support and health condition of geriatric patient. It consists of theoretical and research part. The theoretical part consists of description of the geriatric patient, nutritional needs in nursing care, malnutrition and nutritional support. In the research part, you can find quantitative research through nonstandardized questionnaire. The goal was to see the knowledge of general nurses about the meaning and evaluation of nutritional screening, and organizational security about giving nutrition to unselfsufficient patients. The research set of respondents consists of 30 general nurses from City hospital in Mestec Kralove and 34 general nurses from hospital in Jicin. The output of this thesis is a manual for family members of geriatric patients about the importance of proper nutrition and nutritional supplements.

Key words: geriatric patient, nutritional support, nutritional screening, malnutrition, and nutritional needs in nursing care.

3.2	Výzkumné otázky.....	35
3.3	Výzkumné předpoklady	35
3.4	Metodika výzkumu.....	36
3.5	Charakteristika výzkumného vzorku.....	36
3.6	Prezentace výsledků dotazníkového šetření.....	38
3.7	Analýza výsledků vztahující se k výzkumným otázkám a hypotézám	50
3.7.1	Výzkumná otázka č. 1	50
3.7.2	Výzkumná otázka č. 2.....	56
3.7.3	Výzkumná otázka č. 3.....	59
3.7.4	Výzkumná otázka č. 4.....	61
3.7.5	Výzkumná otázka č. 5.....	62
4	Diskuse	67
5	Návrh doporučení pro praxi.....	74
6	Závěr.....	75
	Seznam bibliografických citací.....	76
	Seznam příloh	78
	Seznam tabulek	79
	Seznam grafů	81
	Přílohy.....	82

Seznam použitých zkratek

BMI.....	body mass index
CNS.....	centrální nervový systém
CT.....	computer tomography
CVK.....	centrální venózní katétr
č.....	číslo
EKG.....	elektrokardiogram
www.....	webová strana
ISBN.....	standardní číslo
ISSN.....	standardní číslo
LDN.....	léčebna dlouhodobě nemocných
min.....	minuta
NANDA.....	North American Nursing Diagnosis Association/ Severoamerická asociace pro sesternské dignozy
Např.....	například
PEG.....	perkutánní endoskopická gastrostomie
roč.....	ročník
RTG.....	rentgen
s.....	strana
SZO.....	Světová zdravotnická organizace

1 Úvod

Výživa má v každém věku určitá specifika. Nejinak je tomu i u geriatrických pacientů. Nutriční potřeby se u geriatrických pacientů liší od potřeb osob v produktivním věku v několika oblastech. V důsledku nevhodného stravování může docházet ke zhoršování zdravotního stavu. Práce je zaměřena na problematiku nutriční podpory seniorů a o snahu zkvalitnění péče o výživu

Zdravotnický personál, ale i příbuzní pacientů, by měli nutriční stav geriatrických pacientů aktivně sledovat a vhodně zareagovat při nedostatečné výživě. K tomuto cíli jsem vypracovala manuál pro rodinné příslušníky geriatrických pacientů o důležitosti správné výživy a nutričních doplňků. Dalším cílem mé práce bylo zmapovat kvalitu výživy seniorů na oddělení dlouhodobě nemocných a zjistit případné nedostatky a zjistit, zda sestry znají význam a hodnotu nutričního screeningu a umějí reagovat na výsledky nutričního screeningu. Dále je cílem identifikovat kritická místa ošetrovatelské péče při podávání stravy geriatrickým pacientům a zmapovat organizační zajištění podávání stravy na oddělení geriatrických pacientů.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí, na část teoretickou a na část výzkumnou. Teoretická část je zaměřená na geriatrického pacienta, na hodnocení věku a na tělesné a psychické změny ve stáří. Dále je zaměřena na ošetrovatelskou diagnostiku v péči o výživu s použitím NANDA domén. Závěr teoretické části je zaměřen na rozdělení nutriční podpory a ošetrovatelské péče u cest podání výživy. Ve výzkumné části bude zpracováván dotazník, který byl rozdán na dvě oddělení Léčebny dlouhodobě nemocných (dále uváděno pouze jako LDN) ve dvou různých nemocnicích Nemocnice Jičín a Nemocnice Městec Králové. Toto téma jsem si vybrala proto, neboť již několik let pracuji na oddělení LDN a přicházím každý den do styku s geriatrickými pacienty a s jejich problémy ve výživě.

2 Teoretická část

2.1 Geriatrický pacient

Závěrečnou etapou života je stáří. Stáří není samo o sobě nemocí, i když bývá často nemocemi provázeno. Kterákoli část životního údobí má své fyzické, psychické, sociální a spirituální potřeby nejinak tomu je i ve stáří. Tyto potřeby je nutno plně respektovat, ne-li z nich přímo vycházet. Geriatrickými pacienty jsou nemocné osoby vyššího věku, u kterých jsou zřejmé hlavní známky stárnutí a snížení rezerv organismu. Dominujícími znaky geriatrických pacientů jsou porucha mobility spojená se sníženým objemem svalové hmoty, v jejichž důsledku vzniká sklon k dekubitům; prostorová nestabilita spojená s rizikem pádů; dezorientací a s tím spojenou přímou závislostí na pomoci okolí (Grofová 2011).

2.1.1 Hodnocení věku

Stáří je těžko definovatelná poslední fáze života. Projevuje se zde souhrn involučních změn, zhoršování zdatnosti, odolnosti a adaptability organismu. Dochází k rozporům mezi stářím kalendářním a stářím biologickým. Někteří lidé vypadají na svůj věk neobvykle zdatní a výkonní a naopak jiní zase působí předčasně zestárlým dojemem. Ve vyspělých zemích se za počátek kalendářního stáří považuje věk 65 let. Právě o věku 65 – 74, v některých publikacích uváděného také 65 – 79 let se často hovoří jen jako o počínajícím stáří a hranice vlastního stáří se posouvá na 75 – 80 let. Za dlouhověkost se pak udává věk 90 a více, ale i zde dochází v dnešní době k posunu věkové hranice až k 100 letům věku. Důvodem posouvání hranic věku pro definování stáří a zároveň přibývání seniorů ve světové společnosti, kteří mají dobrý zdravotní a funkční stav je zcela určitě i to, že lidé začali více pečovat o své zdraví a přiměřenými aktivitami udržují svou praktickou soběstačnost. (Kalvach, Onderková, 2006). Odborníci o tomto ději mluví jako o stárnutí na dobrý způsob. Jak zdravě stárnout a podporovat úspěšně zdravé stárnutí, k tomu nám dopomáhá tzv. nová geriatric (Haškovcová 2004).

Světová zdravotnická organizace (dále jen SZO) dělí věk následovně:

45-59 let = prezenilní věk

60-74 let = vyšší věk, podle SZO rané stáří

75-89 let = stáří – dle SZO

75 – 79 let = rané stáří

80 – 89 let = stáří (vlastní stáří)

90 a více let = dlouhověkost (Grofová 2011).

Hodnotit seniora můžeme nejenom dle věku, ale také podle jeho funkční úrovně a zdatnosti. Pomůže nám to určit míru nutné dopomoci a rozsahu péče, kterou bude senior potřebovat. Literatura uvádí tzv. Funkční klasifikaci seniorů, která dělí seniory do skupin následujícím způsobem: Elitní senioři, kteří si do vysokého věku zachovávají toleranci k extrémním výkonům. Zdatní (fit) senioři, kteří mají lepší výkonnost než o několik desetiletí mladší jedinci žijící sedavým způsobem života. Neovládají extrémní výkony, ale vykazují dobrou tělesnou i duševní kondici a pravidelně se věnují sportovním pohybovým aktivitám. Nezávislí (independent) senioři, kteří nemají problémy se soběstačností, zvládají aktivity denního života, ale nemají funkční rezervy. Tito senioři žijí obvykle sedavým způsobem života, mají nižší svalovou sílu i omezený rozsah kloubních pohybů a hůře zvládají zátěž včetně nemocí a operací. Křehcí (frail) senioři ti mají problémy s aktivitami denního života, jsou na hranici soběstačnosti. Obvykle vyhledávají chráněné prostředí a potřebují pravidelnou péči rodiny nebo profesionálních služeb. Závislí (dependent) senioři, jsou lidé s funkčním deficitem a se závažnou disabilitou, zvládají pouze pomalé vycházky, spíše však neopouštějí svůj byt. V ústavní péči jsou často omezeni na chůzi s dopomocí či sed v křesle. U většiny z nich se objevují příznaky středně těžké demence a potřebují trvalou péči rodiny nebo profesionálních služeb. Poslední skupinou jsou zcela závislí (total dependent) senioři. Obvykle se jedná o seniory, kteří jsou upoutáni na lůžko a vyžadují pravidelné polohování nebo mají těžký mentální deficit při pokročilé demenci. Tito senioři neovládají ani základní sebeobsluhu a většinou je u nich rozvinut imobilizační syndrom s čímž souvisí, že jsou umístěni často do dlouhodobé ústavní péče, kde mají zajištěnou plnou ošetrovatelskou a rehabilitační péči (Pokorná 2013).

2.1.2 Projevy stárnutí a stáří

„Stárnutí představuje neodvratný fyziologický děj, který je vlastně cestou do stáří, jež je poslední ontogenetickou periodou lidského života.“ (Weber, 2000, str. 15)

2.1.2.1 Tělesné projevy

Tělesné projevy stárnutí se dotýkají všech orgánů, ale probíhají u každého orgánu jinou rychlostí. V kardiovaskulárním a pulmonálním systému dochází k oběhovým změnám, které jsou nejčastější příčinou výskytu nemocí. Krevní tlak má tendenci k systolické a někdy i k diastolické hypertenzi. Zpomalená regulace vyvolává ortostatické problémy s rizikem pádu. Zhoršená kontraktilita myokardu se sníženým minutovým objemem umožňuje zvládání zátěžových stavů jen zvýšením tepové frekvence, což zvyšuje nároky myokardu na kyslík. Dochází k involuci převodního srdečního systému. Změny v plicích způsobují pokles parciálního tlaku kyslíku a snižuje se výkonnost dýchacího svalstva. Kašlový reflex zvyšuje svou hranici a je snižená očistná funkce plic a oslabená ventilační odpověď na hypoxii a hyperkapnii. V trachee a bronších se mohou ukládat kalcifikáty. V urogenitálním systému je snižená koncentrační a diluční schopnost ledvin. Klesá glomerulární filtrace, zanikají nefrony, snižuje se tonus močového měchýře i jeho kapacita. Klesá množství vody a draslíku v organismu. U mužů dochází k hypertrofii prostaty. U žen atrofuje vnější ústí uretry. Je snížena sekrece žláz s vnitřní sekrecí, činnost pohlavních žláz je zastavena. Změny v gastrointestinálním traktu se projevují v celé jeho délce. Nejvíce patrným projevem zvenčí je vypadávání zubů, v jehož důsledku dochází ke zhoršení žvýkacích funkcí a ke snížení sekrece slinných žláz. Klesá tvorba žaludečních a pankreatických žláz. Snížené prokrvení, pokles bariérové funkce a změny na střevní floře vedou ke vzniku trávicích obtíží. Dochází také k atrofii jater. V musculoskeletárním aparátu atrofuje svalová hmota, a tím klesá síla a vytrvalost, klesá elasticita vazů, svalů a šlach. V kloubech dochází ke ztrátě elasticity chrupavek, která se snižuje a vysušuje. Po 40. roku věku klesá obsah minerálů v kostech. Dochází k odvápnování kostí, což může vést k osteoporóze a tím ke zvýšené náchylnosti k úrazům. Závažná osteoporóza může zapříčinit ohnutí dlouhých kostí pod tíhou vlastního těla. Problematika osteoporózy je výraznější u žen než u mužů. V centrálním nervovém systému se snižuje počet gangliových buněk a do buněk se ukládá pigment. Vznikají poruchy metabolismu glukózy a kalcia. Morfologické změny vedou k početným funkčním změnám.

S narůstajícím věkem a v důsledku změn na sítnici klesá zraková ostrost, a zužuje se zorné pole, zhoršuje se adaptace na tmou a světlo. Poruchy sluchu se objevují po 60. roku věku a dotýkají se nejvíce oblastí vyšších tónů. Z ostatních smyslů je to pokles pocitu žízně, zhoršení tepelné regulace. U některých starších lidí se redukuje vnímání bolesti. Kůže je vrásčitá, ztrácí svou elasticitu, je suchá a objevují se pigmentové skvrny. Dochází k šedivění, řídnutí a vypadávání vlasů (Hegyí 2010).

2.1.2.2 Psychické změny

Psychické změny se demonstrují zpomalením psychické činnosti, deficitem v oblasti smyslového vnímání, změnách motoriky, postihnutím paměti a schopnosti učit se, dále poruchou kognitivních složek a schopnosti řešit nové situace. S tím souvisí také zpomalení psychomotorického tempa, psychická únava, snížená smyslová výkonnost, objevuje se menší nápaditost a vynalézavost, snížená schopnost učit se nové věci, konzervatismus, pohodlnost, sklon ke vzpomínkám, oddalování řešení složitějších situací, zabíhavé myšlení. Dále dochází k emočním poruchám. Tam zahrnujeme emoční labilitu, střídání nálad, zvýšená ovlivnitelnost, sklon k úzkostným a depresivním projevům. V povahových změnách dochází ke snaze stát v centru pozornosti, spořivost a lakomost, rozvoj abúzu alkoholu, nedůvěra k okolí, tvrdohlavost (Hegyí 2010).

2.2 Malnutrice

Malnutrice je definována podle evropských doporučených postupů z r. 2006 takto:

„Malnutrice je stav výživy, kdy deficit/přebytek (nebo nerovnováha) energie, proteinů a ostatních nutrientů způsobuje měřitelné vedlejší účinky na tkáň/formu těla (tvar, velikost, složení), funkce a výsledný klinický stav. Jednoznačně to tedy znamená „špatnou výživu“ a současně buď podvýživu, nebo obezitu“ (Grofová, 2007, str. 9).

Malnutrice se dělí dle několika kritérií. Častější dělení zohledňuje poruchy příjmu energie a bílkovin. Při energetické malnutricí pacient přijímá méně energie než je potřeba organismu. Proteinová malnutrice je charakterizována dlouhodobým nedostatkem bílkovin ve stravě. Často je ale potrava nedostatečná jak ve složce energetické, tak substrátové a vzniká proteinoenergetická malnutrice (Urbánek, Urbánková, Marková 2010).

2.2.1 Příčiny malnutrice

Mezi časté příčiny malnutrice patří při poruchách trávení, vstřebávání živin, bolest, infekční onemocnění; snížená chuť k jídlu, změna stravy. Do skupiny rizikových pacientů se zařazují senioři a malé děti dále pak neurologičtí, onkologičtí pacienti, s gastrointestiálním onemocněním, v kritickém stavu, s ledvinovým a respiračním onemocněním. Další skupinou, která představuje závažný problém je stále narůstající skupina geriatrických pacientů, u nichž se podvýživa kombinuje s celou řadou dalších onemocnění. Malnutrice není ojedinělým jevem ve skupině ohrožených podvýživou je až polovina pacientů (Urbánek, Urbánková, Marková 2010).

Nedostatečný příjem potravy se často vyskytuje například u nemocí doprovázených nechutenstvím, jako jsou chronické nemoci. Další příčiny mohou být polykací poruchy různé etiologie, a pokud chybí pacientovi zubní protéza. Dále to mohou být poruchy vědomí, potravinová alergie, bulimie, anorexia nervosa, chudoba, nepříznivé sociální podmínky. Podvýživa není ojedinělý případ u seniorů, u kterých je chuť k jídlu celkově snížena. Navíc je pro seniory mnohdy obtížné zajistit přísun dostatečné plnohodnotné stravy (Kohout, Kotrlíková 2009).

Nedostatek bílkovin je další formou malnutrice. K této formě může docházet například po závažných operacích, úrazech, u chronických ran, popálenin a u vleklých onemocnění seniorů. Výrazným znakem u tohoto typu je ztráta svalové hmoty, přičemž pacient nemusí být vůbec hubený. Typickým rysem úbytku svalové hmoty je ochablost svalů na ruku a nohu, což má za příčinu, že se pacienti s problémy drží na nohou a mají chabý stisk ruky. Dochází i ke zhoršení funkce srdečního svalu a dýchacích svalů, tímto je pacient ohrožen vznikem zápalu plic (Kohout, Kotrlíková 2009).

Porucha trávení je další příčinou podvýživy. Porucha trávení nastává u nemoci slinivky břišní, při nichž je oslabena tvorba trávicích enzymů, a stavů po operaci žaludku. Další příčinou může být porucha vstřebávání, kdy schopnost střev vstřebávat živiny je narušena po operacích střev, po střevních zánětech, při celiakii, abusus projímadel (Kohout, Kotrlíková 2009).

2.2.2 Diagnostika malnutrice

Do diagnostiky malnutrice je nutné zahrnout vyšetření anamnestické, antropometrické i laboratorní.

U anamnézy je nejdůležitější údaj nechtěný váhový úbytek za určitý časový úsek, stravovací zvyklosti, dietní omezení, bolesti břicha, zvracení, množství snědené stravy, počet a změna charakteru stolice. Takto získaný údaj je využíván i v nutričních indexech.

Při fyzikálním vyšetření kdy je nutno stanovit váhověvýškový index, výšku a váhu. Informace je nutno provést vlastním vyšetřením, nelze spoléhat na údaje, které uvede sám pacient. Získané informace porovnáme s optimální hmotností odpovídajícím věku a pohlaví, nebo použít některý z váhověvýškových indexů. Nejběžněji je využit body-mass index (BMI). Index BMI vyšší než 40 ukazuje na morbidní obezitu, hodnota nad 30 obezitu, hodnota mezi 25,1 a 30 značí nadváhu, hodnoty mezi 20 a 25 jsou normální, hodnoty pod 18,5 již signalizují kehexii. Při fyzikálním vyšetření orientačně vyšetřujeme stav výživy. Zhodnotíme stav standardní výživy, astenie, kachexie, nadváha, obezita. Kritérium, které také nelze opomenout je stavba těla – množství svalové hmoty. Při vyšetření je potřeba všimnout si varovných příznaků malnutrice, např. otoky dolních končetin, vypadávání vlasů, ascitu, fludiothoraxu, suchost kůže, příznaky hypovitaminózy – hematomy, krvácení z dásní, karence stopových prvků (Kohout, Kotrlíková 2009).

Doplňkovým fyzikálním vyšetřením je antropometrické vyšetření, při kterém se vyšetřuje stav svalové hmoty a tukové vrstvy. Jednoduchým antropometrickým vyšetřením orientačně vyšetříme obvod svalu nedominantní paže v její polovině. Obvod paže menší než 19,5 cm u muže a 15,5 cm u ženy svědčí o úbytku svalové hmoty. Vrstva podkožního tuku je měřena speciálním přístrojem – kaliperem. Měření se provádí nad tricepsem paže. Výška kožní řasy nad tricepsem menší než 8 mm u mužů a menší než 10 mm u žen ukazuje na těžkou malnutrici. Důkladné vyšetření vrstvy tuku se provede vyšetřením kožní řasy na dalších 10 místech těla.

Laboratorní vyšetření používáme hematologické vyšetření, biochemické vyšetření, imunologické vyšetření, případně jiná speciální vyšetření.

Speciální metody vyšetření svalové síly. Vlastní vyšetření se provádí speciálním zařízením – dynamometrem. Pomocí dynamometrů hodnotíme svalovou sílu stisku ruky (hand grip). Sílu zádočných svalů hodnotíme pomocí jiných speciálních zařízení na bázi dynamometru. Stav respiračních svalů hodnotíme pomocí rychlosti výdechů – peak flow meter. Další speciální metody CT vyšetření, podvodní vážení.

Komplexní hodnocení stavu výživy – hodnotíme jednotlivá vyšetření – anamnéza, klinický stav, laboratorní hodnoty apod. podle zkušeností lékaře.

Indexy nutričního stavu hodnotíme stav výživy dle vytvořených indexů. PNI – prognostický nutriční index (prognostic nutritional index) dle Mullena a Buzbyho. PINI- prognostický zánětlivý a nutriční index (prognostic inflammatory and nutritional index – dle Ingenbleeka a Carpentiera) používá se při posouzení aktivity onemocnění. NRI – nutriční rizikový index (nutritional risk index) dle Buzbyho hodnotí nutriční stav vyjádřený procentuální hodnotou. Nutriční rizikový index byl zhotoven nezbytně pro chirurgická pracoviště. Skupina pacientů ve stavu těžké malnutrice, kterým byla aplikována umělá výživa, značně snižuje riziko při operaci (Kohout, Kotrlíková 2009).

2.2.2.1 Laboratorní diagnostika malnutrice

Přítomnost malnutrice ve zdravotnicích zařízeních se řadí ke klíčovým problémům vzhledem k převažující tendenci zvýšeného rizika při hospitalizaci pacienta. Při běžném souboru nemocničních pacientů dospějeme k výsledku kdy se 19-80% pacientů nachází v různém stádiu malnutrice, 30-60% hospitalizovaných jsou již při příjmu ve zhoršeném výživovém stavu a u 70% z této skupiny se v průběhu hospitalizace znatelně výživový stav zhorší.

Hematologickým vyšetřením zjišťujeme absolutní počet lymfocytů. Hodnota lymfocytů menší než 1500/ μ l ukazuje na malnutrici. Jedním z průvodních znaků upozorňujících na malnutrici je anemie. Biochemickým vyšetřením hodnotíme hladinu plasmatických proteinů – transferin, albumin, prealbumin, celková bílkovina, cholinesteráza, retinol binding protein. Tyto markery vykazují odlišně dlouhý poločas a výpovědní hodnotu v závislosti na primárním onemocnění. V průběhu zánětlivé reakce se snižuje hodnota albuminu a prealbuminu, které mohou sloužit jako markery akutní fáze zánětu. Dalšími symptomy, které ukazují na malnutrici je celková hodnota cholesterolu, snížený hormon štítné žlázy, případně snížená hladina kreatininu. Všechna tato laboratorní vyšetření je důležité hodnotit v souvislosti k primárnímu onemocnění. Další laboratorní vyšetření se používají k identifikaci příčin snížení hodnot plasmatických proteinů např. zánětlivé reakce, diagnostika diferenciální malnutrice. Negativní stav imunitních funkcí se projevuje jako malnutrice. Při vyšetření imunitního systému hodnotíme maximální počet lymfocytů (Kohout 2004).

2.3 Potřeba výživy v ošetrovatelské péči

Výživa neboli nutriční dodává organismu energii a látky důležité pro jeho stavbu a funkce. Základní součástí nutriční jsou živiny: bílkoviny, lipidy, sacharidy, vitamíny, minerální látky, stopové prvky a voda (Vokurka, Hugo 1998). Výživa i způsob, jakým se stravujeme, se podílí na našem celkovém zdravotním stavu. Ovlivňuje i naši duševní pohodu a průběh některých nemocí (Staňková 2009).

2.3.1 Potřeba živin a energie ve vyšším věku

Celková potřeba energie se u seniorů odhaduje na 30 – 35 kcal na kilogram tělesné hmotnosti a den. Musíme ale zohlednit pohybovou aktivitu, která může potřebu výživy zvýšit. Bazální metabolismus u seniorů oproti mladým jedincům klesá asi o 20%, což situaci poněkud komplikuje. Stanovení potřeby živin se tedy u každého seniora liší. Hodnota sníženého bazálního metabolismu je ve vyšším věku pouze 20 kcal na kilogram tělesné hmotnosti. Je otázkou, zda senior je tak pohybově aktivní, aby spotřeboval 10 – 15 kcal na kilogram, aniž by část této energie uložil do tukových zásob. U lidí, kteří mají sklon k nadváze či obezitě je třeba vycházet ze snížené hodnoty bazálního metabolismu, zohlednit skutečnou pohybovou aktivitu a zachovat příjem bílkovin k zachování a tvorbě svalové hmoty. U lidí štíhlých, kteří si po celý život drží přiměřenou hmotnost vzhledem ke své výšce, je třeba především dostatečný příjem bílkovin a dodávka energie podle pohybové aktivity a zdravotního stavu (Grofová 2011).

2.3.2 Faktory ovlivňující potřebu výživy

Než všeobecná sestra určí ošetrovatelskou diagnózu související s potřebou výživy, stanoví cíle, výsledná kritéria a intervence ošetrovatelské péče, měla by se také seznámit s faktory, které mohou ovlivnit individuální stravovací návyky. Patří mezi ne **fyzilogicko-biologické faktory** tedy správné fungování zažívacího systému, které je závislé na stavbě a funkci trávicího systému a na přiměřeném složení potravy. Vzájemná součinnost jednotlivých částí trávicího systému umožňuje příjem stravy, trávení, resorpci a vylučování. Energetické požadavky metabolismu ovlivňuje mnoho faktorů, např. věk, hmotnost těla, tělesná aktivita, okolní teplota, pohlaví, růst, psychika člověka. Stravovací návyky u starších lidí se mění vlivem zpomalení fyzické aktivity

a metabolismu, přijímají méně potravy. Množství a kvalita přijímané stravy mohou být ovlivněny také **ekonomickými faktory** např. omezenými finanční příjmy, což je důvodem proč si senioři často kupují nekvalitní potraviny. Příjem potravy může být narušen i biologickými změnami např. ztrátou chrupu, některými chirurgickými výkony či nemocemi gastrointestinálního traktu, změnami ve vnímání chuti a vůně, snížením úrovně sebepečce, či z důvodu abusu alkoholu a léků. Musíme také zohlednit, zda se jedná o muže nebo o ženu. Muži mají zpravidla větší metabolický obrat než ženy. **Psychicko-duchovní faktory**, přijímání potravy navozuje pocit spokojenosti. Uspokojování výživy je doprovázeno pozitivními emocemi. Změny emocionálního stavu člověka, zejména v negativním smyslu, ovlivňují příjem potravy. Negativní emoce mohou být příčinou nevolnosti, nechutenství, pocitu plnosti. Někteří jedinci stresovou situaci řeší nadměrným příjmem stravy nebo jedí málo a někteří dokonce nejedí vůbec. Mezi nejtěžší psychosomatické stavy v oblasti výživy patří bulimie a mentální anorexie. **Sociálně-kulturní faktory**, i etnická příslušnost determinuje oblíbená jídla, např. Italové jedí těstoviny, Indové kořeněná masa, Asijci rýži atd. Také některá náboženství ovlivňuje způsob stravování a výživy. Katolíci nejedí maso v určitý den, židé a muslimové nejedí vepřové maso, protestantské náboženství nedovoluje pít kávy, čaje, alkoholu. Sestra by měla tyto náboženské zvyklosti respektovat. Příjem potravy nám také ovlivňuje životní styl. V dnešní době, při hektickém způsobu života, to vede ke špatným stravovacím návykům, které mohou vyústit ve špatný zdravotní stav. Mnoho lidí se v důsledku svého pracovního přetížení stravuje nepravidelně. Nevěnují dostatečnou pozornost správné výživě a pokračují v nesprávných stravovacích návycích. **Faktory životního prostředí**, zdravé, neznečištěné životní prostředí je zárukou ekologických zdravých potravin, které jsou nutné pro správnou výživu člověka. Člověk je největší znečišťovatelem životního prostředí a zároveň je největší konzumentem závadných potravin (Trachtová 2010).

2.3.3 Ošetřovatelská anamnéza u potřeby výživy

Jednou z metod pro hodnocení stavu výživy je metoda „**ABCD**“. **A:** sběr antropometrických hodnot, které nám poskytují informace o velikosti a složení těla. Součástí je měření výšky, hmotnosti, hmotnostního indexu, kožní řasy a obvodu svalu ramene. **B:** hodnocení biochemických údajů, které nám pomáhají určit subklinické poruchy výživy. Patří sem vyšetření krevního séra, moče a zjišťování metabolitů, jejichž

hodnoty jsou ovlivněné živinami. Jsou to především hemoglobin a hematokrit, sérový albumin, transferin, celkový počet lymfocytů, dusíkatá bilance, kreatinin. **C:** vyšetření klinických parametrů stavu výživy. Klinické příznaky se týkají změn vlasů, kůže, očí, jazyka, sliznic, kardiovaskulárního systému, svalů, nervového systému, vitality, hmotnosti. **D:** získání výživové anamnézy. Obsahuje údaje o stravovacích návycích pacienta, preference jídel, omezeních, denním příjmu tekutin, konzumaci vitamínů a minerálů, problémech s výživou, fyzické aktivitě. Dle anamnézy a celkového hodnocení může sestra určit, u kterých nemocných lze předpokládat problémy v oblasti výživy. U nemocných hodnotíme zejména zdravotní stav a medikamentózní léčbu. Do anamnézy musíme také zahrnout úroveň sebezpečí a soběstačnosti. Onemocnění, zákroky mění přechodně nebo trvale pohybovou aktivitu nemocného. Pomoc potřebují zejména staří lidé, zesláblí pacienti, pacienti se smyslovým deficitem, změnou hybnosti, lidé handicapovaní zrakově, sluchově, tělesně, imobilní pacienti. Funkční úroveň sebezpečí sestra hodnotí v ošetřovatelské anamnéze ve screeningovém vyšetření. Vhodné je použít bodovací systém např. podle Gordonové – kódy 0-5 (Trachtová 2010).

2.3.4 Ošetřovatelská diagnostika u potřeby výživy

Ošetřovatelské diagnózy, které můžeme aplikovat u pacientů s potřebou výživy, lze najít v Ošetřovatelských diagnózách v NANDA doménách pod příslušným číselným kódem a názvem.

Nevyvážená výživa: méně, než je potřeba organismu (00002) – Doména 2: Výživa, třída 1: Příjem potravy. Definice: Příjem živin nepostačuje k uspokojení potřeb metabolismu (NANDA International, 2013, str. 180). Určujícími znaky jsou křeče v břiše, bolest břicha, průjem, nadměrná ztráta vlasů, nedostatek jídla, nezáměr o jídlo, dezinformace, bledé sliznice, chabý svalový tonus, bolestivá, zanícená ústní dutina, ochablost svalů potřebných pro žvýkání, ochablost svalů potřebných pro polykání, odpor k jídlu, křehkost kapilár, nedostatek informací, změny chuti, steatorea, vnímaná neschopnost přijímat potravu, borborygmus. Související faktory jsou psychogenní, ekonomické a biologické faktory, neschopnost vstřebávat živiny, neschopnost strávit potravu, neschopnost přijímat potravu. Nevyvážená výživa: více, než je potřeba organismu (00001) – Doména 2: Výživa, třída 1: Příjem potravy. Definice: Příjem živin, který přesahuje potřeby metabolismu (NANDA International, 2013, str. 181). Určujícími znaky jsou sedavý způsob života, soustředění příjmu potravy na konec dne,

příjem potravy jako odpověď na vnější a vnitřní podněty, kožní řasa nad trojhlavým svalem větší než je norma, BMI zvýšeno o 20% oproti ideálnímu stavu. Související faktory jsou nadměrný příjem živin vzhledem k celkovým potřebám metabolismu a fyzické aktivitě. Porucha polykání (00103) – Doména 2: Výživa, třída 1: Příjem potravy. Definice: Abnormální funkce polykačního mechanismu spojená s poruchou stavby nebo funkce ústní dutiny, nosohltanu nebo jícnu (NANDA International, 2013, str. 184). Určující znaky u poškození jícnové fáze jsou kyselé páchnoucí dech, odmítání jídla, pálení žáhy, noční kašel, abnormalita v jícnové fázi při polykání, bolest v epigastriu, hemateméza, noční probouzení se, zvracení, zvrátky na polštáři, stížnost na uvíznutí sousta v jícnu, stagnace jídla v ústní dutině, omezování objemu jídla. Určující znaky při poškození orální fáze jsou abnormalita v ústní fázi při polykání, kašel před polknutím, vypadávání potravy z úst, neschopnost vyprázdnit dutinu ústní, neschopnost žvýkat, pomalá konzumace jídla, postupné polykání, předčasný příjem soust, pomalá tvorba soust, dušení před polknutím, slintání, vytlačování potravy z úst, navalování před polknutím, nedovírání úst, neschopnost jazyka formovat sousto, nazální reflux, shromažďování soust po stranách dutiny ústní, nadměrné slinění. Určující znaky při poškození faryngeální fáze jsou abnormalita faryngeální fáze při polykání, dušení, odmítání jídla, bublavý zvuk, mnohočetné polykání, rekurentní pulmonální infekce, změněné pozice hlavy, kašel, navalování, neadekvátní vystoupení hltanu, nazální reflux, nevysvětlené horečky. Mezi související faktory patří zhoršení neuromuskulárních funkcí, proteinová malnutricie, sebepoškozující chování, poruchy dýchání, výživa sondou v anamnéze, mechanická obstrukce, postižení kraniálního nervu, gastroezofageální reflux. Zvýšený objem tekutin v organismu (00026) – Doména 2: Výživa, třída 5: Hydratace. Definice: Zvýšená izotonická retence tekutin (NANDA International, 2013, str.193). Určujícími znaky jsou anasarka, změny krevního tlaku a ve vzorci dýchání, snížený hematokrit a hemoglobin, otok, úzkost, zvýšený centrální žilní tlak, nerovnováha elektrolytů, oligurie, pleurální výpotek, změny tlaku v plicnici, neklid, příjem tekutin vyšší než výdej, ortopnoe, zvýšení tělesné hmotnosti v krátkém časovém intervalu. Souvisejícími faktory jsou oslabený regulační mechanismus, nadměrný příjem tekutin a sodíku. Snížený objem tekutin v organismu (00027) – Doména 2: Výživa, třída 5: Hydratace. Definice: Snížení intravaskulárních, intersticiálních anebo intracelulárních tekutin. Vztahuje se k dehydrataci, samotná ztráta vody je beze změn (koncentrace) sodíku (NANDA International, 2013, str. 192). Určujícími znaky jsou změny psychického stavu, snížením krevního tlaku, pulzního

tlaku, tepového objemu, kožního turgoru a turgoru jazyka, suché sliznice a suchá kůže, zvýšený hematokrit, tělesná teplota a pulz, žízeň, slabost. Mezi související faktory patří pokles objemu tělesných tekutin, selhání regulačních mechanismů (NANDA International 2013).

2.3.5 Doporučení ke zlepšení stravovacích návyků ve stáří

Kláse důraz na pravidelné stravování v malých dávkách a častěji. Věnovat pozornost stolování. Nezapomenout na estetickou úpravu jídla a prostředí. Energeticky obohacovat polévky. Ovoce a zeleninu chápat jako nezbytný zdroj vitamínů, minerálů a vlákniny. Dodržovat pitný režim, plánovat pití tekutin mezi jídly, případně se snažit o to, aby si senior prováděl záznam o pitném režimu. Zvýšená dávka tekutin před spaním není vhodná. Vhodné tekutiny vybrat s ohledem na případná onemocnění seniora. Všimnout si známek dehydratace. Při nechutenství zvýšit příjem energeticky bohatých tekutých přípravků a neomezovat příjem tuků. Nutriční podpora (sippink) výhodou je vysoký obsah energie v malém množství. Zajistit vhodné ošetření nebo náhradu chrupu. Nepodceňovat trávicí obtíže, snažit se objasnit jejich příčinu. Nevládnutelné potíže se stravováním konzultovat s odborníkem na výživu (Tůmová 2007).

2.4 Nutriční podpora

Motto: „Každý pečlivý pozorovatel nemocných bude souhlasit, že tisíce pacientů zemřou hladem uprostřed hojnosti a blahobytu pro nedostatek pozornosti věnované vyhledání způsobu, který by jim umožňoval přijímat potravu“. Florence Nightingalová (1820 – 1910)

Do nutriční podpory se zahrnuje obohacení jídla, popíjením perorálních nutričních doplňků (sipping), výživa různými typy sond a parenterální výživa.

2.4.1 Enterální výživa

Enterální výživa zahrnuje podávání firemně připravené směsi živin do trávicího traktu. Tato výživa je indikovaná u pacientů, kteří mají zachovaný funkční stav trávicího ústrojí a jsou vyčerpány možnosti dietní intervence (Kohout, Kotrlíková 2009).

Indikací enterální výživy u pacientů je hrozící nebo počínající malnutricie a jejichž trávicí trakt je funkční. Nejčastěji se podává v těchto případech: podvýživa starších nemocných, chronické kachektizující infekce, výživa při onkologickém onemocnění, poruchy neurologické a psychiatrické. Závažné postižení CNS, které neumožňuje příjem per os, těžké formy demence, Alzheimerova choroba. Poruchy zažívacího traktu, patologické stavy v oblasti dutiny ústní, hltanu, hrtanu, jícnu a případně i žaludku. Akutní stavy, septické stavy, polytraumata a předoperační nutriční podpora (Urbánek, Urbánková, Marková 2010).

„Za kontraindikaci podávání enterální výživy je nutné považovat i etické aspekty, to znamená, pokud výživa nemůže pacientovi již přinést jakýkoliv benefit – terminální fáze onemocnění (ať již maligních nádorů, či respiračního, renálního, kardiálního či jaterního selhání, případně aterosklerotické demence)“ (Kohout, Kotrlíková, 2009, str. 44).

Kontraindikace můžeme rozdělit na absolutní a relativní. Aby byl pacient schopen přijímat živiny a plně je využívat, je nutná celková stabilizace zdravotního stavu. Mezi absolutní kontraindikace patří - šokový stav s oběhovou nestabilitou, časná fáze po operaci či traumatu, těžká acidóza, akutní fáze onemocnění, náhlá příhoda břišní, akutní krvácení do gastrointestinálního traktu, mechanický ileus, nemožnost přístupu do gastrointestinálního traktu. Mezi relativní kontraindikace patří - paralytický ileus, extrémně těžké průjmy, neztížitelné zvracení, žaludeční atonie (Urbánek, Urbánková, Marková 2010).

2.4.1.1 Umělá enterální výživa

Enterální výživu je možno podávat několika způsoby, a to perorálně, nasogastrickou, či nasojejunální sondou nebo punkční gastrostomií či jejunostomií.

2.4.1.1.1 Sipping

„Perorální nutriční doplňky nejsou jen krabičky a lahvičky, které mají stát pacientovi na stolku. Pacient je má skutečně vypít“ (Grofová, 2007, str. 55).

Je to nejjednodušší podání enterální výživy. Pacient přípravky popíjí. Tato aplikace nevyžaduje žádné pomůcky a cesta podání je přirozená příjmu podání. Sipping se většinou podává jako doplňková forma ke standardní dietě. Nevýhodou je obtížná tolerance většího množství přípravku. Chuťové spektrum a druhy konzistencí jsou různé a pacienti mají výběr z velkého spektra přípravků. Sestra by měla mít přehled o konzumaci sippingu, tedy zda pacient skutečně přípravek vypil. Přípravky jsou snesitelnější, když jsou vychlazené. Můžeme je nalít do hrníčku a dle potřeby zředit, pokud připadají pacientovi husté. Opakovaně pacientovi popíjení přípravku připomínáme. Doporučíme mu, že přípravky lepší popíjet po jídle, aby se zbytečně nezasytil před jídlem (Grofová, 2007).

2.4.1.1.2 Výživa sondou, typy sond a úloha všeobecné sestry v péči o sondy

Sondy k aplikaci enterální výživy nejčastěji zavádíme přes nos do různých částí zažívacího traktu. Nejvíce využívanou je sonda zavedena do žaludku, tzv. nasogastrická sonda. Zavádí se do hloubky zhruba 50-60 cm. Sondy bývají vyráběny z různého materiálu. Např. polyvinylchloridové sondy se zavádějí na 2 týdny, pro negativní vlastnosti materiálu. Při kontaktu s kyselým prostředím v žaludku se sonda stává tvrdší a křehčí, dále polyuretanové sondy zavádíme až na 3 měsíce. Jsou dražší, ale své vlastnosti na rozdíl od předchozích jmenovaných nemění a sondy nejméně traumatizující nosní sliznici jsou silikonové. Trvá-li však podávání enterální stravy sondou déle než 3 měsíce, a je jisté, že se v něm bude i nadále pokračovat, je třeba zajistit gastrostomií či jejunostomií (Urbánek, Urbánková, Marková, 2010).

Kompetentní osobou pro zavádění a péči o nasogastrickou sondu je všeobecná sestra bez odborného dohledu, porodní asistentka bez odborného dohledu, všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí.

Pomůcky potřebné pro zavádění nasogastrické sondy jsou: nasogastrická sonda, lubrikant (rozpuštěný ve vodě), Janettova stříkačka, náplast, případně speciální náplast na nos, ochranné rukavice, ručník, sklenice vody nebo čaje, ústní lopatka, baterka, fonendoskop, zátka na uzavření sondy, buničitá vata, emitní miska.

Ošetrovatelský postup: seznámení pacienta s výkonem, jeho délkou, upozornění pacienta na nepříjemné pocity spojené s výkonem. Umyjeme si, osušíme a zdezinfikujeme si ruce. Pacienta uložíme do polohy vsedě nebo do vysoké Fowlerovy polohy. Podložíme hlavu polštářem a vložíme pod bradu ručník. Zkontrolujeme průchodnost nosních dírek a požádáme nemocného, aby střídavě dýchal jednou dírkou a druhou uzavřeme. Určíme vzdálenost do jaké se má nasogastrická sonda zavést, a to od konce nosu ke konci ušního lalůčku až po konec sternu. Navlékneme si rukavice. Natřeme sondu lubrikantem a zasuneme do vybrané nosní dírkou, která je volnější. Zavádíme sondu podél spodiny nosní dírkou, směrem k uchu na příslušné straně. Požádáme nemocného, aby naklonil hlavu dopředu, a před polknutím mu vstříkneme do úst 5 ml vody. Sondu posouváme při každém polknutí o 5 – 10 cm. Vstříkneme 50 ml vzduchu do zavedené sondy a posloucháme fonendoskopem nad epigastriem bublání vzduchu. Zajistíme sondu proužkem náplasti a uzavřeme ji zátkou. Vše zaznamenáme do dokumentace.

Komplikace při zavádění nasogastrické sondy jsou: zavedení nasogastrické sondy do dýchacích cest, poranění nosní sliznice, krvácení, bolest. Při zavádění nasogastrické sondy dále pozorujeme kašel a dušnost a zda pacient může hovořit, v případě, že se objeví zmíněné komplikace, mohlo by to znamenat zavedení sondy do dýchacích cest. Použijme tu nosní dírkou, kterou procházelo větší množství vzduchu. Pro snadnější zavádění je vhodné sondu zmrazit. Pro další kontrolu správného zavedení ponoříme konec sondy do sklenice s vodou. Náplast, fixující sondu pravidelně měníme a s tím i polohu nasogastrické sondy. Při poranění nosní sliznice aplikujeme mast dle ordinace lékaře. Při výměně nasogastrické sondy střídejte nosní dírkou a měňte sondu dle ordinace lékaře (Kučerová, 2015).

Zásady při podávání výživy pomocí nasogastrické sondy: pomůcky k podávání výživy jsou Janettova stříkačka, emitní miska, podložka, sklenice vody, čaje, naordinovaná výživa, ochranné rukavice. Při podávání stravy pacientovi vysvětlíme způsob krmení, umyjeme si ruce a upravíme polohu pacienta. Navlékneme si rukavice a položíme podložku pod sondu. Otevřeme sondu a propláchneme ji čajem, případně převařenou vodou, následně aplikujeme pomalu naordinovanou výživu a opět

propláchneme sondu převařenou vodou nebo čajem. Uzavřeme sondu a uklidíme pomůcky.

2.4.1.1.2.1 *Výživa gastrostomií*

Při dlouhodobém podávání enterální výživy volíme zavedení punkční gastrostomie, nejčastěji perkutánní endoskopická gastrostomie (dále uváděno jako PEG). PEG je metoda, při které zavádíme sondu v průběhu gastrokopického vyšetření břišní stěnou do žaludku. Před výkonem je nutné vyšetřit koagulační hodnoty a pacienta kryt antibiotiky. Výkon je prováděn v analgosedaci a má minimální počet komplikací. PEG je pro pacienta komfortnější a ošetrovatelská péče je jednodušší než u nazogastrické sondy (Kohout, Kotlíková 2009).

Ošetrovatelská péče u pacienta s perkutánní endoskopickou gastrostomií (PEG), kdy je **kompetentní osobou** pro přípravu a péči o PEG je všeobecná sestra bez odborného dohledu, porodní asistentka bez odborného dohledu, všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí.

Pomůcky k přípravě a péči PEG jsou PEG, sterilní obvazový materiál, dezinfekční prostředek, ochranné rukavice.

Ošetrovatelský postup před výkonem: noc před výkonem zajistíme, aby pacient 8 hodin před výkonem nejedl, nepil, nekouřil. Ráno před výkonem zajistíme hygienu a přípravu operačního pole. Vypláchneme ústa a vyndáme zubní protézu. Zajistíme žilní vstup a podáme antibiotika podle ordinace lékaře. Opatření po výkonu: nepodáváme nic per os 8 hodin, zajistíme parenterální výživu dle ordinace lékaře. Neaplikujeme 8 hodin nic do PEG. Měříme fyziologické funkce dle ordinace lékaře a sledujeme zdravotní stav pacienta. Kontrolujeme místo zavedení, i pod fixačním terčem, zda nekrvácí nebo zda nejsou přítomny známky zánětu. První propláchnutí PEGu provedeme po 8 hodinách. Propláchneme krystaloidním roztokem nebo čajem. PEG prvních čtrnáct dní převazujeme denně sterilním způsobem. Šetrným tahem za sondu zjistíme, zda nepovytažuje z místa vpichu. Uvolníme za stálého šetrného tahu za sondu fixační svorku a úchyty zevní silikonové destičky fixující sondu. Posuneme silikonovou destičku po sondě směrem od stěny břišní asi o 5 cm. Pečlivě očistíme místo vpichu a obě strany destičky. Při převazu sledujeme okolí vpichu, zda není zarudlé, bolestivé, přítomnost zbytků výživy nebo žaludečních šťáv. Omyjeme a zdeinfikujeme místo vpichu i obě strany destičky. Za mírného tahu posuneme destičku zpět ke kůži a úchyty

uzavřeme. Zafixujeme destičku svorkou a šetrným tahem se ujistíme, zda mezi kůží a destičkou není vůle. Nakonec místo vpichu překryjeme prodyšným obvazem a volný konec sondy můžeme fixovat náplastí ke kůži. Od patnáctého dne zavedení jedenkrát týdně provedeme rotaci PEG, uvolníme fixační zařízení, zasuneme PEG o několik cm dovnitř, otočíme o 360° kolem dlouhé osy, povytáhneme a fixujeme pod přiměřeným tahem.

Komplikace u zavedení PEG, podtékání kanyly, zánětlivá reakce kůže kolem zevního ústí, volný pohyb kanyly a velké utažení kanyly. Pokud se sonda vytahuje z místa vpichu, nebylo poslední ošetření provedeno správně nebo došlo k uvolnění vnitřního disku, hrozí tedy větší riziko komplikací. Kontrolujeme zevní fixační terčík, aby nedocházelo k volnému pohybu kanyly a k podtékání nebo k přílišnému utlačení kůže a k jejímu nedokrvení nebo vtlačování vnitřního terčíku do stěny žaludku (Vojtová, 2009).

Zásady při podávání výživy pomocí PEG. Sondou propláchneme vždy před krmením, po krmení a vždy před, po a mezi podáním léků 30 – 50 ml vody, nepoužíváme kyselé roztoky (ovocné šťávy, limonády, minerálky), protože by mohlo dojít ke sražení výživy a ucpání sondy. Výživu je nutné zahřát na tělesnou teplotu a podávat pomalu, aby nedošlo k podráždění žaludku. Celkový objem tekuté výživy se většinou pohybuje od 150 – 400 ml na jednu dávku (bolus). Interval mezi bonusy činí 2 – 3 hodiny, počet bolusů za den 5 – 6 i více. Při podávání stravy je vhodné, aby pacient seděl nebo měl zvýšenou horní polovinu těla a setrval v této pozici ještě 30 – 60 minut po skončení podávání, čímž snížíme riziko, reflexu výživy z žaludku a zároveň riziko možné aspirace do dýchacích cest. Výživu podáme pouze, je-li jisté, že podstatná část předchozí dávky už žaludek opustila; pokud má pacient pocit plného žaludku, vzedmutý nadbříšek nebo po otevření setu vytéká pod tlakem žaludeční obsah, je třeba podání výživy odložit; když potíže neustupují, je nutné poradit se s lékařem. Lékaře musíme informovat, pokud kolem PEG uniká zevnitř výživa nebo žaludeční šťávy. Po ukončení podávání stravy uzavřeme set, aby nedocházelo k úniku výživy nebo žaludečních šťáv; když se nepoužívá, má být sonda uzavřena, ale nemusí být zasvorkována. V případě nepoužívání sondy šest a více hodin musíme sondu pravidelně proplachovat. Při podávání léků dáváme přednost rozpustným formám, sirupy by se měly rozředit vodou. Při podávání rozdrčených tablet, by se měly před podáním pečlivě rozmíchat ve vodě. Podáváme-li více než jeden lék, sondu musíme mezi léky propláchnout vodou. Při vstříkávání do PEG nikdy nepoužíváme násilí či velký tlak. Může dojít k poškození

setu. Do setu nikdy nezavádíme drátěný vodič – může způsobit jeho protržení. Ucpaný PEG se budeme snažit propláchnout vlažnou vodou ze stříkačky spíše menšího obsahu. Vhodná je i voda s bublinkami. Nepodaří-li se to, pak stejným způsobem do sondy napustíte vlažný roztok pankreatických enzymů (Solař 2011).

2.4.2 Komplikace enterální výživy

Komplikace můžeme rozdělit do několika skupin – gastrointestinální, infekční, metabolické a mechanické. Tyto skupiny se mohou překrývat a projevy mohou patřit do různých okruhů. Komplikace gastrointestinální např. nauzea, zvracení, průjem, bolesti břicha, zácpa, eroze či vředová léze, nadýmání. Komplikace infekční např. průjem, septický stav, infekce respiračního systému. Komplikace metabolické např. porucha minerálového prostředí, dehydratace, hyperglykemie nebo hypoglykemie, hyperkalémie nebo hypokalémie. Komplikace mechanické např. vytažení sondy, poškození sondy, vředové léze v nose, krku, jícnu či žaludku (Kohout, Kotrlíková 2009).

2.4.3 Parenterální výživa

Parenterální výživa je podávání živin mimo trávicí ústrojí, tedy cévním systémem. Tuto výživu preferujeme u pacientů, kteří nemohou dostat enterální výživu. Parenterální výživa není fyziologická cesta příjmu živin, proto je spojena s větším počtem komplikací. Parenterální výživa může být úplná nebo doplňková, dlouhodobá nebo krátkodobá (Urbánek, Urbánková, Marková 2010). Parenterální výživa je indikována při těžkých gastroenterologických onemocněních, dále u oněmění, kdy je třeba obejít gastrointestinální trakt z terapeutických důvodů, tzn. u těžké formy Crohnovy choroby, ulcerózní kolitidy, dalších zánětlivá onemocnění střeva, píštělí v gastrointestinálním traktu, při selhání jater a ledvin, těžkých hyperkatabolických stavech způsobených úrazy, rozsáhlými popáleninami a septickými stavu. Dále u pacientů v bezvědomí a s polykacími poruchami, kde není možno sondu zavést. U kachexie, mentální anorexie, tumorů, při náhlých příhodách břišních v předoperačním i pooperačním stádiu (Anděl, Beneš 1999). Parenterální výživu nepodáváme v bezprostředním období po operaci a těžkých traumatech, v těžkých šokových stavech,

u pacientů s tkáňovou hypoxií, těžkou acidózou a u pacientů v terminálním stadiu nemoci (Grofová 2011).

2.4.3.1 Cesty podání parenterální výživy

Pro krátkodobé, nebo doplňkové podání parenterální výživy a dále u pacientů, kde se chceme vyvarovat rizik související s kanylací centrální žíly, využíváme žíly povrchového systému horních končetin. Nejdůležitější prevencí flebitidy je nižší osmolalita infuzní směsi, malý průměr kanyly, dodržování asepse při zavádění a častá preventivní výměna kanyly. Důležité je vyvarovat se útisku kanylované žíly fixačním materiálem z důvodu snížení průtoku krve je pacient ohrožen rizikem rozvoje zánětu. Lze využít i žíly dolních končetin, ale je zde vyšší riziko tromboflebitid. Pro déletrvajícím podáváním, nebo při nekvalitním periferním žilním řečišti se používají velké centrální žíly. Nejčastější kanylace vena subclavia následována vena jugularis. Nevýhodou kanylace vena subclavia je vyšší výskyt trombotických komplikací, ale oproti vena jugularis má snadnější ošetřování a tím nižší výskyt kanylových infekcí. Pro dlouhodobou parenterální výživu jsou také zaváděny tunelizované centrální žilní katétry nebo implantabilní venózní porty (Klener 2011).

2.4.3.2 Péče o centrální katétr

Výkon zavádění centrálního katétru je v kompetenci zkušeného lékaře. Kompetentní osobou při přípravě a asistenci při zavádění centrálního venózního katétru (dále CVK) je všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí bez odborného dohledu a všeobecná sestra bez odborného dohledu. Sestra před výkonem připraví pomůcky: sterilní stolek, sterilní roušku, pinzetu, nůžky, jehlec a šicí jehlu, stříkačku, jednu růžovou jehlu a jednu černou jehlu, operační plášť a rukavice, tampóny, perforovanou a celou roušku, set na CVK, eventuálně můžeme použít originální balíček a doplní chybějící. Další pomůcky jsou lokální anestetikum, desinfekce na kůži, šicí materiál, sterilní krytí, ústenka, emitní miska, infusní roztok s odvodušněným setem a spojovací hadičkou, monitor EKG.

Postup při zavádění CVK: spolu s lékařem poučíme pacienta o výkonu a zkontrolujeme alergii. Oblečeme si ústenku, umyjeme, osušíme a desinfikujeme si ruce. Připravíme místo vpichu, očistíme kůži a zdeinfikujeme místo vpichu, při

potřebě oholíme ochlupení. Po celou dobu výkonu s pacientem komunikujte a vysvětlujte mu další postup. Sledujeme stav pacienta a jeho subjektivní pocity. Upravíme polohu pacienta, která se liší podle zvoleného přístupu. Sestra pomůže lékaři sterilně se ustrojít do pláště a rukavic. Lékař provede desinfekci kůže v místě vpichu, sterilně zarouškuje a lokálně znecitliví. Pomocí punkční jehly punktuje žílu. Po aspiraci krve jehlou zavede drátěný vodič a jehlu odstraní. Po vodiči zavede dilatátor a po jeho vytažení samostatný katetr. Provede odstranění vodiče a aspirací krve se přesvědčí o správném zavedení katétru. Napojíme na katétr infuzní set a propláchneme, aby nedošlo k ucpání katétru krví. Lékař podle značek na katétru upraví hloubku zavedení a stehem ho fixuje ke kůži. Sestra očistí a překryje sterilně místo vpichu. Krytí označíme datem převazu. Upravíme zpět polohu pacienta a sledujeme zdravotní stav a subjektivní pocity. Sestra vysvětlí pacientovi péči o CVK. Dle ordinace lékaře zajistí sestra RTG kontrolu polohy katétru. Povinností sestry je o centrální katétr pečovat a kontrolovat. Při jakékoli změně vpichu a funkčnosti katétru vždy informujeme lékaře. První převaz provádíme druhý den po zavedení, při potížích dříve, dále po 48 hodinách, eventuálně dle stavu. Veškerou manipulaci s katetrem provádíme přísně asepticky. Infuzní linku rozpojujeme co nejméně. Infuzní sety se mění každých 24 hodin. Katétr nebo vstup určený pro parenterální výživu by se neměl používat pro podávání jiných látek. Při podávání parenterální výživy se musí používat infuzní pumpa. Při pomalu probíhající infuzi ji neurychlujeme. Dojde-li k poruše vaku, musíme vak vyhodit. Při podávání monitorujeme pacienta, měříme fyziologické funkce, tělesnou hmotnost, zda dochází zvyšování hmotnosti, provádíme kontrolu moči, cukr a ketony, vyšetření krve na močovinu, kreatinin, glukózu v séru, sodík, draslík (Richards, Edwards 2004).

Vaky pro parenterální výživu existují dvoukomorové nebo tříkomorové nebo se centrálně připravují v lékárně. Míchání roztoků má svá pravidla, která musíme dodržovat. Z centrálního jednocestného katétru určeného k podávání výživy je zakázáno odebírat krev a podávat do něho krevní převody. Krev je vynikající pochoutkou mikroorganismů (Grofová 2007).

Někteří pacienti mohou mít zaveden k podávání port, jehož ošetřování podléhá zvláštním pravidlům. Důležité je pečovat o dutinu ústní, protože pacient nepřijímá ústy. Všímací si odchylek na sliznici dutiny ústní.

2.4.3.3 *Komplikace při podávání parenterální výživy*

Komplikace se dělí na technické, spojené s venepunkcí periferní žíly a s punkcí centrální žíly, dále na katéetrové periferní či centrální, metabolické. Komplikace spojené s punkcí periferní žíly, alergie na desinfekční prostředek, poranění žíly, hematom, poranění nervu, flebitidy. Komplikace spojené s punkcí centrální žíly, alergie na desinfekční prostředek, alergie na lokální anestetikum, neúspěšná punkce, tromboflebitidy, paravenózní podání, kontaminace katétru či infuzního setu, pneumotorax, krvácení a hematomy, hemotorax, vzduchová embolie, katéetrová embolie, emfyzém podkoží a mediastina, poranění nervů. Komplikace metabolické, hyperalimentace, hyperglykemie, poruchy centrální nervové soustavy, minerální změny, poškození jaterních funkcí (Anděl, Beneš, 1999).

3 Výzkumná část

3.1 Cíle práce a hypotézy

1. Zjistit stav znalostí všeobecných sester o významu nutričního screeningu.
2. Identifikovat kritická místa ošetrovatelské péče při podávání stravy geriatrickým pacientům.
3. Zmapovat organizační zajištění podávání stravy na odděleních geriatrických pacientů.
4. Vypracovat manuál pro rodinné příslušníky pacientů o důležitosti správné výživy a nutričních doplňků.

3.2 Výzkumné otázky

1. Předpokládáme, že všeobecné sestry znají význam a hodnocení nutričního screeningu?
2. Předpokládáme, že pacienti s poruchou soběstačnosti jsou více ohroženi malnutricií, než pacienti bez poruchy soběstačnosti?
3. Předpokládáme, že všeobecné sestry pociťují nedostatek času pro zajištění podávání stravy geriatrickým pacientům?
4. Předpokládáme, že se na organizačním zajištění podávání stravy pacientům na geriatrických odděleních podílejí všichni členové ošetrovatelského týmu?
5. Předpokládáme, že se na podávání stravy pacientům na geriatrických odděleních podílejí i rodinní příslušníci?

3.3 Výzkumné předpoklady

1. Předpokládáme, že alespoň 75% všeobecných sester zná význam hodnocení nutričního screeningu.
2. Předpokládáme, že pacienti s poruchou soběstačnosti jsou více jak v 70% ohroženi malnutricií než pacienti bez poruchy soběstačnosti.
3. Předpokládáme, že všeobecné sestry ve více jak 60% pociťují nedostatek času při zajištění stravy geriatrickým pacientům.
4. Předpokládáme, že se na organizačním zajištění podávání stravy pacientům na sledovaných odděleních podílejí ve více než 80% všichni členové ošetrovatelského týmu.
5. Předpokládáme, že se na podávání stravy pacientům na geriatrických odděleních podílejí ve více než z 80 % rodinní příslušníci.

3.4 Metodika výzkumu

Výzkumná část práce je založena na provedení kvantitativního výzkumu – pomocí nestandardizovaného dotazníku. Dotazník byl sestaven pod dohledem vedoucí práce Mgr. Kateřiny Mařanové. Nestandardizovaný dotazník byl osobně distribuován na oddělení. Odborné poznatky a údaje potřebné k tvorbě dotazníku byly získány prostudováním odborné literatury, časopisů a zdrojů uvedených na internetové síti. Teoretická část byla teoretickým východiskem výzkumné části. Z důvodu využití dotazníkového šetření pro tento výzkum, bylo nutné provést tzv. předvýzkum. Účelem předvýzkumu bylo ověření, jestli respondenti rozumí daným otázkám a dokáží na ně jasně a srozumitelně odpovědět. Byly požádány všeobecné sestry z oddělení LDN Jičín o konzultaci a vyplnění dotazníku. Žádná z všeobecných sester neměla výhrady ke srozumitelnosti otázek. V předvýzkumu bylo zjištěno, že dotazníky nemusí být upravovány a mohou být rozdány na zbylých odděleních.

3.5 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumná část byla prováděna ve dvou nemocnicích, vzhledem k možnostem realizátora průzkumu bylo pracováno pouze se dvěma nemocnicemi, Městská nemocnice Městec Králové a.s. a Nemocnice Jičín a.s. V Městské nemocnici Městec Králové a.s. na oddělení následné péče, kde se poskytuje péče především starším pacientům, kteří vyžadují déle trvající léčbu nebo ošetrovatelskou péči. Jsou zde hospitalizováni pacienti po proběhlém akutním onemocnění, při progresi chronického onemocnění či zhoršení psychických funkcí. Po předchozí telefonické domluvě s hlavní sestrou a podepsaným tiskopisem „Protokol k provádění výzkumu“ bylo na oddělení rozdáno 30 (100%) dotazníků. Po časovém období 1 měsíc bylo všech 30 (100%) vyplněných dotazníků doručeno nazpět. V Nemocnici Jičín a.s. na odděleních LDN v Novém Bydžově. LDN je rozděleno do 5 stanic s celkovým počtem 146 lůžek. LDN poskytuje komplexní péči pacientům se ztrátou soběstačnosti, po zhoršení zdravotního stavu, stavy po operacích, pacientům s chronickými ranami a pro pacienty vyžadující dlouhodobou hospitalizaci z jiných důvodů např. neurologické. Po předchozí ústní domluvě s hlavní sestrou a následně s vrchní sestrou LDN a podepsaným tiskopisem „Protokol k provádění výzkumu“ bylo rozdáno 35 (100%) dotazníků. Opět po časovém intervalu 1 měsíc bylo navraceno 34 (97%) dotazníků.

Pro obě nemocnice byl sestaven anonymní dotazník. Podstatou pro výzkumné šetření byla dobrovolnost pro vyplnění dotazníku. Dotazník (viz. příloha č. 3) byl sestaven na základě konzultací s vedoucí práce. Byl rozdělen na dvě hlavní části. V první části byly všeobecné sestry požádány o vyplnění sociodemografické údaje, jako je pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání a délka praxe. Byly to otázky č. 1, 2, 3, 4. Druhá část byl vlastní dotazník, který se skládal z otázek uzavřených (respondentům se překládá vždy určitý počet předem připravených odpovědí, respondent vybírá vždy jednu či více možností). Otázky byly pod čísly 7, 8, 11, 12, 15, 18, 20, 24, 25. Dále byly použity otázky polouzavřené (respondentovi se předkládá několik možností, z nichž jednu vybírá, pokud mu nevyhovuje žádná z navrhovaných odpovědí, dopíše svou vlastní odpověď). Otázky byly označeny č. 5, 6, 10, 14, 16, 17, 19, 21, 22, 23, 26. Nakonec byly použity otázky otevřené (nenavrhují respondentovi žádné možné odpovědi, musí je napsat sám). Byly to otázky č. 9, 13. Pro snadnější zpracování dat v programu Microsoft Office Excel 2010 bylo užito kódování uvedených odpovědí a to tak, že tabulkách byly barevně rozlišeny správné – zelené a špatné – červené odpovědi.

Veškerá získaná data z dotazníkového šetření byla tříděna, analyzována a vyhodnocena v počítačovém programu Microsoft Office Excel 2010. Z programu byly použity jeho funkce pro tvorbu tabulek a grafů.

3.6 Prezentace výsledků dotazníkového šetření

I. SOCIODEMOGRAFICKÉ ÚDAJE

Analýza dotazníkové položky č. 1 – Pohlaví respondentů

Tabulka č. 1 Rozložení respondentů všeobecných sester podle pohlaví

<u>Otázka č. 1</u>	Městská nemocnice Městec Králové		Nemocnice Jičín		Nemocnice celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Žena	30	100	34	100	64	100
Muž	0	0	0	0	0	0
CELKEM	30	100	34	100	64	100

Tabulka č. 1 zobrazuje rozložení respondentů všeobecných sester podle pohlaví. Z uvedené tabulky č. 1 je patrné, že rozložení pohlaví u všeobecných sester v obou nemocnicích je rovnoměrné. V obou nemocnicích je zastoupeno pouze ženské pohlaví. Z celkového počtu 64 všeobecných sester bylo 30 žen (100%) z Městské nemocnice Městec Králové a 34 žen (100%) z Nemocnice Jičín.

Analýza dotazníkové položky č. 2 – Věk respondentů

Tabulka č. 2 Rozložení respondentů všeobecných sester podle věku

<u>Otázka č. 2</u>	Městská nemocnice Městec Králové		Nemocnice Jičín		Nemocnice celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
20-29	2	7	5	15	7	11
30-39	13	43	12	35	25	39
40-49	5	17	10	29	15	23
50 a více	10	33	7	21	17	27
CELKEM	30	100	34	100	64	100

Tabulka č. 2 zobrazuje rozložení respondentů všeobecných sester podle věku. Z uvedené tabulky č. 2 je patrné, že nejvíce respondentů z Městské nemocnice Městec Králové spadalo do kategorie 30 – 39 let v počtu 13 (43%) všeobecných sester. Druhou nejčastěji volenou věkovou kategorií byl věk 50 a více let, a to v počtu 10 (33%) respondentů. Dále ve věku 40 – 49 bylo zastoupeno 5 (17%) respondentů a ve věku 20 –

29 let bylo zastoupeno 2 (7%) respondentů. Kdežto u všeobecných sester z Nemocnice Jičín byla nejčastěji vyplněnou věkovou kategorií 30 – 39 let u 12 (35%) respondentů a následně věková kategorie 40 – 49 let v počtu 10 (29%) všeobecných sester. Dále ve věku 50 a více bylo zastoupeno 7 (21%) respondentů a ve věku 20 – 29 bylo zastoupeno 5 (15%) respondentů.

Analýza dotazníkové položky č. 3 – Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Tabulka č. 3 Rozložení respondentů podle jejich nejvyššího dosaženého vzdělání

Otázka č. 3	Městská nemocnice Městec Králové		Nemocnice Jičín		Nemocnice celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Všeobecná sestra s registrací	17	57	28	82	45	70
Diplomová sestra	10	33	2	6	12	19
Všeobecná sestra s vysokoškolským vzděláním	1	3	2	6	3	5
Všeobecná sestra se specializací	2	7	2	6	4	6
CELKEM	30	100	34	100	64	100

Tabulka č. 3 popisuje rozložení respondentů všeobecných sester podle nejvyššího dosaženého vzdělání. Z celkového počtu 30 (100%) respondentů z Městské nemocnice Městec Králové dosáhlo všeobecné sestry s registrací 17 (57%) respondentů, diplomované sestry 10 (33%) respondentů, všeobecné sestry s vysokoškolským vzděláním 1 (3%) respondent a všeobecné sestry se specializací 2 (7%) respondenti. V nemocnici Jičín dosáhlo z celkového počtu 34 (100%) respondentů všeobecné sestry s registrací 28 (82%) respondentů, diplomované sestry 2 (6%) respondenti, všeobecné sestry s vysokoškolským vzděláním také 2 (6%) respondenti a všeobecné sestry se specializací 2 (6%) respondenti.

Analýza dotazníkové položky č. 4 – Délka praxe respondentů

Tabulka č. 4 Délka praxe

<u>Otázka č. 4</u>	Městská nemocnice Městec Králové		Nemocnice Jičín		Nemocnice celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
0 - 5	2	7	3	9	5	7
6 - 10	2	7	10	29	12	19
11 - 15	9	30	3	9	12	19
16 -20	2	7	8	24	10	16
21 a více	15	50	10	29	25	39
CELKEM	30	100	34	100	64	100

Tabulka č. 4 zobrazuje odpovědi všeobecných sester z Městské nemocnice Městec Králové a Nemocnice Jičín na otázku č. 4 na délku praxe. V Městské Nemocnici Městec Králové je nejvíce zastoupená skupina „21 a více“ a to 15 (50%) všeobecných sester, potom následuje skupina „11 – 15“ a to 9 (30%) všeobecných sester, zbývající odpovědi jsou rovnoměrně rozděleny po 2 (7%) všeobecných sester. V Nemocnici Jičín byly nejvíce zastoupeny dvě skupiny „6 – 10“ a „21 a více“ a to 10 (29%) všeobecných sester. Dále byla zastoupena skupina „16 – 20“ a to 8 (24%) všeobecných sester, zbývající dvě skupiny „0 -5“ a „11 – 15“ byly rovnoměrně rozděleny po 3 (9%) všeobecných sester.

II. VLASTNÍ DOTAZNÍK

Analýza dotazníkové položky č. 5 – Důležitost zabývat se nutričním stavem geriatrického pacienta

Tato dotazníková položka se stahuje ke zvoleným výzkumným otázkám, proto je její analýza obsažena v následující kapitole.

Analýza dotazníkové položky č. 6 – Důležitost nutričně vyvážené stravy pro geriatrické pacienty

Tabulka č. 5 Četnost odpovědí všeobecných sester na otázku č. 6

<u>Otázka č. 6</u>	Městská nemocnice Městec Králové		Nemocnice Jičín		Nemocnice celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano, vždy	26	87	33	97	59	92
Ano, pouze ve zvláštních případech	4	13	1	3	5	8
Ne	0	0	0	0	0	0
Nevím	0	0	0	0	0	0
Nikdy jsem o této problematice nepřemýšlel/a	0	0	0	0	0	0
CELKEM	30	100	34	100	64	100

Tabulka č. 5 zobrazuje odpovědi 64 všeobecných sester z Městské nemocnice Městec Králové a nemocnice Jičín na otázku č. 6, zda si myslí, že je důležité, aby geriatrickí pacienti měli nutričně vyváženou stravu. Z celkového počtu 30 (100%) všeobecných sester z Městské nemocnice Městec Králové odpovědělo „ano, vždy“ celkem 26 (96%), 4 (13%) na otázku odpověděly „ano, ale pouze ve zvláštních případech“, ale v jakých případech neuvěděly. Z celkového počtu 34 (100%) všeobecných sester nemocnice Jičín odpovědělo celkem 33 (97%) „ano vždy“ a 1 (3%) „ano, ale pouze ve zvláštních případech“ a to v případě podvýživy u pacienta.

Analýza dotazníkové položky č. 7 – Standard nemocnice hodnocení nutričního stavu pacienta

Tabulka č. 6 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 7

Otázka č. 7	Městská nemocnice Městec Králové		Nemocnice Jičín		Nemocnice celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	22	73	33	97	55	86
Ne	7	23	1	3	8	13
Nevím	1	3	0	0	1	1
Nikdy jsem se o standard tohoto druhu nezajímal/a	0	0	0	0	0	0
CELKEM	30	100	34	100	64	100

Tabulka č. 6 popisuje odpovědi na otázku, jestli má jejich nemocnice standard pro hodnocení nutričního stavu pacienta. 22 (73%) všeobecných sester z Městské nemocnice Městec Králové odpověděly „ano“, že mají standard pro hodnocení nutričního stavu pacienta, 7 (23%) odpověděly, že nemají standard pro hodnocení nutričního stavu pacienta a 1 (3%) neví o standardu pro hodnocení nutričního stavu pacienta. V Nemocnici Jičín všeobecné sestry odpověděly ve 33 (97%) případech, že mají standard pro hodnocení nutričního stavu pacienta a pouze v 1 (3%) případech byla odpověď, že nemocnice nemá standard pro hodnocení nutričního stavu pacienta.

Analýza dotazníkové položky č. 8 – Hodnocení stavu nutričního pacienta při příjmu podle nutričního screeningu

Tato dotazníková položka se stahuje ke zvoleným výzkumným otázkám, proto je její analýza obsažena v následující kapitole.

Analýza dotazníkové položky č. 9

U této otázky měly všeobecné sestry z obou nemocnic zaznamenat, jaký druh nutričního screeningu používají na jejich oddělení. V Nemocnici Jičín všech 34 (100%) všeobecných sester napsalo, že používají Základní nutriční screening zpracován s použitím Nottinghamského dotazníku. V Městské nemocnici Městec Králové byly odpovědi velmi rozličné. 13 (43%) všeobecných sester neodpovídalo na tuto otázku, protože u předešlé otázky uvedly, že nutriční screening nepoužívají. 4 (13%) všeobecné

sestry nedovedly pojmenovat druh nutričního screeningu, i když v předešlé otázce odpověděly, že používají nutriční screening. 5 (17%) všeobecných sester zaznamenalo, že jako nutriční screening používají krevní vyšetření – albumin a celkovou bílkovinu. Zbývajících 8 (27%) všeobecných sester odpovědělo, že používají MNA (Mini Nutritional Assessment) dotazník.

Analýza dotazníkové položky č. 10 – Četnost provádění nutričního screeningu

Tabulka č. 7 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 10

<u>Otázka č. 10</u>	Městská nemocnice Městec Králové		Nemocnice Jičín		Nemocnice celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Vždy při příjmu pacienta na oddělení	12	40	30	88	42	66
Vždy při příjmu pacienta na oddělení s opakující kontrolou	2	7	3	9	5	8
Pravidelně dle standardu nemocnice	3	10	1	3	4	6
Jiné	13	43	0	0	13	20
CELKEM	30	100	34	100	64	100

Tabulka č. 7 zobrazuje odpovědi všeobecných sester z Městské nemocnice Městec Králové a Nemocnice Jičín na otázku č. 10, jak často provádějí nutriční screening. Z Městské nemocnice Městec Králové uvedlo 12 (40%) všeobecných sester, že „vždy při příjmu pacienta na oddělení“, 2 (7%) všeobecných sester uvedlo, že „vždy při příjmu pacienta na oddělení s opakující kontrolou“. Opakující kontrolu uvedly v jednom případě 1x za měsíc a ve druhém případě dle stavu pacienta. Dále 3 (10%) všeobecné sestry uvedly, že provádějí „pravidelně dle standardu nemocnice“. Nejvíce odpovědí 13 (43%) bylo v položce „jiné“. Zde všeobecné sestry uvedly – v osmi případech, že neprovádějí nutriční screening, ve čtyřech případech při podezření na malnutrici a potíže s příjmem stravy a v jednom případě nevedly nic. V Nemocnici Jičín ve 30 (88%) všeobecné sestry odpověděly, že „vždy při příjmu pacienta na oddělení“. Na druhou odpověď „vždy při příjmu pacienta na oddělení s opakující kontrolou“ odpověděly 3 (9%) všeobecné sestry. Opakující kontrolu uvedly všeobecné sestry v jednom případě při snížení hmotnosti, v jednom případě 1x týdně a v jednom případě

1x za 14 dní. Na třetí odpověď „pravidelně dle standardu nemocnice“ odpověděla 1 (3%) všeobecná sestra.

Analýza dotazníkové položky č. 11 – Vedení záznamu sledování stravy u pacientů

Tato dotazníková položka se stahuje ke zvoleným výzkumným otázkám, proto je její analýza obsažena v následující kapitole.

Analýza dotazníkové položky č. 12 – Vyšetření krve za účelem sledování nutričního stavu pacienta

Tabulka č. 8 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 12

Otázka č. 12	Městská nemocnice Městec Králové		Nemocnice Jičín		Nemocnice celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano, u všech pacientů při příjmu	16	53	23	68	39	61
Ano, pravidelně u pacientů s rizikem malnutricie	4	13	2	6	6	10
Ano, dle aktuálního stavu pacienta	10	34	8	23	18	28
Ne, toto laboratorní vyšetření neprovádíme	0	0	1	3	1	1
CELKEM	30	100	34	100	64	100

Tabulka č. 8 zobrazuje odpovědi všeobecných sester z Městské nemocnice Městec Králové a Nemocnice Jičín na otázku č. 12, zda provádí laboratorní vyšetření krve, dle ordinace lékaře, za účelem sledování nutričního stavu pacienta. Všeobecné sestry v Městské nemocnici Městec Králové odpověděly, že 16 (53%) „ano, u všech pacientů“, 4 (13%) „ano, pravidelně u pacientů s rizikem malnutricie“ a 10 (34%) „ano, dle aktuálního stavu pacienta“. V Nemocnici Jičín všeobecné sestry odpověděly, že 23 (68%) „ano, u všech pacientů“, 2 (6%) „ano, pravidelně u pacientů s rizikem malnutricie“, 8 (23%) „ano, dle aktuálního stavu pacienta“ a 1 (3%) „ne, toto laboratorní vyšetření neprovádíme“.

Analýza dotazníkové položky č. 13 - Které laboratorní parametry jsou vypovídající o nutričním stavu pacienta?

V této otázce měly všeobecné sestry z Nemocnice Jičín a z Městské nemocnice Městec Králové napsat, které laboratorní parametry vypovídají o nutričním stavu pacienta. V Nemocnici Jičín opět všech 34 (100%) všeobecných sester zaznamenalo, že laboratorními parametry jsou celková bílkovina a albumin. V Městské nemocnici Městec Králové zaznamenalo 16 (53%) všeobecných sester, že parametry jsou celková bílkovina a albumin, 5 (17%) všeobecných sester napsalo, že to jsou celková bílkovina, albumin a kreatinin, 2 (7%) všeobecných sester zaznamenalo jako laboratorní parametry celkovou bílkovinu, albumin, kreatinin a leukocyty. Zbývajících 7 (23%) všeobecných sester odpovědělo, že laboratorní parametry, které vypovídají o nutričním stavu pacienta, jsou celková bílkovina, albumin, ionty, kreatinin a urea.

Analýza dotazníkové položky č. 14 – Význam změn v základním screeningu pacienta

Tato dotazníková položka se stahuje ke zvoleným výzkumným otázkám, proto je její analýza obsažena v následující kapitole.

Analýza dotazníkové položky č. 15 – Rizikové skupiny nutričních pacientů

Tato dotazníková položka se stahuje ke zvoleným výzkumným otázkám, proto je její analýza obsažena v následující kapitole.

Analýza dotazníkové položky č. 16 – Časový prostor při podávání stravy nesoběstačným pacientům

Tato dotazníková položka se stahuje ke zvoleným výzkumným otázkám, proto je její analýza obsažena v následující kapitole.

Analýza dotazníkové položky č. 17 – Pomoc geriatrickým pacientům s přípravou stravy

Tato dotazníková položka se stahuje ke zvoleným výzkumným otázkám, proto je její analýza obsažena v následující kapitole.

Analýza dotazníkové položky č. 18 – Použití výživy pro pacienty per os

Tabulka č. 9 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 18

<u>Otázka č. 18</u>	Městská nemocnice Městec Králové		Nemocnice Jičín		Nemocnice celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Parenterální výživa	5	17	2	6	19	30
Enterální výživa	4	13	4	12	45	70
Kombinace parenterální a enterální výživy	21	70	28	82	0	0
CELKEM	30	100	34	100	64	100

Tabulka č. 9 zobrazuje odpovědi všeobecných sester z Městské nemocnice Městec Králové a Nemocnice Jičín na otázku č. 18, jakou nejčastější výživu používají u geriatrických pacientů, kteří nemohou přijímat stravu per os. Kombinaci parenterální a enterální výživy používá 21 (70%) respondentů z Městské nemocnice Městec Králové, 4 (13%) respondenti používá enterální výživu a 5 (17%) respondentů používá parenterální výživu. V Nemocnici Jičín používají kombinaci parenterální a enterální výživy 28 (82%) respondentů, 4 (12%) respondentů používá enterální výživu a 2 (6%) respondenti používají parenterální výživu.

Analýza dotazníkové položky č. 19 – Znalost doplňkové stravy – sipping

Tabulka č. 10 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 19

<u>Otázka č. 19</u>	Městská nemocnice Městec Králové		Nemocnice Jičín		Nemocnice celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano – definujte a uveďte příklad	22	74	34	100	56	88
Ano, o druhu této doplňkové stravy jsem slyšel/a, ale nedokáži ji definovat a uvést příklad	1	3	0	0	1	1
Nevím	7	23	0	0	7	11
Neslyšel/a jsem o tomto druhu doplňkové stravy	0	0	0	0	0	0
CELKEM	30	100	34	100	64	100

Tabulka č. 10 zobrazuje odpovědi všeobecných sester z Městské nemocnice Městec Králové a Nemocnice Jičín na otázku č. 19, zda znají doplňkovou stravu – sipping. V Nemocnici Jičín všech 34 (100%) všeobecných sester zodpovědělo, že znají doplňkovou stravu - sipping. Všechny udaly, že je to popíjení nutričního přípravku a každá všeobecná sestra udala minimálně dva názvy sippingu, např. Nutridrink, Cubitan, Diasip, Fresubin, Nutridrink creme. V Městské nemocnici Městec Králové 22 (74%) všeobecných sester znají doplňkovou stravu – sipping a také každá všeobecná sestra udala minimálně dva názvy sippingu, např. Cubitan, Nutridrink, Diasip. Odpověď „ano, o druhu této doplňkové stravy jsem slyšel/a, ale nedokáži ji definovat a uvést příklad“ udala 1 (3%) všeobecná sestra a odpověď „nevím“ zaznamenalo 7 (23%) všeobecných sester.

Analýza dotazníkové položky č. 20 – Standard pro podávání stravy

Tabulka č. 11 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 20

Otázka č. 20	Městská nemocnice Městec Králové		Nemocnice Jičín		Nemocnice celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	25	83	34	100	59	92
Ne	3	10	0	0	3	5
Nevím	2	7	0	0	2	3
Nikdy jsem se o standard tohoto druhu nezajímal/a	0	0	0	0	0	0
CELKEM	30	100	34	100	64	100

Tabulka č. 11 zobrazuje odpovědi všeobecných sester z Městské nemocnice Městec Králové a Nemocnice Jičín na otázku č. 20, zda mají na oddělení vytvořený standard pro podávání stravy pacientům. V Nemocnici Jičín byla 100% (34) shoda, že nemocnice má vytvořený standard pro podávání stravy pacientům. V Městské nemocnici Městec Králové 25 (83%) všeobecných sester zaznamenalo, že „ano“, 3 (10%) všeobecné sestry zaznamenaly, že nemají standard pro podávání stravy pacientům a 2 (7%) všeobecné sestry zaznamenaly, že nevědí, zda mají standard pro podávání stravy pacientům.

Analýza dotazníkové položky č. 21 – Podíl ošetrovatelského týmu při podávání stravy per os

Tato dotazníková položka se stahuje ke zvoleným výzkumným otázkám, proto je její analýza obsažena v následující kapitole.

Analýza dotazníkové položky č. 22 – Podíl rodinných příslušníků při podávání stravy při hospitalizaci

Tato dotazníková položka se stahuje ke zvoleným výzkumným otázkám, proto je její analýza obsažena v následující kapitole.

Analýza dotazníkové položky č. 23 – Informovanost rodinných příslušníků o získání informací o nutričních potřebách geriatrického pacienta

Tato dotazníková položka se stahuje ke zvoleným výzkumným otázkám, proto je její analýza obsažena v následující kapitole.

Analýza dotazníkové položky č. 24 – Disponabilita oddělení edukačním materiálem

Tato dotazníková položka se stahuje ke zvoleným výzkumným otázkám, proto je její analýza obsažena v následující kapitole.

Analýza dotazníkové položky č. 25 - Zkvalitnění nutričního stavu pacienta s podporou edukačního materiálu pro rodinné příslušníky

Tabulka č. 12 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 25

Otázka č. 25	Městská nemocnice Městec Králové		Nemocnice Jičín		Nemocnice celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano, vždy	8	27	18	53	26	41
Ano, ale pouze pokud rodina dodržuje doporučení	22	73	16	47	38	59
Nevím, nepřemýšlel/a jsem o tom	0	0	0	0	0	0
CELKEM	30	100	34	100	64	100

Tabulka č. 12 zobrazuje odpovědi všeobecných sester z Městské nemocnice Městec Králové a Nemocnice Jičín na otázku č. 25, zda edukační materiál o potřebě výživy geriatrického pacienta určený rodinným příslušníkům, může zkvalitnit nutriční stav geriatrického pacienta. V Městské nemocnici Městec Králové 8 (27%) všeobecných sester udalo, že vždy může edukační materiál zkvalitnit nutriční stav geriatrického pacienta a 22 (73%) všeobecných sester zaznamenalo, že může edukační materiál zkvalitnit nutriční stav geriatrického pacienta, ale pouze pokud rodina dodržuje doporučení. V Nemocnici Jičín na první odpověď „ano, vždy“ odpovědělo 18 (53%) všeobecných sester, na druhou odpověď „ano, ale pouze pokud rodina dodržuje doporučení“ odpovědělo 16 (47%) všeobecných sester a na třetí odpověď „nevím, nepřemýšlel/a jsem o tom“ nebyla zaznamenána žádná odpověď.

Analýza dotazníkové položky č. 26 – Zájem o edukační materiál

Tabulka č. 13 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 26

Otázka č. 26	Městská nemocnice Městec Králové		Nemocnice Jičín		Nemocnice celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano, máme zájem	13	43	21	62	34	53
Ne, nemáme zájem	15	50	12	35	27	42
Ne, nepřemýšlel/a jsem o tom	2	7	1	3	3	5
CELKEM	30	100	34	100	64	100

Tabulka č. 13 zobrazuje odpovědi všeobecných sester z Městské nemocnice Městec Králové a Nemocnice Jičín na otázku č. 26, zda by měly zájem o edukační materiál o potřebě výživy geriatrického pacienta určený rodinným příslušníkům, jestliže ho na oddělení nemáte. V Městské nemocnici Městec Králové 13 (43%) všeobecných sester zaznamenalo, že mají zájem o edukační materiál, 15 (50%) všeobecných sester zaznamenalo, že nemají zájem o edukační materiál, z důvodu, že již ho na oddělení v nějaké podobě mají a 2 (7%) všeobecné sestry zaznamenaly, že o tom nepřemýšlely. V Nemocnici Jičín 21 (62%) všeobecných sester mají zájem o edukační materiál, 12 (35%) všeobecných sester nemají zájem o edukační materiál, z důvodu, že ho mají k dispozici na oddělení a 1 (3%) všeobecná sestra o tom nepřemýšlela.

3.7 Analýza výsledků vztahující se k výzkumným otázkám a hypotézám

Tato kapitola obsahuje analýzu a prezentaci dat získaných z vyplněných dotazníků. Důraz je kladen na položky související se stanovenými výzkumnými otázkami a hypotézami a výzkumnými předpoklady. Předpoklady byly stanoveny na základě předvýzkumu.

3.7.1 Výzkumná otázka č. 1

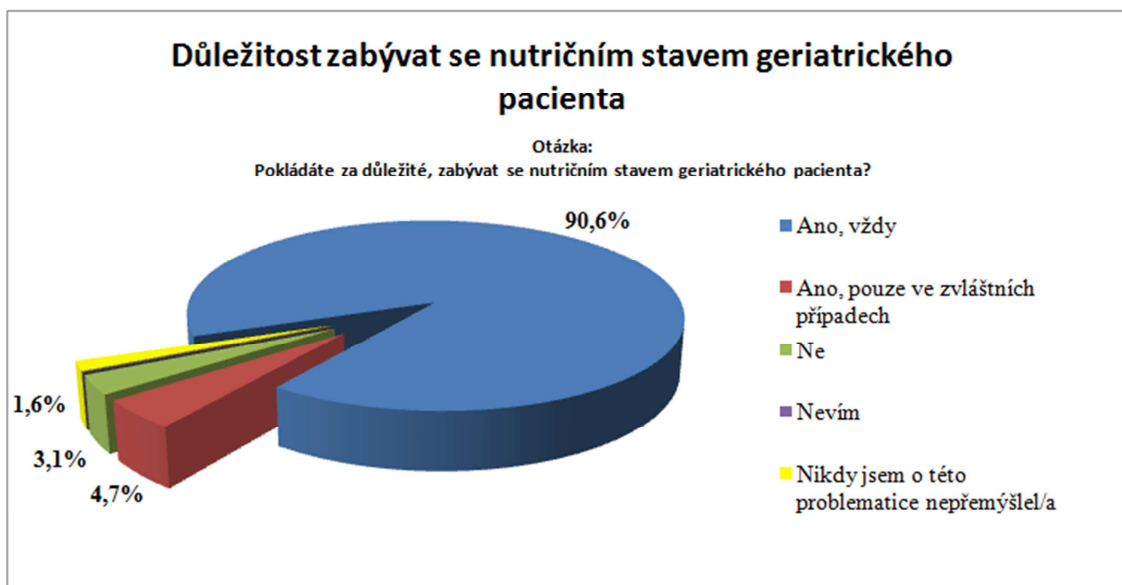
Předpokládáme, že alespoň 75% všeobecných sester zná význam hodnocení nutričního screeningu.

Pro ověřování výzkumného předpokladu bylo využito těchto dotazníkových položek 5,8,11,14. V tabulkách byly barevně rozlišený správné – zelené a špatné – červené odpovědi.

Analýza dotazníkové položky č. 5 – Důležitost zabývat se nutričním stavem geriatrického pacienta

Tabulka č. 14 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 5

<u>Otázka č. 5</u>	Městská nemocnice Městec Králové		Nemocnice Jičín		Nemocnice celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano, vždy	26	87	32	94	58	91
Ano, pouze ve zvláštních případech	2	7	1	3	3	5
Ne	1	3	1	3	2	3
Nevím	0	0	0	0	0	0
Nikdy jsem o této problematice nepřemýšlel/a	1	3	0	0	1	1
CELKEM	30	100	34	100	64	100



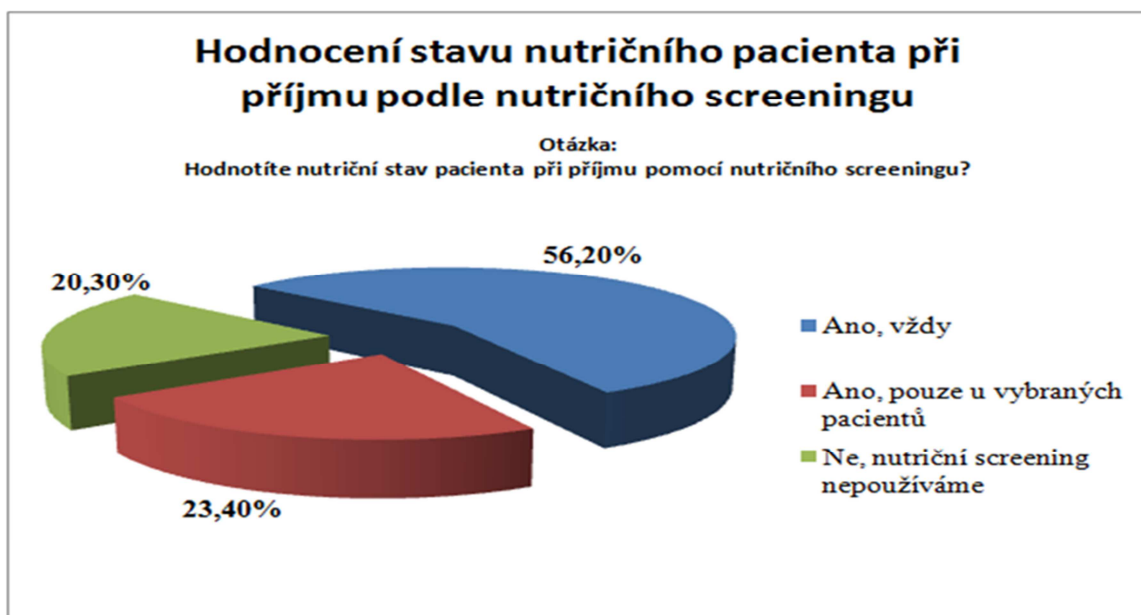
Graf č. 1 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 5

Tabulka č. 14 a graf č. 1 zobrazují odpovědi všeobecných sester z Městské nemocnice Městec Králové a Nemocnice Jičín na otázku č. 5, zda pokládají za důležité, zabývat se nutričním stavem geriatrického pacienta. Z celkového počtu 30 (100%) respondentů Městské nemocnice Městec Králové odpovědělo 26 (87%) respondentů „ano, vždy“, 2 (7%) respondenti odpověděli „ano, pouze ve zvláštních případech“. 1 (3%) respondent odpověděl „ne“ a 1 (3%) respondent odpověděl „nikdy jsem o této problematice nepřemýšlel/a“. V Nemocnici Jičín z celkového počtu 34 (100%) odpovědělo 32 (94%) respondentů „ano, vždy“, 1 (3%) respondent odpověděl „ano, pouze ve zvláštních případech“ a uvedl podvýživu a defekty a 1 (3%) respondent odpověděl „ne“. V celkovém hodnocení respondentů 96% všeobecných sester zaznamenalo, že je důležité zabývat se nutričním stavem geriatrického pacienta.

Analýza dotazníkové položky č. 8 – Hodnocení stavu nutričního pacienta při příjmu podle nutričního screeningu

Tabulka č. 15 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 8

Otázka č. 8	Městská nemocnice Městec Králové		Nemocnice Jičín		Nemocnice celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano, vždy	4	14	32	94	36	56
Ano, pouze u vybraných pacientů	13	43	2	6	15	24
Ne, nutriční screening nepoužíváme	13	43	0	0	13	20
CELKEM	30	100	34	100	64	100



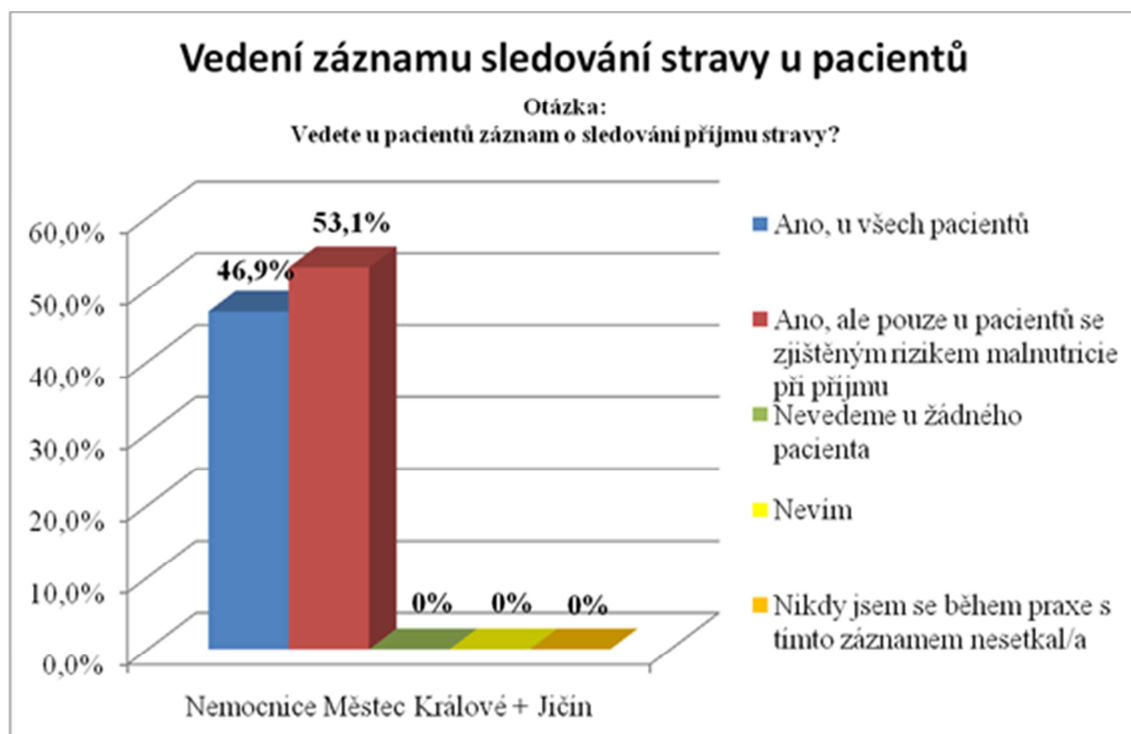
Graf č. 2 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 8

Tabulka č. 15 a graf č. 2 popisují odpovědi všeobecných sester obou nemocnic, jestli hodnotí nutriční stav pacienta při příjmu pomocí nutričního screeningu. V Městské nemocnici Městec Králové 4 (13%) všeobecné sestry odpověděly, že vždy hodnotí nutriční stav pacienta. Na zbývající dvě odpovědi bylo odpověděno stejným počtem respondentů 13 (43%). V Nemocnici Jičín 32 (94%) všeobecných sester odpovědělo, že vždy hodnotí nutriční stav pacienta. Pouze 2 (6%) všeobecné sestry odpověděly, že hodnotí nutriční stav pacienta pouze u vybraných pacientů. V celkovém hodnocení respondentů vplynulo, že 80% všeobecných sester hodnotí nutriční stav při příjmu podle nutričního screeningu.

Analýza dotazníkové položky č. 11 – Vedení záznamu sledování stravy u pacientů

Tabulka č. 16 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 11

Otázka č. 11	Městská nemocnice Městec Králové		Nemocnice Jičín		Nemocnice celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano, u všech pacientů	2	7	28	82	30	47
Ano, ale pouze u pacientů se zjištěným rizikem malnutricie při příjmu	28	93	6	18	34	53
Nevedeme u žádného pacienta	0	0	0	0	0	0
Nevím	0	0	0	0	0	0
Nikdy jsem se během praxe s tímto záznamem nesetkal/a	0	0	0	0	0	0
CELKEM	30	100	34	100	64	100



Graf č. 3 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 11

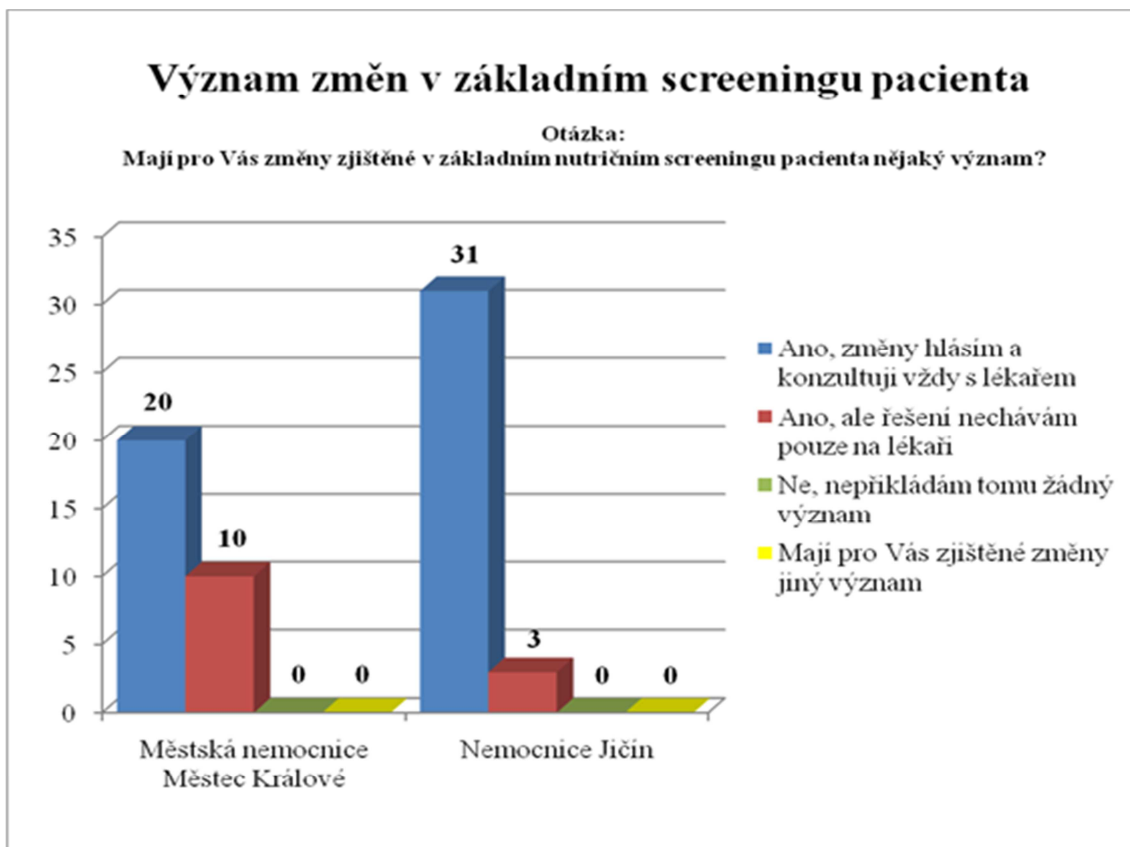
Tabulka č. 16 a graf č. 3 zobrazují odpovědi všeobecných sester z Městské nemocnice Městec Králové a Nemocnice Jičín na otázku č. 11, zda vedou u pacientů záznam

o sledování příjmu stravy. V obou nemocnicích jsou zastoupeny pouze dvě odpovědi. V Městské nemocnici Městec Králové byla ve 28 (93%) zastoupená odpověď, že „ano, ale pouze u pacientů se zjištěným rizikem malnutricie při příjmu“. Zbývající 2 (7%) všeobecné sestry odpověděly, že vedou záznam o sledování příjmu stravy u všech pacientů. Naopak v Nemocnici Jičín byla nejvíce zastoupená odpověď „ano, u všech pacientů“ ve 28 (82%) případech a zbývající 6 (18%) odpovědí, že vedou záznam o sledování příjmu stravy, ale pouze u pacientů se zjištěným rizikem malnutricie při příjmu. Při celkovém hodnocení všech 64 (100%) všeobecných sester vedou záznam sledování stravy.

Analýza dotazníkové položky č. 14 – Význam změn v základním nutričním screeningu pacienta

Tabulka č. 17 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 14

Otázka č. 14	Městská nemocnice Městec Králové		Nemocnice Jičín		Nemocnice celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano, změny hlásím a konzultuji vždy s lékařem	20	67	31	91	51	80
Ano, ale řešení nechávám pouze na lékaři	10	33	3	9	13	20
Ne, nepřikládám tomu žádný význam	0	0	0	0	0	0
Mají pro Vás zjištěné změny jiný význam	0	0	0	0	0	0
CELKEM	30	100	34	100	64	100



Graf č. 4 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 14

Tabulka č. 17 a graf č. 4 zobrazují odpovědi všeobecných sester z Městské nemocnice Městec Králové a Nemocnice Jičín na otázku č. 14, zda mají změny zjištěné v základním nutričním screeningu pacienta nějaký význam pro všeobecné sestry. V Městské nemocnici Městec Králové odpovědělo 20 (67%) všeobecných sester „ano, změny hlásím a konzultuji vždy s lékařem“ a 10 (33%) všeobecných sester odpovědělo „ano, ale řešení nechávám pouze na lékaři“. V Nemocnici Jičín byly také zastoupeny pouze dvě odpovědi. Odpověď „ano, změny hlásím a konzultuji vždy s lékařem“ zaznamenalo 31 (91%) všeobecných sester a odpověď „ano, ale řešení nechávám pouze na lékaři“ zaznamenaly 3 (9%) všeobecných sester. V této dotazníkové položce všech 64 (100%) všeobecných sester se shodlo, že změny zjištěné v základním nutričním screeningu mají význam a vždy je nutno konzultovat s lékaři.

3.7.2 Výzkumná otázka č. 2

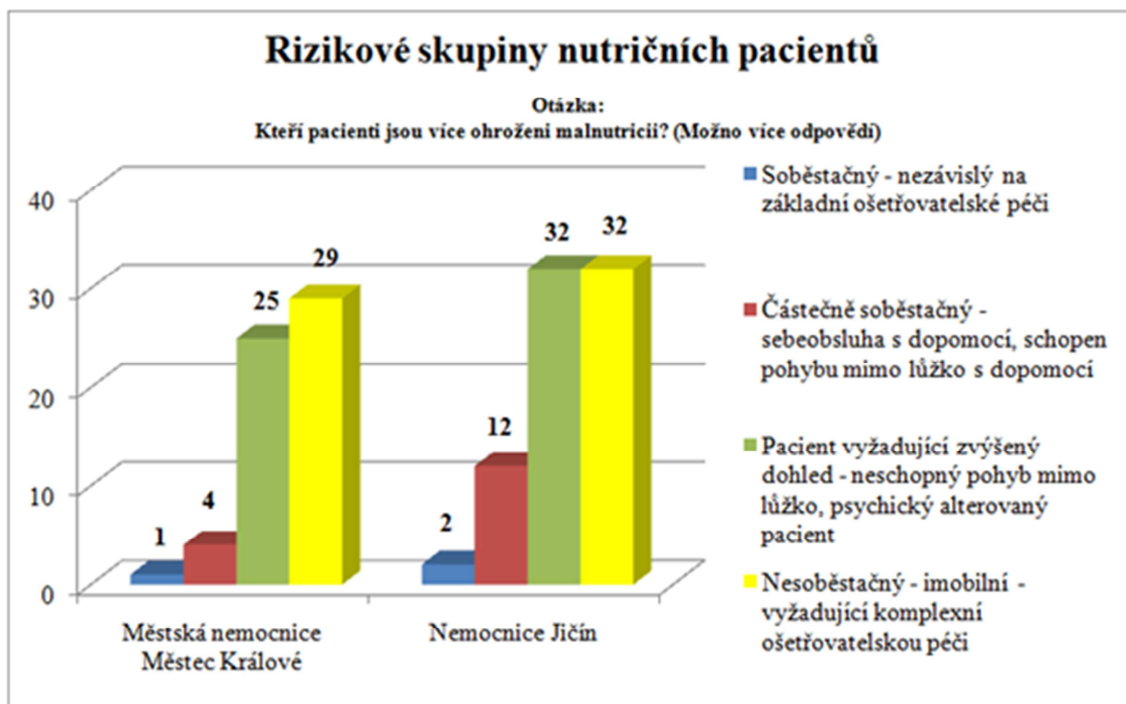
Předpokládáme, že pacienti s poruchou soběstačnosti jsou více jak v 70% ohroženi malnutrici než pacienti bez poruchy soběstačnosti.

Pro ověřování výzkumného předpokladu bylo využito těchto dotazníkových položek 15,17.

Analýza dotazníkové položky č. 15 – Rizikové skupiny nutričních pacientů

Tabulka č. 18 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 15

Otázka č. 15	Městská nemocnice Městec Králové		Nemocnice Jičín		Nemocnice celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Soběstačný - nezávislý na základní ošetřovatelské péči	1	2	2	3	3	2
Částečně soběstačný – sebeobsluha s dopomocí, schopen pohybu mimo lůžko s dopomocí	4	7	12	15	16	12
Pacient vyžadující zvýšený dohled - neschopný pohyb mimo lůžko, psychický alterovaný pacient	25	42	32	41	57	42
Nesoběstačný - imobilní - vyžadující komplexní ošetřovatelskou péči	29	49	32	41	61	44
CELKEM	59	100	78	100	137	100



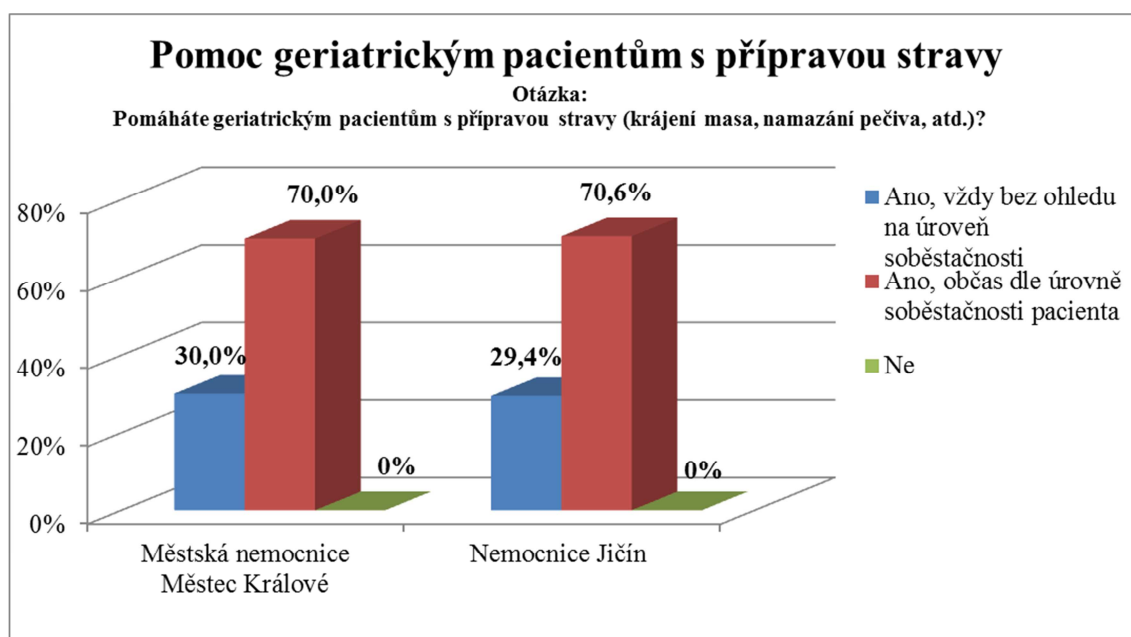
Graf č. 5 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 15

Tabulka č. 18 a graf č. 5 zobrazují odpovědi všeobecných sester z Městské nemocnice Městec Králové a Nemocnice Jičín na otázku č. 15, kteří pacienti jsou více ohroženi malnutrici. V této otázce mohly všeobecné sestry zaškrtnout více variant. V Městské nemocnici Městec Králové dominovala odpověď „nesoběstačný – imobilní – vyžadující komplexní ošetrovatelskou péči“ s 29 (49%). Druhá nejčastější odpověď byla „pacient vyžadující zvýšený dohled – neschopný pohyb mimo lůžko, psychický alterovaný pacient“ s 25 (42%). 4 (7%) odpovědi byly „částečně soběstačný – sebeobsluha s dopomocí, schopen pohybu mimo lůžko s dopomocí“ a „soběstačný – nezávislý na základní ošetrovatelské péči“ zaškrtnulo 1 (2%) respondentů. V Nemocnici Jičín všeobecné sestry zaškrtnuly třetí a čtvrtou odpověď stejným počtem 32 (41%). Druhou odpověď zaškrtnulo 12 (15%) všeobecných sester a první odpověď označily 2 (3%) všeobecné sestry. I v této dotazníkové položce se všeobecné sestry z obou nemocnic shodly, kteří pacienti jsou více ohroženi malnutrici.

Analýza dotazníkové položky č. 17 – Pomoc geriatrickým pacientům s přípravou stravy

Tabulka č. 19 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 17

Otázka č. 17	Městská nemocnice Městec Králové		Nemocnice Jičín		Nemocnice celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano, vždy bez ohledu na úroveň soběstačnosti	9	30	10	29	19	30
Ano, občas dle úrovně soběstačnosti pacienta	21	70	24	71	45	70
Ne	0	0	0	0	0	0
CELKEM	30	100	34	100	64	100



Graf č. 6 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 17

Tabulka č. 19 a graf č. 6 zobrazují odpovědi všeobecných sester z Městské nemocnice Městec Králové a Nemocnice Jičín na otázku č. 17, zda pomáhají geriatrickým pacientům s přípravou stravy. V Městské nemocnici Městec Králové byla nejvíce zastoupená druhá odpověď a to 21 (70%) odpověďmi. Na odpověď „ano, vždy bez ohledu na úroveň soběstačnosti“ odpovědělo 9 (30%) respondentů. V Nemocnici Jičín byla odpověď „ano, vždy bez ohledu na úroveň soběstačnosti“ zvolena 10 (29%) a odpověď „ano, občas dle úrovně soběstačnosti pacienta“ byla zastoupena 24 (71%).

Třetí odpověď „ne“ nebyla zastoupena ani v jedné nemocnici. V celkovém součtu z obou nemocnic 70% všeobecných sester pomáhá geriatrickým pacientům dle úrovně soběstačnosti pacienta.

3.7.3 Výzkumná otázka č. 3

Předpokládáme, že všeobecné sestry ve více jak 60% pociťují nedostatek času při zajištění stravy geriatrickým pacientům.

Pro ověření výzkumného předpokladu bylo využito dotazníkové položky 16.

Analýza dotazníkové položky č. 16 – Časový prostor při podávání stravy nesoběstačným pacientům

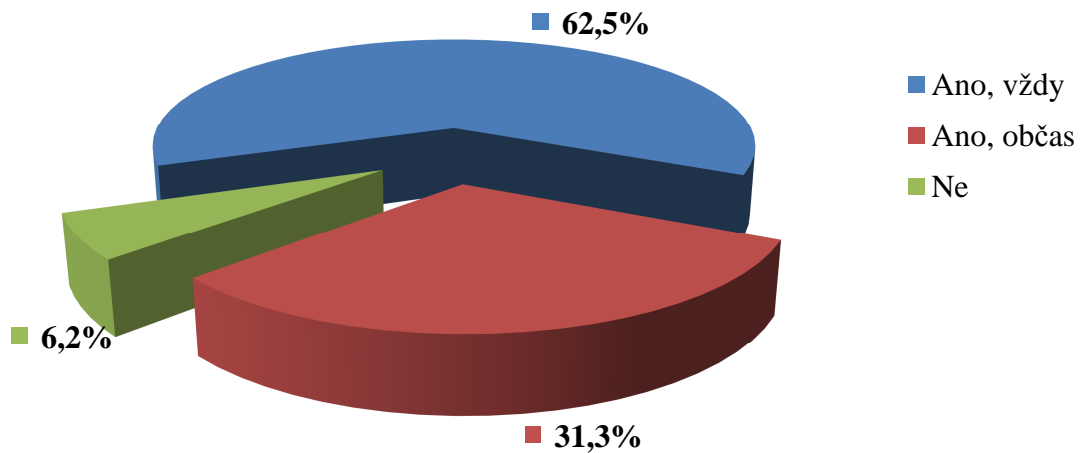
Tabulka č. 20 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 16

<u>Otázka č. 16</u>	Městská nemocnice Městec Králové		Nemocnice Jičín		Nemocnice celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano, vždy	26	87	14	41	40	63
Ano, občas	3	10	17	50	20	31
Ne	1	3	3	9	4	6
CELKEM	30	100	34	100	64	100

Hodnocení časového prostoru sester při podávání stravy nesoběstačným pacientům

Otázka:

Máte dostatek času při podávání stravy u pacientů s poruchou soběstačnosti?



Graf č. 7 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 16

Tabulka č. 20 a graf č. 7 zobrazují odpovědi všeobecných sester z Městské nemocnice Městec Králové a Nemocnice Jičín na otázku č. 16, zda mají dostatek času při podávání stravy u pacientů s poruchou soběstačnosti. Všeobecné sestry v Městské nemocnici Městec Králové v 26 (87%) odpověděly, že „ano, vždy“ mají dostatek času na podávání stravy. Pouze 3 (10%) všeobecných sester odpovědělo, že „ano, občas“ mají dostatek času na podávání stravy a 1 (3%) všeobecná sestra odpověděla, že nemá dostatek času na podávání stravy u pacientů s poruchou soběstačnosti z důvodu více nesoběstačných pacientů. V Nemocnici Jičín odpověděly všeobecné sestry „ano, vždy“ 14 (41%), „ano, občas“ 17 (50%) a „ne“ 3 (9%) z důvodu hodně nesoběstačných pacientů a málo personálu. Zde se všeobecné sestry shodly, že mají dostatek času při podávání stravy geriatrickým pacientům.

3.7.4 Výzkumná otázka č. 4

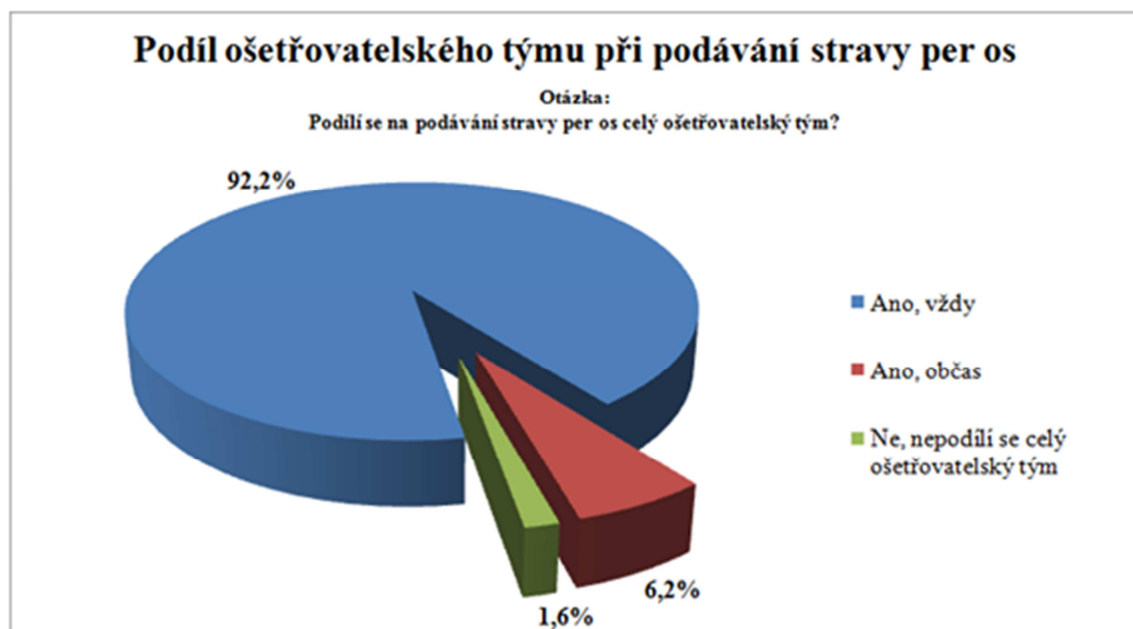
Předpokládáme, že se na organizačním zajištění podávání stravy pacientům podílejí ve více než 80% na sledovaných odděleních všichni členové ošetrovatelského týmu.

Pro ověření výzkumného předpokladu bylo využito dotazníkové položky 21.

Analýza dotazníkové položky č. 21 – Podíl ošetrovatelského týmu při podávání stravy per os

Tabulka č. 21 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 21

<u>Otázka č. 21</u>	Městská nemocnice Městec Králové		Nemocnice Jičín		Nemocnice celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano, vždy	26	87	33	97	59	92
Ano, občas	3	10	1	3	4	6
Ne, nepodílí se celý ošetrovatelský tým	1	3	0	0	1	2
CELKEM	30	100	34	100	64	100



Graf č. 8 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 21

Tabulka č. 21 a graf č. 8 zobrazují odpovědi všeobecných sester z Městské nemocnice Městec Králové a Nemocnice Jičín na otázku č. 21, zda se na podávání stravy per os

podílí celý ošetřovatelský tým. V Městské nemocnici Městec Králové 26 (87%) všeobecných sester odpovědělo, že vždy se podílí celý ošetřovatelský tým, 3 (10%) všeobecné sestry odpověděly, že občas se podílí celý ošetřovatelský tým a 1 (3%) všeobecná sestra odpověděla, že se nepodílí celý ošetřovatelský tým, z vytížení sester při podávání léků. V Nemocnici Jičín 33 (97%) všeobecných sester odpovědělo, že se vždy na podávání stravy per os podílí celý ošetřovatelský tým a 1 (3%) všeobecná sestra udala, že občas se podílí celý ošetřovatelský tým. V této otázce se všeobecné sestry shodly, že se na podávání stravy podílí celý ošetřovatelský tým

3.7.5 Výzkumná otázka č. 5

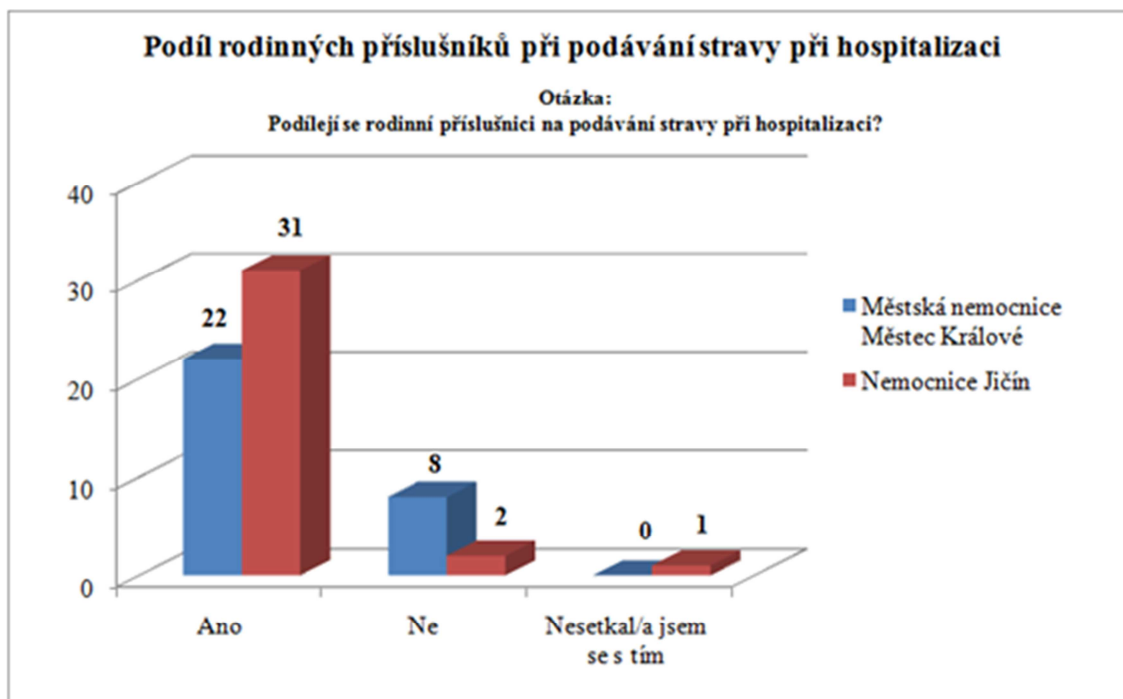
Předpokládáme, že se na podávání stravy pacientům na geriatrických oddělení podílejí ve více než 80% rodinní příslušníci.

Pro ověření výzkumného předpokladu bylo využito těchto dotazníkových položek 22, 23, 24.

Analýza dotazníkové položky č. 22 – Podíl rodinných příslušníků při podávání stravy při hospitalizaci

Tabulka č. 22 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 22

<u>Otázka č. 22</u>	Městská nemocnice Městec Králové		Nemocnice Jičín		Nemocnice celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	22	73	31	91	53	83
Ne	8	27	2	6	10	16
Nesetkal/a jsem se s tím	0	0	1	3	1	1
CELKEM	30	100	34	100	64	100



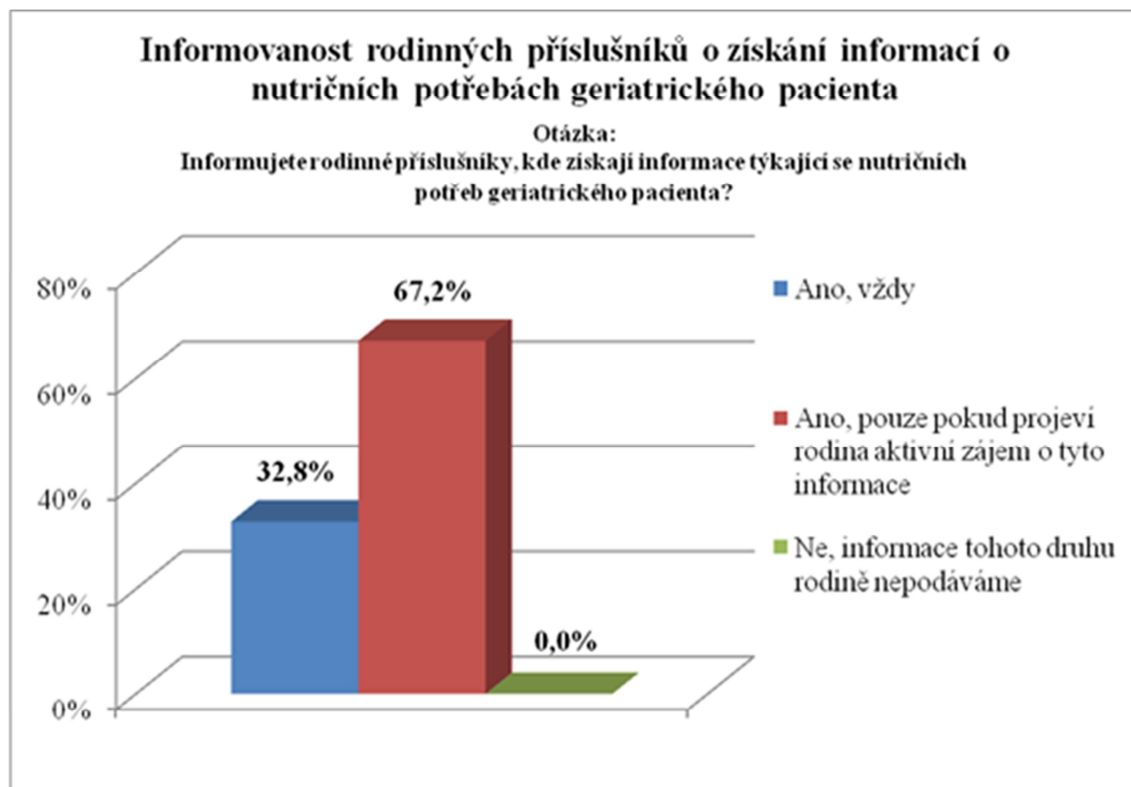
Graf č. 9 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 22

Tabulka č. 22 a graf č. 9 zobrazují odpovědi všeobecných sester z Městské nemocnice Městec Králové a Nemocnice Jičín na otázku č. 22, zda se podílejí rodinní příslušníci na podávání stravy při hospitalizaci. V Městské nemocnici Městec Králové 22 (73%) všeobecných sester zaznamenalo, že se rodinní příslušníci podílejí na podávání stravy. Způsob podílení rodinných příslušníků na podávání stravy je nejčastější vtom, že si při návštěvách nakrmí příbuzného, donesou jeho oblíbené jídlo, přinesou nutriční podporu dle doporučení personálu. Zbytek 8 (27%) všeobecných sester uvedlo, že se rodinní příslušníci nepodílejí na podávání stravy z důvodu hrozící aspirace stravy. V Nemocnici Jičín uvedlo 31 (91%) všeobecných sester, že se rodinní příslušníci podílejí na podávání stravy. Nejčastěji se také podílejí, že přinesou oblíbené jídlo, nakrmí si příbuzného při návštěvě, provedou psychickou podporu příbuzného, donesou doplněk stravy. 2 (6%) všeobecné sestry zaznamenaly, že rodinní příslušníci se nepodílejí a 1 (3%) všeobecná sestra odpověděla, že se s tím nesetkala. U této dotazníkové položky se všeobecné sestry shodly, že v 83% se rodinní příslušníci podílejí na podávání stravy.

Analýza dotazníkové položky č. 23 – Informovanost rodinných příslušníků o získání informací o nutričních potřebách geriatrického pacienta

Tabulka č. 23 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 23

<u>Otázka č. 23</u>	Městská nemocnice Městec Králové		Nemocnice Jičín		Nemocnice celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano, vždy	8	27	13	38	21	33
Ano, pouze pokud projeví rodina aktivní zájem o tyto informace	22	73	21	62	43	67
Ne, informace tohoto druhu rodině nepodáváme	0	0	0	0	0	0
CELKEM	30	100	34	100	64	100



Graf č. 10 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 23

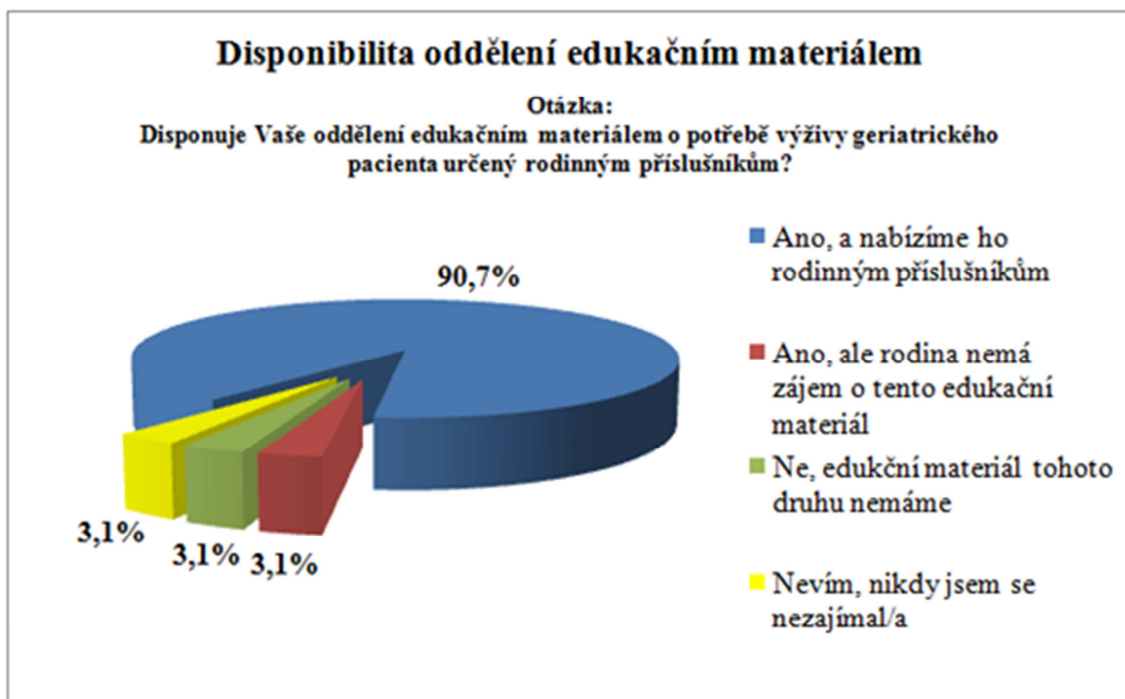
Tabulka č. 23 a graf č. 10 zobrazují odpovědi všeobecných sester z Městské nemocnice Městec Králové a Nemocnice Jičín na otázku č. 23, zda informují rodinné příslušníky o možnostech, kde získají informace týkající se o nutričních potřebách geriatrického pacienta. V Městské nemocnici Městec Králové 8 (27%) všeobecných sester uvedlo, že vždy informují rodinné příslušníky a 22 (73%) všeobecných sester zaznamenalo,

že informují rodinné příslušníky, ale pouze pokud rodina projeví aktivní zájem o tyto informace. V Nemocnici Jičín udalo 13 (38%) všeobecných sester, že vždy informují rodinné příslušníky, kde získají informace o nutričních potřebách a 21 (62%) všeobecných sester odpovědělo, že informují rodinu, ale pouze pokud rodina jeví aktivní zájem. V této otázce byly zaznamenány kladné odpovědi všeobecných sester ohledně informovanosti rodinných příslušníků.

Analýza dotazníkové položky č. 24 – Disponabilita oddělení edukačním materiálem

Tabulka č. 24 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 24

Otázka č. 24	Městská nemocnice Městec Králové		Nemocnice Jičín		Nemocnice celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano, a nabízíme ho rodinným příslušníkům	28	94	30	88	58	91
Ano, ale rodina nemá zájem o tento edukační materiál	1	3	1	3	2	3
Ne, edukační materiál tohoto druhu nemáme	0	0	2	6	2	3
Nevím, nikdy jsem se nezajímal/a	1	3	1	3	2	3
CELKEM	30	100	34	100	64	100



Graf č. 11 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 24

Tabulka č. 24 a graf č. 11 zobrazují odpovědi všeobecných sester z Městské nemocnice Městec Králové a Nemocnice Jičín na otázku č. 24, zda oddělení disponuje edukačním materiálem o potřebě výživy geriatrického pacienta určený rodinným příslušníkům. V Městské nemocnici Městec Králové na odpověď „ano, a nabízíme ho rodinným příslušníkům“ zaznamenalo 28 (94%) respondentů, na odpověď „ano, ale rodina nemá zájem o tento edukační materiál“ odpověděl 1 (3%) respondent a na odpověď „nevím, nikdy jsem se nezajímal/a“ odpověděl také 1 (3%) respondent. V Nemocnici Jičín 30 (88%) všeobecných sester zaznamenalo, že oddělení disponuje edukačním materiálem a nabízí ho rodinným příslušníkům, 1 (3%) všeobecná sestra udala, že mají edukační materiál, ale rodina nemá zájem, 2 (6%) všeobecné sestry zaznamenaly, že edukační materiál nemáme a 1 (3%) všeobecná sestra neví, zda oddělení disponuje edukačním materiálem, nikdy se o to nezajíkala.

4 Diskuse

Cílem výzkumné části bakalářské práce bylo zmapovat znalosti všeobecných sester o významu nutričního screeningu a o důležitosti nutriční podpory u geriatrických pacientů. Výzkum se prováděl ve dvou nezávislých nemocnicích Městská nemocnice Městec Králové a.s. a Nemocnice Jičín a.s. na odděleních následné péče a na lůžkách dlouhodobě nemocných. Zájem byl veden i ke zjištění rozdílů v hodnocení výživy u geriatrických pacientů, používání nutričního screeningu, používání parenterální a enterální výživy a edukace příbuzných geriatrických pacientů o potřebě nutriční výživy v domácím prostředí.

Před samotným výzkumem bylo zapotřebí teoreticky vymezit určité základní pojmy jako například geriatrický pacient, malnutrice, nutriční podpora, potřeba výživy v ošetrovatelské péči. Na teoretickou část navazuje sestavení dotazníku pro všeobecné sestry. Metoda výzkumu byla zvolena formou nestandardizovaného dotazníku, kde byly použity otázky uzavřené, polouzavřené a otevřené. Dotazník byl rozdělen na dvě části. První část obsahovala sociodemografické údaje a druhá část byl vlastní dotazník, kde byly otázky zaměřené na výživu geriatrických pacientů.

Po shromáždění všech doplněných dotazníků, bylo nutné je probádat, zda mohou být použity ve výzkumné části. Dotazníky musely být řádně vyplněny, tj. vyplněny všechny otázky. Celkem bylo rozdáno 30 dotazníků v Městské nemocnici Městec Králové a 35 dotazníků v Nemocnici Jičín. Návratnost dotazníků z Městské nemocnice Městec Králové bylo 30 dotazníků a v Nemocnici Jičín byla návratnost 34 dotazníků. Všechny dotazníky byly řádně vyplněny, proto mohly být zařazeny do výzkumu.

První otázkou týkající se výzkumu je otázka stav znalostí všeobecných sester o významu nutričního screeningu. Pro výzkum byl stanoven tento výzkumný předpoklad: **Předpokládáme, že alespoň 75% všeobecných sester zná význam a hodnocení nutričního screeningu.** V dotazníku byly všeobecné sestry dotazovány, zda pokládají za důležité zabývat se nutričním stavem geriatrického pacienta, aby měli nutričně vyváženou stravu, hodnocení nutričního stavu pomocí nutričního screeningu, laboratorní parametry vypovídající o nutričním stavu pacienta. V otázce zda se zabývat nutričním stavem geriatrického pacienta se všeobecné sestry z obou nemocnic shodly, že vždy je důležité zabývat se nutričním stavem geriatrického pacienta. V Nemocnici Jičín to bylo 32 všeobecných sester a v Městské nemocnici Městec Králové 26 všeobecných sester. Další 3 všeobecné sestry zaznamenaly, že je důležité se zabývat

nutričním stavem, ale pouze ve zvláštních případech. Jako zvláštní případy byly uvedeny chronické defekty a podvýživa. V celkovém hodnocení respondentů 96% všeobecných sester zaznamenalo, že je důležité zabývat se nutričním stavem geriatrického pacienta.

V další otázce zda je důležité, aby geriatrickí pacienti měli nutričně vyváženou stravu, se opět všeobecné sestry z obou nemocnic shodly, že je vždy důležité mít nutričně vyváženou stravu u geriatrických pacientů. V Nemocnici Jičín 33 a v Městské nemocnici Městec Králové 26 všeobecných sester. Zbýlých 5 sester také uvedly, že by měli mít pacienti nutričně vyváženou stravu, ale pouze ve zvláštních případech. Mezi zvláštní případy uvedly podvýživu pacienta. V celkovém hodnocení respondentů vyplynulo, že 80% všeobecných sester hodnotí nutriční stav při příjmu podle nutričního screeningu. K doplnění vyvážené stravy a k doplnění nutričních hodnot se používá tzv. sippingu. Všeobecné sestry měly zaznamenat, zda znají doplňkovou stravu a měly uvést příklad. V 88% všeobecné sestry odpověděly, že znají doplňkovou stravu - sipping. Všechny udaly, že je to popíjení nutričního přípravku, zde byla zaznamenána shoda s odbornou literaturou Grofová 2004 a každá všeobecná sestra udala minimálně dva názvy sippingu, např. Nutridrink, Cubitan, Diasip, Fresubin, Nutridrink creme.

V následujících třech otázkách se budeme zabývat nutričním screeninem. Otázky zněly, zda hodnotí nutriční stav při příjmu pomocí nutričního screeningu, druh nutričního screeningu a četnost provádění nutričního screeningu. V Nemocnici Jičín 32 všeobecných sester odpovědělo, že vždy hodnotí nutriční stav pacienta při příjmu a 2 všeobecné sestry také uvedly, že hodnotí nutriční screening, ale pouze u vybraných pacientů. V Nemocnici Jičín všech 34 všeobecných sester shodně napsalo, že používají Základní nutriční screening zpracován s použitím Nottinghamského dotazníku. Četnost provádění nutričního screeningu v Nemocnici Jičín udalo 30 všeobecných sester, že provádějí vždy při příjmu, 3 všeobecné sestry udaly, že vždy při příjmu s opakující kontrolou a jedna všeobecná sestra uvedla, že provádějí pravidelně dle standardu nemocnice. Opakující kontrolu uvedly všeobecné sestry v jednom případě při snížení hmotnosti, v jednom případě 1x týdně a v jednom případě 1x za 14 dní. V Městské nemocnici Městec Králové jsou velmi rozdílné odpovědi. Pouze 4 všeobecné sestry uvedly, že vždy hodnotí nutriční stav při příjmu pomocí nutričního screeningu. Zbývajících 26 odpovědí bylo rovnoměrně rozděleno mezi odpovědi, že hodnotí nutriční stav pouze u vybraných pacientů a že nepoužívají nutriční screening. 13

všeobecných sester neodpovídalo na tuto otázku, protože u předešlé otázky uvedly, že nutriční screening nepoužívají. 4 všeobecné sestry nedovedly pojmenovat druh nutričního screeningu, i když v předešlé otázce odpověděly, že používají nutriční screening. 5 všeobecných sester zaznamenalo, že jako nutriční screening používají krevní vyšetření – albumin a celkovou bílkovinu. Zbývajících 8 všeobecných sester odpovědělo, že používají MNA (Mini Nutritional Assessment) dotazník. Četnost provádění nutričního screeningu v Městské nemocnici Městec Králové zaznamenalo 12 všeobecných sester, že provádějí nutriční screening vždy při příjmu pacienta, 2 všeobecné sestry udaly, že provádějí vždy při příjmu na oddělení s opakující kontrolou. Jako opakující kontrola bylo udáno v jednom případě 1x za měsíc a ve druhém případě dle stavu pacienta. Dále 3 všeobecné sestry uvedly, že nutriční screening provádějí pravidelně dle standardu oddělení. Zbývajících 13 všeobecných sester nevedlo nic, protože dle předchozích odpovědí nutriční screening nepoužívají.

Sledování příjmu stravy a jeho záznam je další důležitou součástí nutričního screeningu. V Nemocnici Jičín uvedlo 28 všeobecných sester, že u všech pacientů vedou záznam o sledování příjmu stravy a 6 všeobecných sester zaznamenalo, že vedou záznam, ale pouze u pacientů se zjištěným rizikem malnutricie při příjmu. V Městské nemocnici Městec Králové také byly uvedeny pouze tyto dvě odpovědi, ale v opačném poměru. 2 všeobecné sestry udaly, že vždy provádějí záznam a 28 všeobecných sester také provádí záznam, ale pouze u pacientů se zjištěným rizikem malnutricie.

Další složkou nutričního screeningu je laboratorní vyšetření krve. Otázkou bylo, zda se v nemocnici provádí laboratorní vyšetření krve, za účelem sledování nutričního stavu pacienta. V Nemocnici Jičín 23 všeobecných sester zaznamenalo, že se laboratorní vyšetření provádí u všech pacientů při příjmu, 2 všeobecné sestry uvedly, že se provádějí pravidelně u pacientů s malnutricií, 8 všeobecných sester napsalo dle aktuálního stavu pacienta a jedna sestra uvedla, že se toto vyšetření neprovádí. V Městské nemocnici Městec Králové se také provádí laboratorní vyšetření za účelem sledování nutričního stavu pacienta. 16 všeobecných sester uvedlo, že u všech pacientů při příjmu, 4 odpovědi byly u pacientů s rizikem malnutricie a 10 respondentů zaznamenalo, že ano, dle aktuálního stavu pacienta. Na tuto otázku navazuje otevřená otázka, kde měly všeobecné sestry napsat, které laboratorní parametry jsou vypovídající o nutričním stavu pacienta. V porovnání odpovědí dle Kohouta 2004 (teoretická část) se všechny oslovené všeobecné sestry shodly minimálně ve dvou správných aspektech.

V Nemocnici Jičín všech 34 všeobecných sester zaznamenalo, že laboratorními parametry jsou celková bílkovina a albumin. V Městské nemocnici Městec Králové zaznamenalo 16 všeobecných sester, že parametry jsou celková bílkovina a albumin, 5 všeobecných sester napsalo, že to jsou celková bílkovina, albumin a kreatinin, 2 všeobecných sester zaznamenalo jako laboratorní parametry celkovou bílkovinu, albumin, kreatinin a leukocyty. Zbývajících 7 všeobecných sester odpovědělo, že laboratorní parametry, které vypovídají o nutričním stavu pacienta, jsou celková bílkovina, albumin, ionty, kreatinin a urea.

Závěrečnou otázkou u první výzkumné otázky, bylo, zda vůbec měly zjištěné změny v základním nutričním screeningu pacienta nějaký význam. V obou nemocnicích se všeobecné sestry shodly, že zjištěné změny pro ně mají význam. V Nemocnici Jičín 31 všeobecných sester změny hlásí lékaři a provádí konzultaci s lékařem o dalším postupu a 3 všeobecné sestry nechávají rozhodnutí pouze na lékaři. V Městské nemocnici Městec Králové 20 všeobecných sester konzultuje změny s lékařem a zbývajících 10 všeobecných sester nechávají řešení na lékaři. Výzkumná hypotéza vycházela z logického předpokladu, že 75% všeobecných sester odráží orientaci v dané problematice. 94% všeobecných sester odpovědělo kladně, čímž je potvrzena pracovní hypotéza č. 1, která tento výsledek očekávala.

Druhá výzkumná otázka se zabývala myšlenkou, kteří geriatričtí pacienti jsou více ohroženi malnutricií. Pro výzkum byl stanoven tento výzkumný předpoklad: **Předpokládáme, že pacienti s poruchou soběstačnosti jsou více jak v 75% ohroženi malnutricií, než pacienti bez poruchy soběstačnosti.**

Při sestavování otázky č. 15, byla použita kategorizace zdravotních pojišťoven. U této otázky mohly všeobecné sestry zaznamenat více odpovědí. U této otázky se opět všeobecné sestry z obou nemocnic shodly, že nejvíce ohroženi malnutricií jsou pacienti, kteří vyžadují zvýšený dohled, nejsou schopny se pohybovat mimo lůžko. Patří sem i pacienti psychicky alterováni a imobilní pacienti vyžadující komplexní ošetrovatelskou péči. V této hypotéze se všeobecné sestry shodly s literaturou Trachtová 2010, která uvádí, že nejvíce pomoci potřebují staří lidé, zesláblí pacienti, pacienti se smyslovým deficitem, změnou hybností. V malé míře všeobecné sestry i zaznamenaly, že mohou být ohroženi i soběstační pacienti, kteří nejsou závislí na základní ošetrovatelské péči a částečně soběstační. V další otázce, zda pomáháme geriatrickým

pacientům s přípravou stravy, se všeobecné sestry z obou nemocnic shodly, že ano. V Nemocnici Jičín 10 všeobecných sester odpovědělo, že vždy bez ohledu na úroveň soběstačnosti a zbývajících 24 všeobecných sester odpovědělo, že občas pomáhají, záleží na úrovni soběstačnosti pacienta. V Městské nemocnici Městec Králové 9 všeobecných sester zaznamenalo, že vždy pomáhají bez ohledu na úroveň soběstačnosti a 21 všeobecných sester pomáhá geriatrickým pacientům dle úrovně soběstačnosti pacienta. V celkovém součtu z obou nemocnic 70% všeobecných sester pomáhá geriatrickým pacientům dle úrovně soběstačnosti pacienta. Tuto pracovní hypotézu jsem stanovila na základě poznatků z odborné literatury, kde je obecně uváděno, že pacienti se sníženou soběstačností jsou více ohroženi malnutricí. 75% všeobecných sester odpovědělo kladně čímž je potvrzena pracovní hypotéza č. 2, která tento výsledek očekávala.

Ve třetí výzkumné otázce, která zněla: **Předpokládáme, že všeobecné sestry ve více jak 60% pocítují nedostatek času pro zajištění podávání stravy geriatrickým pacientům.** Odpovědi u otázky, zda mají všeobecné sestry dostatek času při podávání stravy u pacientů s poruchou soběstačnosti, mě velice překvapila. V Městské nemocnici Městec Králové 26 všeobecných sester zaznamenalo, že vždy mají dostatek času na podávání stravy, 3 všeobecné sestry udaly, že mají občas dostatek času a jedna všeobecná sestra udala, že není dostatek času na podávání stravy u pacientů s poruchou soběstačnosti. Jako důvod byl uveden mnoho nesoběstačných pacientů. I v Nemocnici Jičín 14 všeobecných sester odpovědělo, že vždy mají dostatek času na podávání stravy u pacientů s poruchou soběstačnosti, 17 všeobecných sester odpovědělo, že občas mají dostatek času a 3 všeobecné sestry uvedly, že nemají dostatek času na podávání stravy. Jako důvod uvedly hodně nesoběstačných pacientů a málo personálu. Dle mého názoru záleží na obloženosti oddělení a samozřejmě na složení pacientů na oddělení. Mnoho imobilních pacientů v dnešní době je vyživováno enterální výživou. Pacient dostává v pravidelných intervalech nutričně vyváženou stravu a aplikace tolik nezatěžuje personál. Provedené výzkumné šetření výzkumného předpokladu č. 3 se nepotvrdilo, neboť více než 60% všeobecných sester uvedlo, že má dostatek času na podávání stravy. Otázkou je, nakolik výsledky prezentovaného šetření odrážejí realitu, neboť všeobecné sestry mohly odpovídat pod tlakem pracovní odpovědnosti, ačkoliv dotazníky byly anonymní

Ve čtvrté výzkumné otázce jsme zmapovali organizační zajištění podávání stravy na odděleních geriatrických pacientů. Pro výzkum byl sestaven tento výzkumný předpoklad: **Předpokládáme, že se na organizačním zajištění podávání stravy pacientům podílejí ve více než 80% na sledovaných odděleních všichni členové ošetrovatelského týmu.** Základní otázkou je, zda má nemocnice vytvořený standard pro podávání stravy pacientům. V Nemocnici Jičín všech 34 všeobecných sester odpovědělo, že nemocnice má standard pro podávání stravy. V Městské nemocnici Městec Králové se odpovědi lišily. 25 všeobecných sester odpovědělo, že mají standard pro podávání stravy, 3 všeobecné sestry udaly, že nemají a 2 všeobecné sestry dokonce odpověděly, že nevědí, zda má nemocnice standard. Standard pro podávání stravy pacientům nám lépe pomůže zvládnout harmonogram podávání stravy.

Navazující otázkou bylo, zda se na podávání stravy per os podílí celý ošetrovatelský tým. V Nemocnici Jičín 33 všeobecných sester uvedlo, že vždy se podílí celý ošetrovatelský tým a pouze jedna sestra odpověděla, že občas se podílí celý ošetrovatelský tým. V Městské nemocnici Městec Králové 26 všeobecných sester udalo, že vždy se podílí celý ošetrovatelský tým, 3 všeobecné sestry zaznamenaly, že občas se podílí celý ošetrovatelský tým a jedna všeobecná sestra udala zápornou odpověď, že se nepodílí celý ošetrovatelský tým z důvodu vytíženosti sester při podávání léků. V této výzkumné otázce 98% všeobecných sester odpovědělo kladně a tímto se potvrdila hypotéza, že se na podávání stravy podílí celý ošetrovatelský tým.

V páté výzkumné otázce se budeme zabývat o informovanosti rodinných příslušníků o nutričních potřebách geriatrického pacienta. Konečným výsledkem byl vypracován manuál pro rodinné příslušníky pacientů o důležitosti správné výživy a nutričních doplňků (příloha č. 7). Pro výzkum byl sestaven tento výzkumný předpoklad: **Předpokládáme, že se na podávání stravy pacientům na geriatrických odděleních podílejí ve více než z 80% rodinní příslušníci.** Analýzou otázky, zda se na podávání stravy podílí i rodinní příslušníci, bylo zjištěno, že v obou nemocnicích se rodinní příslušníci v 93% podílejí na podávání stravy. V Nemocnici Jičín uvedlo 31 všeobecných sester, že se rodinní příslušníci podílejí na podávání stravy. Nejčastěji se podílejí, že přinesou oblíbené jídlo, nakrmí si příbuzného při návštěvě, provedou psychickou podporu příbuzného, donesou doplněk stravy. Dvě všeobecné sestry zaznamenaly, že rodinní příslušníci se nepodílejí z důvodu hrozící aspirace stravy a 1 všeobecná sestra odpověděla, že se s tím nesetkala. V Městské nemocnici Městec

Králové 22 všeobecných sester zaznamenalo, že se rodinní příslušníci podílejí na podávání stravy. Respondenti nejčastěji uvedli, že si při návštěvách podají stravu příbuznému, donesou jeho oblíbené jídlo, přinesou nutriční podporu dle doporučení personálu. Zbytek 8 všeobecných sester uvedlo, že se rodinní příslušníci nepodílejí na podávání stravy z důvodu hrozící aspirace stravy. Zájem o edukační materiál o potřebě výživy geriatrického pacienta určený rodinným příslušníkům byl vyšší v Nemocnici Jičín o 19%. Nezájem o edukační materiál byl v Nemocnici Jičín 35%. Zde všeobecné sestry uvedly jako důvod, že již ho mají na oddělení k dispozici a 3% všeobecných sester o tom nepřemýšlelo, zda mají zájem o edukační materiál. V Městské nemocnici Městec Králové byl nezájem o edukační materiál v 50% a 7% všeobecných sester o tom nepřemýšlelo. Při důkladnějším šetření, jak vypadá edukační materiál, jsem vždy narazila pouze na propagační materiály od firem na nutriční výživu. Výzkumník vycházel z obecného předpokladu, který odráží zkušenosti z praxe, že rodinní příslušníci navštěvují a nosí jídlo z domácích zdrojů. Výsledky empirického šetření potvrdily nutnost potřeby edukace v tomto směru.

5 Návrh doporučení pro praxi

Cílem této bakalářské práce bylo, zda si všeobecné sestry uvědomují důležitost nutričně vyvážené stravy u geriatrických pacientů. Cílem výzkumu bylo mimo jiné i zjistit stav znalostí všeobecných sester o významu, použití a hodnocení nutričního screeningu. Důležitá je také informovanost rodinných příslušníků geriatrických pacientů, jaká výživa a nutriční podpora může zkvalitnit nutriční stav geriatrického pacienta. Tento závěr potvrzují i výsledky prezentovaného empirického šetření v bakalářské práci. Všeobecné sestry z obou nemocnic si myslí, že edukační materiál pro rodinné příslušníky, může zkvalitnit nutriční stav, ale za předpokladu, že rodina dodržuje výživová doporučení. K tomuto účelu byl vytvořen manuál o důležitosti správné výživy a nutričních doplňků. V tomto manuálu bylo použito desatero správné výživy seniora, nabídka nutričních doplňků (příloha č. 7). Manuál se bude nacházet na oddělení, kde se nacházejí geriatričtí pacienti. Bude sloužit nejenom rodinným příslušníkům, ale i všeobecným sestřám při edukaci rodinných příslušníků, protože výzkumné šetření ukázalo, že všeobecné sestry mají dobré odborné znalosti v nutričním hodnocení pacienta.

6 Závěr

Bakalářská práce se zabývá tématem „Význam nutriční podpory na celkový zdravotní stav geriatrických pacientů“. V teoretické části byly vysvětleny základní pojmy, jakými jsou geriatrický pacient, malnutricie, potřeba výživy v ošetrovatelské péči, nutriční podpora. Ve výzkumné části bylo cílem zmapovat znalost všeobecných sester o významu a hodnocení nutričního screeningu, identifikovat, kteří pacienti jsou více ohroženi malnutricií, zmapovat organizační zajištění podávání stravy na odděleních geriatrických pacientů a vypracovat manuál pro rodinné příslušníky geriatrických pacientů.

Bakalářská práce měla čtyři základní cíle. Hlavním cílem bylo zjištění, zda všeobecné sestry znají význam a hodnocení nutričního screeningu. Z provedeného výzkumu vyplynulo, že všeobecné sestry v obou oslovených nemocnicích pokládají za důležité zabývat se nutričním stavem geriatrických pacientů. Déle pokládají za důležité, aby pacienti měli nutričně vyváženou stravu. Všechny všeobecné sestry identifikovaly, kteří pacienti jsou více ohroženi malnutricií. Že to jsou pacienti nesoběstační, psychicky alterovaní, pacienti vyžadující zvýšený dohled. Výzkumná otázka byla potvrzena.

Ve výzkumné otázce, kde jsme předpokládali, že všeobecné sestry pociťují nedostatek času pro zajištění podávání stravy geriatrickým pacientům, jsme výzkumem došly k závěru, že všeobecné sestry nepociťují nedostatek času pro zajištění podávání stravy. Výzkumná otázka byla zamítnuta.

Na čtvrtou výzkumnou otázku, zda se na podávání stravy podílí celý ošetrovatelský tým, se opět všeobecné sestry z obou nemocnic shodly, že se podílí celý ošetrovatelský tým. Výzkumná otázka byla potvrzena.

V páté výzkumné otázce, zda se na podávání stravy podílí rodinní příslušníci, byla výzkumná otázka splněna. V obou nemocnicích se rodinní příslušníci podílejí na podávání stravy.

Závěrem mohu zkonstatovat, že hlavní cíl bakalářské práce byl splněn. Podařilo se zmapovat úroveň péče o pacienty ohrožené malnutricií. V empirické části byly identifikovány a analyzovány skutečnosti, které dávají pohled na praxi ve výživě geriatrických pacientů. Uvedené závěry více méně korespondují s teoretickými poznatky odborné literatury a s výsledky nejnovějších výzkumů v této oblasti. Jak již bylo v úvodu uvedeno, doufám, že některé doporučení pomohou zdokonalit péči o geriatrické pacienty.

Seznam bibliografických citací

Monografie

1. ANDĚL, Michal, Petr BENEŠ. *Výživa nemocných v těžkých stavech*. Vydání 3. doplněné. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999, s. 87-91. ISBN 80-7013-271-X
2. DOENGES, Marilyn E., Mary Frances MOORHOUSE. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Vydání 2. Přepřacované a rozšířené. Praha: Grada Publishing, spol. s r.o., 2001, s. 402-406. ISBN 80-247-0242-8
3. GROFOVÁ, Kala Zuzana. *Dieta pro vyšší věk*. Vydání 1. Praha: Forsapi, 2011, s. 47-48, 29-30. ISBN 978-80-87250-11-2
4. GROFOVÁ, Zuzana. *Nutriční podpora*. Vydání 1. Praha: Grada, 2007, s. 55, 62-65. ISBN 978-80-247-1868
5. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Manuálek sociální gerontologie*. Vydání 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004, s. 24, ISBN 80-7013-363-5
6. HEGYI, Ladislav, Štefan KRAJČÍK. *Geriatría*. Vydání 1. Bratislava: HERBA, spol.s.r.o, 2010, s. 80. ISBN 978-80-89171-73-6
7. KALVACH, Zdeněk, Alice ONDERKOVÁ. *Stáří*. Vydání 1. Praha: Galen, 2006, s. 7. ISBN 80-7262-455-5
8. KALVACH, Zdeněk, Zdeněk ZADÁK, Roman JIRÁK, Helena ZAVÁZALOVÁ, Petr SUCHARDA. *Geriatríe a gerontologie*. Vydání 1. Praha: Grada, 2004, s. 301. ISBN 80-247-0548-6
9. KLENER, Pavel et al. *Vnitřní lékařství*. Vydání 4. Praha: Galén, 2011, s. 828-829. ISBN 978-80-7262-705-9
10. KOHOUT, Pavel. *Dokumentace a hodnocení nutričního stavu pacientů*. Vydání 1. Praha: Maxdorf s.r.o, 2004, s. 10. ISBN 80-7345-030-5
11. KOHOUT, Pavel, Eva KOTRLÍKOVÁ. *Základy klinické výživy*. Vydání 1. Praha: Forsapi, 2009, s. 10, 13-18. ISBN 978-80-87250-05-1
12. NANDA International. *Ošetrovatelské diagnózy, Definice a klasifikace 2012 – 2014*. Vydání 1. Praha: Grada, 2013, s. 180-181, 184-185, 192-193. ISBN 978-80-247-4328-8
13. POKORNÁ, Andrea a kolektiv. *Ošetrovatelství v geriatríi*. Vydání 1. Praha: Grada, 2013, s. 10. ISBN 978-80-247-4316-5

14. RICHARDS, Ann, Sharon EDWARDS. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Vydání 1. Praha: Grada, 2004, s. 144. ISBN 80-247-0932-5
15. SOLAŘ, Svatopluk. *Jak pečovat o PEG a Výživovou sondu, aby ony pečovaly o Vás*. Vydání 1. Praha, 2011, s. 18-19. ISBN 978-80-239-9593-0
16. TRACHTOVÁ, Eva a kolektiv. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vydání 2. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotních oborů, 2010, str.81-94. ISBN 80-7013-324-4
17. URBÁNEK, Libor, Pavla URBÁNKOVÁ, Jaroslava MARKOVÁ. *Klinická výživa v současné praxi*. Vydání 2. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010, s. 15, 46-47, 58. ISBN 978-80-7013-525-9
18. VOKURKA, Martin, Jan HUGO. *Praktický slovník medicíny*. Vydání 5. Praha: Maxdorf s.r.o, 1998, s. 312. ISBN 80-85800-81-0
19. WEBER, Pavel a kolektiv. *Minimum z klinické gerontologie*. Vydání 1. Brno, 2000, s. 15. ISBN 80-7013-314

Odborné články

20. TŮMOVÁ, Lenka. Výživa ve stáří. *Sestra*. Praha: Mladá Fronta a.s. 2007, roč. 17, č. 1, s. 58. ISSN 1210-0404.
21. STAŇKOVÁ, Gabriela. Ošetrovatelská diagnostika v péči o výživu – nedostatečná výživa. *Sestra*. Praha: Mladá Fronta a.s. 2009, roč. 19, č. 10, s. 29-31. ISSN 1210-0404
22. VOJTOVÁ, Markéta. Metody zavedení, indikace a kontraindikace PEG. *Sestra*. Praha: Mladá Fronta a.s. 2009, roč. 19, č. 6, s. 44-46. ISSN 1210-0404

Internetové zdroje

23. STARNOVSKÁ, Tamara. *Na co je třeba se při stravě seniorů zaměřit?* [online]. 2015 [cit. 2015-02-18]. ISSN 1801-8467. Dostupné z: <http://www.ordinace.cz/clanek/vyziva-senioru2/>
24. KUČEROVÁ, Jana. *Zavedení a péče o nasogastrickou sondu*. Nemocnice Jičín. [online] Dostupné z: <http://www.nemjc.cz/odborna-verejnost>

Seznam příloh

Příloha č. 1: Desatero správné výživy seniora.....	83
Příloha č. 2: Nutriční doplňková strava.....	84
Příloha č. 3: Dotazník pro všeobecné sestry.....	86
Příloha č. 4: Základní nutriční screening (zpracováno s použitím Nottinghamského dotazníku).....	92
Příloha č. 5 Protokol k provádění výzkumu Městská nemocnice Městec Králové.....	93
Příloha č. 6 Protokol k provádění výzkumu Nemocnice Jičín.....	94
Příloha č. 7 Manuál pro rodinné příslušníky pacientů o důležitosti správné výživy a nutričních doplňků.....	95

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 Rozložení respondentů všeobecných sester podle pohlaví.....	37
Tabulka č. 2 Rozložení respondentů všeobecných sester podle věku.....	37
Tabulka č. 3 Rozložení respondentů podle jejich nejvyššího dosaženého vzdělání.....	38
Tabulka č. 4 Délka praxe.....	39
Tabulka č. 5 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 6.....	40
Tabulka č. 6 Četnost odpovědí všeobecných sester na otázku č. 7.....	41
Tabulka č. 7 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 10.....	42
Tabulka č. 8 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 12	43
Tabulka č. 9 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 18	45
Tabulka č. 10 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 19	45
Tabulka č. 11 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 20	46
Tabulka č. 12 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 25.....	47
Tabulka č. 13 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 26.....	48
Tabulka č. 14 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 5.....	49
Tabulka č. 15 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 8.....	51
Tabulka č. 16 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 11.....	52
Tabulka č. 17 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 14.....	53
Tabulka č. 18 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 15.....	55
Tabulka č. 19 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 17.....	57
Tabulka č. 20 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 16.....	58
Tabulka č. 21 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 21.....	60
Tabulka č. 22 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 22.....	61

Tabulka č. 23 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 23.....	63
Tabulka č. 24 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 24.....	64

Seznam grafů

Graf č. 1 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 5.....	50
Graf č. 2 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 8.....	51
Graf č. 3 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 11	52
Graf č. 4 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 14	54
Graf č. 5 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 15	56
Graf č. 6 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 17.....	57
Graf č. 7 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 16.....	59
Graf č. 8 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 21.....	60
Graf č. 9 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 22.....	62
Graf č. 10 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 23	63
Graf č. 11 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 24.....	64

Přílohy

Příloha č. 1

Desatero správné výživy seniora

Příjemné prostředí, přítomnost ostatních spolustolovníků, lákavě upravené a chutné jídlo pomáhají seniorům upevnit stravovací návyky a posilují jejich pocit sounáležitosti.

- 1) Konzumovaná strava má být pestrá a střídavá, kuchyňská úprava jídel má být šetrná, aby se zamezilo ztrátě vitamínů.
- 2) Jíst alespoň pětkrát denně menší porce, nehladovět a nepřejídat se.
- 3) Nezapomínat na svačiny, večerní jídlo nejpozději dvě hodiny před spaním.
- 4) Strava má obsahovat minimum živočišných tuků a tučných potravin, kvalitní máslo (25 g denně) je zdrojem vitamínu A, rostlinné tuky (20 g denně) zdrojem vitamínu E a n-6 nenasycených mastných kyselin. Týdně je vhodné jíst dvakrát rybí maso (300 g), které je zdrojem n-3 nenasycených mastných kyselin, jodu a vitamínu D.
- 5) Málo solit, omezit spotřebu cukru (sacharózy, sladkého pečiva, dortů apod.).
- 6) Zvýšit příjem vlákniny, denně sníst alespoň pět porcí celozrnného chleba nebo pečiva, polévky zahušťovat ovesnými vločkami, dávat přednost celozrnným těstovinám, neloupané rýži, jíst syrovou zeleninu a ovoce.
- 7) Ovoce (200 g denně) a zelenina (300 g denně) jsou hlavním zdrojem některých vitamínů, karotenoidů, minerálních látek a antioxidantů.
- 8) Jíst dostatek kvalitních bílkovin, v jídelníčku by nemělo chybět maso (drůbeží, libové vepřové) a vejce (oboje asi třikrát týdně), mléko a mléčné výrobky (denně tři porce), luštěniny, včetně sóji.
- 9) Nezapomínat na pravidelné a časté pití, s věkem se snižuje schopnost pociťovat žízeň. Denně vypít asi dva litry tekutin. Nezapomínat na polévky, vhodné jsou lehké zeleninové vývary.
- 10) Stravu doplnit po konzultaci s lékařem o potravní doplňky, určené pro seniory. Nejčastěji se jedná o vyrovnání nedostatku vápníku a některých vitamínů. Naopak problematické jsou preparáty obsahující více vitamínu A, D a železa (Starnovská 2015).

Zdroj: STARNOVSKÁ, Tamara. *Na co je třeba se při stravě seniorů zaměřit?* [online]. 2015 [cit. 2015-02-18]. ISSN 1801-8467. Dostupné z: <http://www.ordinace.cz/clanek/vyziva-senioru2/>

Příloha č. 2

Nutriční doplňková strava



Zdroj:

http://www.nutriciamedical.cz/uploads/sources/produkty/837e20d51fa611c0cda0b039938abf3b_temp-file-cubitan1-jpg.jpg



Zdroj:

http://www.nutriciamedical.cz/uploads/sources/produkty/1160bb7ff1a541059ae1e5c1dc0c9214_temp-file-diasip1-jpg.jpg



Zdroj:

http://www.nutriciamedical.cz/uploads/sources/produkty/ce8ab3281c23382b4628579b7c01970a_nutridrink-jpg.jpg



Zdroj:

http://www.nutriciamedical.cz/uploads/sources/produkty/d4c855be331924d6359d9f45a91241ec_nutrison-rad-perex-png.png



Zdroj:

http://www.nutriciamedical.cz/uploads/sources/produkty/167811c6a5abe05d8d36352d228264d9_multi-fibre-perex-jpg.jpg



Zdroj:

http://www.nutriciamedical.cz/uploads/sources/produkty/8908944b2ec7e44c545747e7bc18dac5_nutlis-1-jpg.jpg

Příloha č. 3

Dotazník pro všeobecné sestry

Vážená kolegyně / Vážený kolego,

Jsem studentkou bakalářského studijního programu Ošetřovatelství oboru Všeobecná sestra Ústavu zdravotnických studií Technické univerzity v Liberci.

Ráda bych Vás touto cestou požádala o spolupráci při vyplnění následujícího dotazníku, jehož výsledky budou zahrnuty do výzkumné části mé bakalářské práce na téma „Význam nutriční podpory na celkový zdravotní stav geriatrických pacientů“. Vyplnění dotazníku je dobrovolné. U jednotlivých otázek zaškrtněte vždy jednu variantu, která nejlépe vystihuje Vaši odpověď, pokud není uvedeno jinak. V případě nejasností mě můžete kontaktovat na emailové adrese jaroslava.cvrckova@seznam.cz.

Děkuji Vám za spolupráci a čas, který věnujete vyplnění dotazníku.

Jaroslava Cvrčková
Studentka 3. ročníku ÚZS TUL

Sociodemografické údaje

1. Vaše pohlaví

- muž
- žena

2. Váš věk

- 20 – 29
- 30 – 39
- 40 – 49
- 50 a více

3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

- všeobecná sestra s registrací
- diplomovaná sestra
- všeobecná sestra s vysokoškolským vzděláním
- všeobecná sestra se specializací

4. *Délka Vaší praxe*

- 0 -5
- 6 – 10
- 11 – 15
- 16 – 20
- 21 a více

Vlastní dotazník

5. *Pokládáte za důležité, zabývat se nutričním stavem geriatrického pacienta?*

- ano, vždy
- ano, pouze ve zvláštních případech (uved'te, prosím)
- ne
- nevím
- nikdy jsem o této problematice nepřemýšlel/a

6. *Myslíte si, že je důležité, aby geriatrickí pacienti měli nutričně vyváženou stravu?*

- ano, vždy
- ano, ale pouze ve zvláštních případech, uved'te, prosím
- ne, nikdy
- nevím
- nikdy jsem o tom nepřemýšlel/a

7. *Má Vaše nemocnice standard pro hodnocení nutričního stavu pacienta?*

- ano
- ne
- nevím
- nikdy jsem se o standard tohoto druhu nezajímal/a

8. *Hodnotíte nutriční stav pacienta při příjmu pomocí nutričního screeningu:*

- ano, vždy
- ano, pouze u vybraných pacientů
- ne, nutriční screening nepoužíváme

9. *V případě, že jste odpověděl/a na otázku č. 8, uveďte prosím název druhu nutričního screeningu, který používáte:*

.....

10. *Jak často provádíte nutriční screening?*

- vždy při příjmu pacienta na oddělení
- vždy při příjmu pacienta na oddělení s opakující kontrolou, uveďte prosím, za jak dlouho kontrolu provádíte.....
- pravidelně dle standardu nemocnice
- jiné (uveďte, prosím):

11. *Vedete u pacientů záznam o sledování příjmu stravy?*

- ano, u všech pacientů
- ano, ale pouze u pacientů se zjištěným rizikem malnutricie při příjmu
- nevedeme u žádného s pacientů
- nevím
- nikdy jsem se během praxe s tímto záznamem nesetkal/a

12. *Provádíte laboratorní vyšetření krve, dle ordinace lékaře, za účelem sledování nutričního stavu pacienta?*

- ano, u všech pacientů při příjmu
- ano, pravidelně u pacientů s rizikem malnutricie
- ano, dle aktuálního stavu pacienta
- ne, toto laboratorní vyšetření neprovádíme

13. *Které laboratorní parametry jsou vypovídající o nutričním stavu pacienta?*

Uveďte, prosím

.....

14. *Mají pro Vás změny zjištěné v základním nutričním screeningu pacienta nějaký význam?*

- ano, změny hlásím a konzultuji vždy s lékařem
- ano, ale řešení nechávám pouze na lékaři
- ne, nepřikládám tomu žádný význam
- mají pro Vás zjištěné změny jiný význam, uveďte prosím

15. *Kteří pacienti jsou více ohroženi malnutricií?(Možno více odpovědí)*

- soběstačný – nezávislý na základní ošetrovatelské péči
- částečně soběstačný – sebeobsluha s dopomocí, schopen pohybu mimo lůžko s dopomocí
- pacient vyžadující zvýšený dohled – neschopný pohyb mimo lůžko, psychický alterovaný pacient
- nesoběstačný – imobilní – vyžadující komplexní ošetrovatelskou péči

16. *Máte dostatek času při podávání stravy u pacientů s poruchou soběstačnosti?*

- ano, vždy
- ano, občas
- ne – uveďte prosím důvod

17. *Pomáháte geriatrickým pacientům s přípravou stravy (krájení masa, namazání pečiva, atd.)?*

- ano, vždy bez ohledu na úroveň soběstačnosti
- ano, občas dle úrovně soběstačnosti pacienta
- ne – uveďte prosím důvod

18. Jakou nejčastější výživu používáte u geriatrických pacientů, kteří nemohou přijímat stravu per os?

- parenterální výživa
- enterální výživa
- kombinace parenterální a enterální výživy

19. Znáte doplňkovou stravu – sipping?

- ano – definujte a uveďte
příklad
- ano, o druhu této doplňkové stravy jsem slyšel/a, ale nedokáži ji
definovat a uvést příklad
- nevím
- neslyšel/a jsem o tomto druhu doplňkové stravy

20. Máte na oddělení vytvořený standard pro podávání stravy pacientům?

- ano
- ne
- nevím
- nikdy jsem se o standard tohoto druhu nezajímal/a

21. Podílí se na podávání stravy per os celý ošetrovatelský tým?

- ano, vždy
- ano, občas
- ne, nepodílí se celý ošetrovatelský tým – uveďte prosím
důvod

22. Podílejí se rodinní příslušníci na podávání stravy při hospitalizaci

- ano – uveďte prosím jakým způsobem
- ne – uveďte prosím důvod.....
- nesetkal/a jsem se s tím

23. *Informujete rodinné příslušníky o možnostech, kde získají informace týkající se o nutričních potřebách geriatrického pacienta?*

- ano, vždy
- ano, pouze pokud projeví rodina aktivní zájem o tyto informace
- ne, informace tohoto druhu rodině nepodáváme, uveďte důvod proč.....

24. *Disponuje Vaše oddělení edukačním materiálem o potřebě výživy geriatrického pacienta určený rodinným příslušníkům?*

- ano, a nabízíme ho rodinným příslušníkům
- ano, ale rodina nemá zájem o tento edukační materiál
- ne, edukační materiál tohoto druhu nemáme
- nevím, nikdy jsem se nezajímal/a

25. *Myslíte si, že edukační materiál o potřebě výživy geriatrického pacienta určený rodinným příslušníkům, může zkvalitnit nutriční stav geriatrického pacienta?*

- ano, vždy
- ano, ale pouze pokud rodina dodržuje doporučení
- nevím, nepřemýšlel/a jsem o tom

26. *Měli byste zájem o edukační materiál o potřebě výživy geriatrického pacienta určený rodinným příslušníkům, jestliže ho na oddělení nemáte?*

- ano, máme zájem
- ne, nemáme zájem – uveďte prosím důvod
- ne, nepřemýšlel/a jsem o tom

Příloha č. 4:

Základní nutriční screening (zpracováno s použitím Nottinghamského dotazníku)

Základní nutriční screening

(zpracováno s použitím Nottinghamského dotazníku)

Jméno	Příjmení	Titul	Pojišťovna	Rodné číslo
Pohlaví	Hmotnost	Výška	BMI (kg:m ²)	
Nelze-li pacienta změřit a zvážit				2
Nelze-li od pacienta získat informace				3
(v takovém případě nevyplňujeme body B, C, D):				
A) Věk	do 65 let		0	
	nad 65 let		1	
	nad 70 let		3	
B) BMI:	20-30		0	
	18-20, nad 35		1	
	pod 18		2	
C) Ztráta hmotnosti (nechtěná)	žádná		0	
	do 3 kg / 3 měsíce		1	
	3 kg - 6 kg / 3 měsíce nebo volné šatstvo		2	
D) Jídlo za poslední 3 týdny	beze změn v množství		0	
	poloviční porce		1	
	jí občas nebo nic		2	
E) Projevy nemoci	žádné		0	
	bolesti břicha, nechutenství		1	
	zvracení, průjem na šlůdku		2	
F) Faktor stresu	žádný		0	
	střední		1	
	vysoký		2	
Střední faktor stresu				
- chronické onemocnění: diabetes mellitus, menší a nekomplikovaný chirurgický výkon				
Vysoký faktor stresu				
- akutní dekompenzované onemocnění, rozsáhlý chirurgický výkon, pooperační komplikace, umělá plicní ventilace, popáleniny, trauma, krvácení do GIT, hospitalizace na JIP či ARO				
Index: (A + B + C + D + E + F)				
0-3	0	bez nutnosti intervence		
4-7	+	nutná vyšetření dietní sestrou, speciální dieta		
8	→	malnutrice ohrožující život či průběh choroby, bezpodmínečně nutná léčba		
Vypočtené skóre:				
Podpis zpracovatele:				

Kohout 2004, Dokumentace a hodnocení nutričního stavu pacientů

Příloha č. 5

Protokol k provádění výzkumu Městská nemocnice Městec Králové



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	CVRČKOVÁ Jaroslava	
Studijní obor	Osobní číslo studenta Z 11 0000 20	Ročník III. KOMBI
Téma práce	Význam nutriční podpory na celkový zdravotní stav geriatrických pacientů	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	Městská nemocnice Městec Králové a.s. Oddělení následné péče	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Kateřina MAŘANOVÁ	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	podpis <i>Mařanová</i>
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	podpis <i>[Signature]</i>
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	podpis <i>[Signature]</i>
Datum zahájení výzkumu	3. 1. 2015	
Datum ukončení výzkumu	3. 2. 2015	
Počet oslovených respondentů (personálu)	30	
Počet oslovených respondentů (klientů)		
Poznámka:		

V NOVÉM BŘIDĚVĚ dne 3. 1. 2015

[Signature]

podpis studenta



Příloha č. 6

Protokol k provádění výzkumu Nemocnice Jičín



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	CVRČKOVÁ Jaroslava	
Studijní obor	Osobní číslo studenta Z11000020	Ročník III. KOMBI
Téma práce	Význam nutriční podpory na celkový zdravotní stav geriatrických pacientů	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	ON Jičín a. s. - Nemocnice Nový Bydčov Léčebna dlouhodobě nemocných	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Kateřina MAŘANOVÁ	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	podpis <i>Mařanová</i>
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	podpis <i>[Signature]</i>
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	podpis <i>[Signature]</i>
Datum zahájení výzkumu	3. 1. 2015	
Datum ukončení výzkumu	3. 2. 2015	
Počet oslovených respondentů (personálu)	35	
Počet oslovených respondentů (klientů)		
Poznámka:		

v NOVÉM BYDČOVĚ dne 3. 1. 2015

[Signature]

podpis studenta



Příloha č. 7

Manuál pro rodinné příslušníky pacientů o důležitosti správné výživy a nutričních doplňků

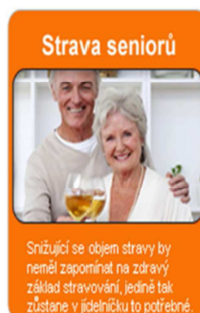
Nutriční doplňky



Fresenius Kabi Deutschland
GmbH, Bad Homburg, SRN



www.nutricia.cz



Snižující se objem stravy by neměl zapomenat na zdravý základ stravování, jediné tak zůstane v jídelníčku to potřebné.



Příjemné prostředí, přítomnost ostatních spolustolovníků, lákavě upravené a chutné jídlo pomáhají seniorům upevnit stravovací návyky a posilují jejich pocit sounáležitosti

Zadní a přední strana manuálu

Desatero správné výživy seniorů

1. Konzumovaná strava má být pestrá a střídavá, kuchyňská úprava šetná, aby se zamezilo ztrátě vitamínů.
2. Jíst alespoň pětkrát denně menší porce, nehladovět a nepřejídat se.
3. Nezapomínat na svačiny, večerní jídlo nejspózněji dvě hodiny před spaním.
4. Strava má obsahovat kvalitní máslo, které je zdrojem vitamínu A, rostlinné tuky zdrojem vitamínu E a n-6 nenasycených mastných kyselin. Týdně je vhodné jíst 2x rybí maso, které je zdrojem n-3 nenasycených mastných kyselin, jodu a vitamínu D.
5. Málo solit, omezit spotřebu cukru
6. Dostatek vlákniny, denně sníst 5 porcí celozrnného chleba nebo pečiva, polévky zahušřovat ovesnými vločkami, upřednostňovat celozrnné těstoviny, neloupanou rýži a syrovou zeleninu a ovoce.
7. Ovoce a zelenina jsou hlavním zdrojem vitamínů, minerálních látek a antioxidantů.
8. Dostatek kvalitních bílkovin, maso (drůbeží, libové vepřové) a vejce (oba asi třikrát týdně), mléko a mléčné výrobky (denně tři porce), luštěniny, včetně sóji.
9. Nezapomínat na pravidelné a časté pití. Denně vypít asi dva litry tekutin. Vhodné jsou lehké zeleninové vývary.
10. Při nedostatečném příjmu stravy jsou vhodné nutriční doplňky. Nejčastěji se jedná o vyrovnání nedostatku vápníku a některých vitamínů. (Stamovská 2015).



Vnitřní strana manuálu. STARNOVSKÁ, Tamara. *Na co je třeba se při stravě seniorů zaměřit?* [online]. 2015 [cit. 2015-02-18]. ISSN 1801-8467. Dostupné z: <http://www.ordinace.cz/clanek/vyziwa-senioru2/>.

