

Bariéry aplikace nutričních škál v praxi na interních odděleních a odděleních následné péče

Němečková Jana

Bakalářská práce
2015



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd
akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jana Němečková**
Osobní číslo: **H12349**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Bariéry aplikace nutričních škál v praxi na interních odděleních a odděleních následné péče**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury týkající se tématu bakalářské práce.

Zpracování teoretické části práce.

Vymezení pojmů a teoretických východisek týkajících se hodnocení stavu výživy seniorů.

Příprava metodiky průzkumné části.

Realizace kvantitativního výzkumu u všeobecných sester v nemocničních zařízeních formou dotazníkového šetření.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

JAROŠOVÁ, Darja. Péče o seniory. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. ISBN 80-7368-110-2.

KALVACH, Zdeněk. Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.
KLIMEŠOVÁ, Iva a Jiří STELZER. Fyziologie výživy. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-802-4432-809.

POKORNÁ, Andrea a kolektiv. Ošetřovatelství v geriatrii. Hodnotící nástroje. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4316-5.

TOPINKOVÁ, Eva. Geriatrie pro praxi. Praha: Galén, 2005. ISBN 978-80-7262-365-6.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Pavla Kudlová, PhD.**

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **26. ledna 2015**

Termín odevzdání bakalářské práce: **22. května 2015**

Ve Zlíně dne 26. ledna 2015


doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odprá-ví autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolnosti až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídně k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářské práce se zabývá problematikou aplikace nutričních škál v praxi na interních odděleních a odděleních následné péče. Teoretická část práce popisuje složky a poruchy výživy, škály pro posouzení stavu výživy, kompetencemi a vzděláváním všeobecných sester a nutričních terapeutů.

Praktická část je stanovena na základě anonymního dotazníkového šetření u všeobecných sester ve zdravotnických zařízeních nemocnice Hodonín, Uherské Hradiště a Kyjov.

Cílem bakalářské práce je zjistit, jaké jsou bariéry aplikace nutričních škál u pacientů na interních odděleních a odděleních následné péče.

Klíčová slova: nutriční škála, výživa, nutriční terapeut, bariéra

ABSTRACT

Bachelor thesis deals with the application of nutritional scales in practice in internal departments and wards aftercare. The theoretical part describes the ingredients and nutritional disorders, scales for assessing nutritional status, competence and training of nurses and nutritional therapists.

The practical part based on anonymous questionnaire survey among nurses in Hospital Hodonín, Uherské Hradiště and Kyjov.

The aim of thesis is to find out what are the barriers to the application of nutritional scales for patients in internal departments and ward aftercare.

Keywords: nutritional variety, nutrition, nutritional therapist, barrier

Poděkování

Děkuji za velmi užitečnou metodickou pomoc, odborné vedení, cenné připomínky a rady PhDr. Pavle Kudlové PhD., které mně poskytla při zpracování bakalářské práce. Rovněž bych ráda poděkovala mé milující rodině za podporu a obrovskou trpělivost, kterou mně poskytovali po celou dobu studia.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD.....	10
I. TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 VÝŽIVA.....	12
1.1 Základní složky výživy.....	12
1.1.1 Sacharidy	13
1.1.2 Lipidy.....	13
1.1.3 Proteiny	14
1.1.4 Vlákna.....	14
1.1.5 Minerální látky a stopové prvky	15
1.1.6 Vitamíny	15
1.2 Pitný režim	16
1.2.1 Hydratace	16
1.2.2 Voda.....	16
2 PORUCHY VÝŽIVY	18
2.1 Malnutrice.....	18
2.1.1 Proteino - energetická malnutrice	18
2.1.2 Proteinová malnutrice	19
2.1.3 Karence	19
2.1.4 Kachexie	19
2.1.5 Deplece	19
2.1.6 Sarkopenie	19
2.2 Klinické důsledky a rizika malnutrice.....	19
2.3 Podvýživa.....	20
2.4 Obezita.....	20
2.5 Hladovění.....	20
2.6 Dysfagie	21
3 HODNOCENÍ STAVU VÝŽIVY.....	22
3.1 Nutriční anamnéza.....	23
3.2 Antropometrické vyšetření	23
3.3 Somatické vyšetření.....	24
3.4 Laboratorní vyšetření	24
3.5 Přehled screeningových nástrojů	25

3.5.1	BMI.....	25
3.5.2	Mini Nutritional Assessment (MNA)	25
3.5.3	Mini Nutritional Assessment – Short Form (MNA-SF)	26
3.5.4	Nottinghamský screeningový test.....	26
3.5.5	Subjective Global Assessment (SGA)	26
3.5.6	Nutritional Risk Screening (NRS)	27
3.5.7	Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)	27
3.6	<i>Hospitalizovaní pacienti na interních odděleních a odděleních následné péče dle ÚZIS.....</i>	28
3.7	<i>Nutriční terapeut.....</i>	29
3.8	<i>Všeobecná sestra.....</i>	30
3.9	<i>Edukace zdravotnických pracovníků v oblasti výživy.....</i>	31
II.	PRAKTICKÁ ČÁST	33
4	CÍLE PRÁCE.....	34
5	METODIKA PRÁCE.....	35
5.1	<i>Charakteristika zkoumaného vzorku.....</i>	35
5.2	<i>Metody získávání a zpracování dat.....</i>	35
5.3	<i>Organizace šetření.....</i>	36
5.4	<i>Zpracování dat.....</i>	36
6	PREZENTACE VÝSLEDKŮ PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	37
6.1	<i>Dotazník.....</i>	37
7	DISKUZE	66
7.1	<i>Analýza získaných dat a porovnání výsledků.....</i>	66
7.2	<i>Doporučení pro praxi</i>	75
8	ZÁVĚR	76
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	78
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	81
	SEZNAM GRAFŮ	82
	SEZNAM TABULEK	84
	SEZNAM PŘÍLOH.....	86

ÚVOD

Nutriční screening je rychlý a jednoduchý nástroj ke zjištění stavu výživy pacienta. Jde o aktivní vyhledávání pacientů, kteří jsou ohroženi rizikem malnutrice. Nutriční dotazník je vyplněn všeobecnými sestrami při příjmu pacienta do zdravotnického zařízení a v závislosti na vyhodnocení výsledku stavu výživy, je povolán nutriční terapeut, který má možnost a kompetence včas zahájit potřebnou nutriční intervenci a předejít mnoha závažným komplikacím.

Práci na dané téma jsem si vybrala proto, jelikož se mě problematika výživy a screeningu úzce pracovně i osobně dotýká. Zařízení, ve kterém pracuji od ukončení studia na střední zdravotnické škole do současnosti, jsou hospitalizováni z větší části imobilní pacienti, u kterých lze určit stav výživy jen velmi omezeně.

Cílem bakalářské práce je především vyhledání bariér v aplikaci nutričního screeningu na interních odděleních a odděleních následné péče, vybavenosti oddělení potřebnými pomůckami ke správnému zhodnocení stavu výživy pacientů a především ochotě zdravotnického personálu se k problematice nutričního screeningu dále vzdělávat a edukovat.

V teoretické části bakalářské práce najdeme seznámení s výživou, poruchami výživy, nutričním screeningem, přehledem používaných screeningových nástrojů, kompetencemi a vzděláváním všeobecných sester a nutričních terapeutů. Praktická část popisuje zavádění nutričního screeningu v praxi u méně pohyblivých či imobilních pacientů v nemocnici Kyjov, Uherské Hradiště a Hodonín. Součástí praktické části je zhodnocení vybavenosti oddělení patřičnými pomůckami a rozbor souboru pacientů, kteří byli hospitalizováni ve výše popsaných nemocnicích na vybraných odděleních.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 VÝŽIVA

Výživa je významný faktor životního stylu, který ovlivňuje zdraví. Poskytuje nejen pokrytí základních potřeb energie a jednotlivých živin nezbytných k životu, ale je spojena i s emocemi, často s pocitem uspokojení. Výživa se společně s fyzickou aktivitou podílí na výsledném výživovém stavu jedince (Mullerová, 2003).

Výživa patří mezi základní potřeby člověka. Odedávna je osud člověka spojen s výživou. Výživa léčbu nenahrazuje, ale umožňuje a je základní součástí ošetrovatelské péče (Grofová, 2007). Velmi podstatným způsobem přispívá k léčbě různých chorob a umožňuje léčebné postupy, které by jinak nebylo možné vůbec realizovat. Přiměřeně se živit, nebo jíst by měl každý, ať zdravý či nemocný. Výživa musí být především plnohodnotná. Jde o udržování přiměřené hmotnosti a zachování svalové hmoty. S výživou je spojená i přiměřená pohybová aktivita (Grofová, 2007).

Energetické nároky se ve stáří za běžných okolností mírně snižují. Jde o pokles bazálního metabolismu s věkem. Během choroby ale nároky opět stoupnou. K zachování svalové hmoty je možné přispět pouze dostatečným přívodem bílkovin (Grofová, 2007). *Dostatečný a specifický příjem živin je nutný zejména pro růst rychle se tvořících tkání jako střevních, slizničních a kožních buněk lymfocytů a erytrocytů. Při kvantitativním nedostatku živin i při kvalitativních poruchách výživy trpí tyto tkáně nejdříve. Porucha funkce trávicího traktu pak druhotně prohlubuje poruch vstřebávání přijatých živin (Svačina a kol. 2008, s. 25).*

Výživa je jedním z faktorů, které významně ovlivňují pohodu člověka. Je posuzována komplexně získáváním výživové anamnézy, klinickým vyšetřením stavu výživy, laboratorním a antropometrickým vyhodnocením (Jarošová, 2007).

1.1 Základní složky výživy

Živá hmota je složena ze čtyř základních prvků, kyslíku, dusíku, uhlíku a vodíku. Jsou též základní stavební součástí lidského těla. Získáváme je potravou. Složky výživy rozdělujeme na dvě velké skupiny, makronutrienty a mikronutrienty. Za makronutrienty považujeme sacharidy, lipidy, proteiny a vlákninu. Mikronutrienty označujeme minerály, vitamíny a stopové prvky (Grofová, 2007).

1.1.1 Sacharidy

Sacharidy jsou cyklické uhlovodíky, tvoří hlavní energetický zdroj pro organismus (Grofová, 2007). Jsou primárním zdrojem energie pro náš organismus, zejména pro náš mozek a také pro svaly při tělesné zátěži. Ve stravě jsou bohatě zastoupeny například v obilovinách, zelenině, luštěninách. Ovoce je dobrým zdrojem zejména jednoduchých cukrů (Klimešová, 2013). Představují 40 - 55 % celkového příjmu. Sacharidy mohou být jednoduché a složené. Nejznámější jednoduché sacharidy jsou glukóza, fruktóza, galaktóza. Složením dvou jednotek jednoduchých cukrů vznikne disacharid. Nejznámější je sacharóza (řepný cukr), laktóza (mléčný cukr) a maltóza (sladový cukr) (Grofová, 2007).

1.1.2 Lipidy

Lipidy tvoří zásobní formu energie v organismu, tukovou tkáň. Jsou v organismu využívány jako zdroj energie zejména v období odpočinku, hladovění, nebo při fyzické aktivitě nízké až střední intenzity. Lipidy obsažené v živočišném tuku mají obvykle tuhou formu, protože obsahují převážně nasycené mastné kyseliny (sádlo, máslo). Rostlinné oleje mají tekutou podobu, protože obsahují zejména nenasycené mastné kyseliny (řepkový, slunečnicový nebo olivový olej) (Klimešová, 2013).

Jako tuky označujeme triacylglyceroly tzv. neutrální tuky. *Jejich průměrný denní příjem je okolo 70 – 140g* (Mullerová, 2003, s. 20). Mezi lipidy patří také složené lipidy, jejich nejvýznamnějším zástupcem je cholesterol. Lipidy mají i strukturální význam. Tvoří ochranná pouzdra orgánů. Jsou nutné pro vitamíny rozpustné v tucích. Důležitý je cholesterol. Tvoří součást biologických membrán, což je stěna každé buňky v těle. Jeho syntéza je energeticky náročná a probíhá v noci. Cholesterol je prekurzorem steroidních hormonů, což jsou hormony kůry nadledvin (kortikoidy) a také hormony pohlavní. Cholesterol je obsažen v živočišných tkáních, v rostlinách se nevyskytuje. Podíl tuku ve zdravém lidském těle je okolo 20% (Grofová, 2007). *Nejhrubší dělení je podle původu na živočišné a rostlinné tuky* (Grofová, 2007, s. 72).

Za optimální je považováno množství 0,3 g živočišných a 0,4 g rostlinných tuků na kg hmotnosti. V celkovém příjmu energie by nemělo přesahovat 30 %, u rizikových jedinců s prokázanou aterosklerózou dokonce 20 %. WHO doporučuje podíl nasycených a polynenasycených mastných kyselin méně než 15 % jako prevence kardiovaskulárních a

onkologických onemocnění. Denní dávka cholesterolu by neměla přesáhnout 300 mg za den (Kudlová, 2009).

1.1.3 Proteiny

Proteiny jsou pro život extrémně důležité. Jsou nositelé biochemických projevů živé hmoty. Život bez bílkovin není možný. V organismu jsou využívány pro obnovu buněk jako součást enzymů nebo hormonů. Jsou součástí imunitního systému. Jako zdroj energie jsou v organismu využívány minimálně, uplatňují se zejména při obnově buněk a tkání, podílejí se významně na regulaci metabolismu. V živočišné potravě jsou obsažené například ve vejcích, masě či mléce. V rostlinné stravě je najdeme v luštěninách, semenech rostlin, ořechách a cereáliích. Za nejkvalitnější a současně nejlevnější zdroj bílkovin ve stravě považujeme tvaroh a vaječný bílek (Klimešová, 2013).

Proteiny jsou tvořeny aminokyselinami, jejichž pořadí je pro každou bílkovinu unikátní. Je tím vlastně určena. Aminokyselina se v přírodě vyskytuje 20, pro člověka je jich 9 esenciálních. To znamená, že je neumíme vyrobit a musí se do těla dodat. Pokud by nějaká aminokyselina trvale chyběla, nemohly by se tvořit bílkoviny, které ji obsahují. V těle není žádná zásobárna proteinů, vždy se musí sáhnout na funkční struktury. Pokud by došlo ke značné ztrátě proteinů, znamená to současně ztrátu funkce orgánu. Proteiny neslouží jako energetický zdroj (Grofová, 2007, s. 73).

Doporučovaný energetický příjem proteinů v potravě u zdravých dospělých osob s obvyklou fyzickou aktivitou je průměrně 12-15% za den (Svačina, 2008).

1.1.4 Vlákna

Vlákna je látka sacharidového původu, které jsou součástí buněčných membrán rostlin. Je odolná vůči lidským trávicím enzymům. Náleží k součásti rostlinné stravy a pro lidský trávicí trakt je nestravitelná, nebo stravitelná pouze částečně (Klimešová, 2013).

Působí preventivně proti rozvoji celé řady civilizačních chorob například obezity, zácpy, kardiovaskulárních chorob a některých druhů rakoviny. Nejvhodnějšími zdroji vlákniny jsou zelenina, výrobky z celozrnné mouky, luštěniny, ovoce, zelenina a houby. Vlákna rozpustná ve vodě váže na sebe v trávicím traktu velké množství vody, tím zvětšuje svůj

objem a zpomaluje pasáž trávicím traktem. Zvětšením objemu v žaludku dodává pocit nasycení a změkčením střevního obsahu pomáhá při vyprazdňování (Klimešová, 2013).

Vláknina nerozpustná ve vodě zlepšuje střevní peristaltiku a umožňuje rychlejší vylučování toxických látek z těla a jejich kratší kontakt se sliznicí tlustého střeva (Klimešová, 2013).

1.1.5 Minerální látky a stopové prvky

Minerální látky mají významnou stavební roli. Podílí se na tvorbě tkání, růstu orgánů a jejich funkcích. Jsou součástí mnohých biochemických procesů v metabolismu živin, podílí se na vedení vzruchů a jiných fyziologických činnostech. Dělíme je na:

1. Makroelementy, resp. elektrolyty – vápník, fosfor, hořčík, síra, sodík, draslík a chlór
2. Mikroelementy – železo, zinek, měď, selen, jód, chróm
3. Stopové prvky – jejich účinnost se stále ověřuje, např. arsen, bór, mangan, nikl křemík (Beno, 2008)

1.1.6 Vitamíny

Vitamíny jsou součástí nejrůznějších enzymů, biokatalyzátory biochemických reakcí v organismu, některé z nich jsou významnými antioxidanty. Vitamíny neposkytují tělu žádnou energii, ale přesto jsou nezbytnou složkou naší stravy. Obvykle jsou potřebné v denní dávce pouze několika miligramů, nebo mikrogramů. Lidský organismus si, až na některé výjimky, nedokáže vitamíny sám vyrobit, a proto je musí získávat prostřednictvím stravy. Hrají nezastupitelnou roli v obnově struktury kostí a svalové tkáně, krvetvorbě a také při podpoře imunitního systému (Klimešová, 2013).

Nedostatečný příjem vitamínů potravou se v organismu projeví různými poruchami. V lehčích případech hovoříme o hypovitaminózách, těžší formy se nazývají avitaminózy. Dlouhodobý extrémní nedostatek vitamínů může mít i fatální následky. Obecně se vitamíny dělí na rozpustné v tucích (A, D, E, K) a rozpustné ve vodě (C, B- komplex) (Klimešová, 2013).

1.2 Pitný režim

Pitný režim začíná ráno a trvá celý den. Znamená to, že do těla, které je tvořeno z 60 % vodou, pravidelně a průběžně denně tekutiny doplňujeme. Základní tekutinou je čistá voda. Kávu s obsahem kofeinu a silný čaj, mají močopudný účinek a do příjmu tekutin je nepočítáme (Grofová, 2007).

Nedostatek tekutin způsobuje dehydrataci organismu, což vnímají ze všeho nejdříve mozkové buňky. Akutní nedostatek tekutin se projevuje žízní, větší ztráty vody vedou k poklesu fyzické i psychické výkonnosti, pocitu slabosti, nevolnosti až křečím. Dlouhodobý nedostatek tekutin má za následek stálou únavnost, pokles výkonnosti a samozřejmě větší pravděpodobnost vzniku ledvinových kamenů. Největší problém s dodržením pitného režimu mají děti a senioři (Kunová, 2004).

1.2.1 Hydratace

Vše v organismu je závislé na tekutině a vše probíhá v roztoku. Podíl vody v organismu je 60%. Přívod tekutin je naprosto nezbytný, ať už se jedná o pitný režim, infuzní léčbu, nebo umělou výživu. Základní množství je okolo 2000 ml za den. Úprava příjmu vody je nutná podle konkrétních podmínek. Při horkém počasí je nutný zvýšený příjem tekutin. Taktéž při horečce, hyperventilaci a ztrátách tekutin jiným způsobem, průjmy a zvracením (Grofová, 2007).

1.2.2 Voda

Voda je nutriem, který jev organismu obsažený v jednotlivých buňkách i mimobuněčném prostoru. Je základním rozpouštědlem a nosičem substancí mezi buňkami a tkáněmi. Uplatňuje se při přenosu nervových vzruchů, při svalové kontrakci a exkreci odpadních produktů. Rovněž slouží k udržení stálé tělesné teploty (Klimešová, 2013).

Voda tvoří největší část lidského těla, 50-75%. V nepřímé závislosti na zastoupení tělesného tuku. S věkem její zastoupení klesá. U dospělých tvoří denní obrat vody 4% tělesné hmotnosti u dětí do 1 roku 15% tělesné hmotnosti (Mullerová, 2003, s. 27).

Voda také vzniká jako jeden z konečných produktů oxidativního metabolismu. Vodu konzumujeme v její základní podobě i jako přirozenou součást stravy. Dobrým zdrojem je ovoce a zelenina, ale i polévky. (Klimešová, 2013).

2 PORUCHY VÝŽIVY

V souvislosti s postupujícím věkem, probíhá v trávicím systému spousta změn, které ovlivňují vznik a rozvoj závažných onemocnění. Mezi projevy poruchy výživy řadíme nechutenství, ztrátu chuti k jídlu a ztrátu pocitu hladu (Mlýnková, 2010).

Starší člověk neprojevuje zájem o jídlo, mění se složení těla, spotřeba energie a jednotlivých živin. Velká část pacientů ohrožena poruchami výživy a komplikacemi s poruchami spojenými, je hospitalizována na interních odděleních a odděleních následné péče. Výživa, která se zabývá fyziologickými potřebami zdravého člověka, je fyziologická, ta která řeší poruchu výživy u nemocného člověka, je léčebná. V současnosti se častěji používá termín klinická výživa (Beno, 2008).

2.1 Malnutrice

Malnutrice je patologický stav způsobený nedostatkem nebo nevyrovnaným příjmem živin. Pro pokročilá stadia poruch způsobených nedostatkem bílkovin a energie používáme termín kachexie (Zadák, 2008).

Obecně lze říci, že malnutrice je důsledkem nedostatečné, nebo nepřiměřené výživy, která vede k poklesu celkové tělesné hmotnosti, ztrátě tukové tkáně a komplexním metabolickým a somatickým změnám. Podle různých kritérií jde o současně se vyskytující nezamýšlený úbytek hmotnosti, nedostatečný příjem potravy, nízkou hodnotu indexu tělesné hmotnosti (BMI) i laboratorních a antropometrických parametrů (hypalbuminémie a hypocholesterolemie, objem paže a lýtka). Ve stáří bývá malnutrice často nerozpoznána a neléčena. Představuje nezávislý nepříznivý prognostický faktor, který u nemocných vede ke zhoršení fyzické výkonnosti, zvyšuje mortalitu a náklady na zdravotní péči. Až u 20 % seniorů je výživa nedostatečná, ne u všech se rozvine malnutrice. Výskyt malnutrice ve věku nad 65 let je 5 - 8 % v nemocnicích 20 - 40 % z toho až polovina je těžká (Topinková, 2005).

2.1.1 Proteino - energetická malnutrice

Nedostatečný celkový kalorický příjem (tzv. marantický typ malnutrice). Podle klinické závažnosti rozlišujeme lehkou, střední a těžkou malnutrici (Topinková, 2005).

2.1.2 Proteinová malnutrice

Celkový energetický příjem je dostatečný, ve výživě chybějí především bílkoviny (tzv. malnutrice typu kwashiorkor) (Topinková, 2005).

2.1.3 Karence

Nedostatečný příjem pouze některých látek v potravě (vitamínů, stopových prvků) (Topinková, 2005).

2.1.4 Kachexie

Zvláštní forma malnutrice obvykle při současném jiném závažném onemocnění. Je charakterizována zvýšeným bazálním metabolismem a katabolismem (tzv. malnutrice při stresovém hladovění) (Topinková, 2005).

2.1.5 Deplece

Deplece (depletio – vyprázdnění), nedostatek minerálů způsobený jejich ztrátami, které nejsou pokryty dávkou. Termín se používá také k označení úbytku svalové hmoty (Grofová, 2007).

2.1.6 Sarkopenie

Ztráta svalové hmoty, která se specificky objevuje u ležících, imobilních nebo starých pacientů (Grofová, 2007).

2.2 Klinické důsledky a rizika malnutrice

Rizikem malnutrice je snížení obranyschopnosti (poruchy buněčné i hormonální imunity), zvýšená náchylnost k infekcím. Úbytek svalové hmoty, tzv. sarkopenie (postihuje srdeční i kosterní sval), vede ke snížení celkové fyzické výkonnosti, zhoršení mobility a soběstačnosti, zvyšuje se riziko pádu, fraktur a poranění. Postižení dýchacích svalů zhoršuje ventilaci a dále zvyšuje riziko plicní infekce. Zhoršené hojení ran, tvorba dekubitů, zhoršení probíhajících chronických onemocnění, to vše jsou nepříznivé důsledky malnutrice. Při dlouhodobé malnutrici vzniká riziko edémů, anémie, lymfopenie, poruchy

vnitřního prostředí (hypokalémie, hypofosfatémie, hypomagnezémie), atrofie střevní sliznice (Topinková, 2005).

2.3 Podvýživa

Podvýživa je druhým pólem malnutrice. Je významný rizikový faktor, jehož přítomnost predikuje četné komplikace. S podvýživou se setkáváme nadměru často. Zdálo se, že v civilizovaných zemích, považovaných za vyspělé, se nevyskytuje, protože představa o podvýživě byla modifikovaná výskytem malnutrice ve třetím světě. Podvýživa však bohužel existuje nejen u nás, ale i ve státech, které jsou považovány za bohatší. Krutá pravda je, že s bohatstvím země to vůbec nesouvisí (Grofová, 2007).

Podvýživa vzniká hladověním, nepřijímáním dostatečného množství energie a substrátů. Ztráta tukové a později i svalové tkáně patrná na první pohled je pro každého jasným obrazem podvýživy. Podvýživa se může týkat jenom proteinového nedostatku a nemusí být okamžitě viditelná. Zdánlivě přiměřená hmotnost může být maskována otoky či přítomností tekutiny v tělních dutinách nebo orgánech (Grofová, 2007).

2.4 Obezita

Obezita je metabolické onemocnění charakterizované nadměrnou hmotností těla a vyvolané pozitivní bilancí energie, přičemž se extrémně zvyšuje množství zásobního tuku v podkoží a vnitrobřišní krajině. Klasifikace obezity je na základě výpočtu tělního hmotnostního indexu (BMI). Rozlišujeme 4 typy obezity – lehká, výrazná, těžká, chorobná (Mullerová, 2003).

2.5 Hladovění

Hladověním rozumíme částečné, nebo úplné přerušení přívodu látek bohatých energií a dusíkem. Je-li přívod přerušen částečně nebo úplně, mluvíme o hladovění částečném nebo úplném. Dle délky hladovění mluvíme o hladovění krátkodobém, akutním a hladověním dlouhodobém. Hladovění odlišujeme od karence, kdy bývá izolovaný deficit jednoho z nezbytných nutričních faktorů, přívod ostatních živit je však zachován (Anděl, Beneš, 1998).

2.6 Dysfagie

Dysfagie označuje subjektivní pocit obtížného polykání, pocit váznutí sousta. Klinické projevy jsou pocity váznutí sousta, regurgitace potravy, zakuckávání, kašláni a chrapot. Dysfagie je patologickým symptomem, který je třeba podrobně vyšetřit. Závažnou komplikací jsou aspirace, striktura jícnu a jeho perforace (Topinková, 2005).

3 HODNOCENÍ STAVU VÝŽIVY

Způsob výživy se určuje na základě kvantitativních a kvalitativních parametrů přijímané potravy. U stavu výživy jde o antropometrické, somatické a biochemické parametry, které mají vztah k výživě a jejich porovnání s fyziologickými hodnotami. K vyšetření potřebným ke zjištění stavu výživy patří sestavení anamnézy s nutričním zaměřením, jako je antropometrické, somatické, biochemické, hematologické a imunologické (Beno, 2008).

Nutriční screening je zařazen do ošetrovatelských standardů a dokumentace, je důležitý k podchycení problémů pacienta a následně jeho řešení. Hodnocení stavu výživy pacientů, je standardní postup v moderním ošetrovatelství. Vyhodnocuje se ve zdravotnických zařízeních všeobecnými sestrami pomocí screeningových nástrojů (Pokorná a kol., 2013).

Zajistí tak přehledné informace o aktuálním stavu posuzované osoby a v případě skórovaných nástrojů umožní sledovat vývoj nemocného v čase a efektivitu použitých léčebných strategií (Pokorná a kol., 2013, s. 53).

Hodnotící nástroje zjednodušují práci zdravotnických pracovníků, díky umožnění objektivizace posouzení jedince, které je prováděno v klinické praxi. Soubor využívání hodnotících nástrojů pro posouzení nemocných, je stále ještě v kompetencích managementu jednotlivých zdravotnických zařízení. Umožňují posoudit indikátory k hodnocení poskytované péče a testy napomáhají určit konkrétní deficity. Díky jejich využití by měla být zajištěna vyšší efektivita ošetrovatelské péče (Pokorná a kol., 2013).

Nedostatečná výživa není přirozeným průvodním jevem v životě člověka. Starší dospělí jsou více ohroženi podvýživou vzhledem k multifaktoriálním rizikovým okolnostem fyziologickým, psychologickým, sociálním, dietním a environmentálním. Ztráta hmotnosti dle Pokorné, u starších dospělých je často spojena se ztrátou svalové hmoty a může nakonec ovlivnit celkový funkční stav člověka. Dochází k relativnímu podílu tuku v organizmu na úkor svalové hmoty. Tento proces začíná po 50. roce věku, pokračuje až do 80 let, kdy chybí až polovina původního počtu svalových vláken (Pokorná, 2013, s. 53).

Vyrovnaná nutriční bilance se může změnit snížením, nebo zvýšením příjmu živin a výdeje energie, nebo změnou utilizace živin, čímž je narušena látková přeměna a změna funkce orgánů (Pokorná, 2013).

3.1 Nutriční anamnéza

Nutriční anamnéza je zaměřena na odhalení nejčastějších rizik ve výživě.

- Dostupnost stravy, ekonomické zajištění a soběstačnost v každodenních činnostech (nákup, příprava a uvaření jídla, dovoz obědů).
- Výživové zvyklosti – celkové množství potravy, příjem bílkovin, vlákniny, kalcia, vitamínů. Dietní omezení (omezení soli, tuků, cukrů) mohou vést k celkovému nedostatečnému kalorickému příjmu. Stravování ve vlastní domácnosti, nebo ústavní péči.
- Chuť k jídlu, zubní protéza, poruchy žvýkání, polykání.
- Hledáme onemocnění, která:
 - Zhoršují trávení, nebo vstřebávání (chronická pankreatitida, Crohnova choroby, průjemy)
 - Zvyšují energetické nároky organismu (sepsa, hypertyreóza, malignita, traumata, chronické srdeční selhání)
 - Vedou ke ztrátě bílkovin (velké kožní léze, nefrotický syndrom)
 - Vedou k psychické alteraci (demence, deprese, psychóza) (Topinková, 2005).

3.2 Antropometrické vyšetření

Antropometrickým vyšetřením, vyšetřujeme stav tukové vrstvy a svalové hmoty. Při jednoduchém antropometrickém vyšetření měříme alespoň orientačně obvod svalstva nedominantní paže v její polovině. Pro úbytek svalové hmoty svědčí obvod paže menší než 19,5 cm u mužů a 15,5 cm u žen. Podkožní vrstva tuku je měřena speciálním přístrojem - orientačně nad tricipsem paže. Pro těžkou malnutrici svědčí výška kožní řasy nad tricipsem menší než 8 mm u mužů, resp. 10 mm u žen (Kohout, Kotlíková, 2005).

Metoda k měření podkožního tuku se nazývá kaliperační metoda. Spočívá v měření kožních řas pomocí kalibrovaných kleští tzv. kalipero a následné logaritmizace. Tím zjistíme procentuelní podíl tuku v těle (Kokaisl, 2007).

Tabulka 1 - Hodnoty antropometrických vyšetření

		Muži	Ženy
Obvod paže	Norma	>29,3	>28,5
	Těžká malnutrice	>19,5	>15,5
Kožní řasa nad tricipsem	Norma	>12,5	>16,5
	Těžká malnutrice	>3,5	>7
Obvod svaloviny paže	Norma	>23,5	>23,2
	Těžká malnutrice	>15,2	>13,9

Zdroj: Malá Eva 2011 - Výživa ve stáří [online]

3.3 Somatické vyšetření

Jde o komplexní fyzikální vyšetření zaměřené na všechny orgánové systémy, kterým se hodnotí jednak nutriční stav z hlediska karence proteinů, energetických tukových rezerv, vitamínů a minerálních látek a jednak klinické projevy poruch funkce jednotlivých orgánových systémů, především kůže, pohybového a gastrointestinálního systému, kardiovaskulárního, respiračního a nervového systému. Tímto vyšetřením se určí rozsah změn na jednotlivých orgánech. Často možno posoudit, zda jsou projevy malnutrice příčinou poškození orgánů těla, nebo naopak, zda je poškození orgánů příčinou malnutrice (Beňo, 2008)

3.4 Laboratorní vyšetření

K posouzení stavu výživy přispívá hematologické i biochemické vyšetření, eventuálně speciální laboratorní imunologické vyšetření. Při hematologickém vyšetření hodnotíme počet lymfocytů z diferenciálního rozpočtu leukocytů v krevním obraze, jejichž menší počet než 1500/ul svědčí pro malnutrici. Na malnutrici může upozornit i anémie (Kohout, Kotrlíková, 2005).

Při biochemickém vyšetření hodnotíme hladinu plasmatického proteinu – celková bílkovina, albumin, prealbumin, transferin, cholinesteráza, Tyto markery mají různě dlouhý poločas a výpovědní hodnotu v závislosti na základní chorobě. Jejich hladina se snižuje při malnutrici v závislosti na její tíži. Hodnota albuminu a prealbuminu se snižuje v průběhu zánětlivé reakce. Hladinu transferinu je nutné hodnotit v souvislosti s hladinou plasmatického železa. Pro malnutrici svědčí také nízká hodnota celkového cholesterolu, nižší hladiny hormonů štítné žlázy, nižší hladina kreatininu může upozornit na nízký objem

svalové hmoty. Všechny laboratorní ukazatele je však vždy nutné hodnotit ve vztahu k základní chorobě (Kohout, Kotrlíková, 2005).

Při imunologickém vyšetření hodnotíme absolutní počet lymfocytů, reakci na intrakutánně aplikované antigeny (kandidin, difterin, tetanický antitoxin, tuberkulin, toxoplasmin – tzv. kožní testy, po jejichž aplikaci sledujeme přítomnost indurace. Spíše k výzkumným účelům lze požit speciální vyšetření – vyšetření hladiny imunoglobulinů, vyšetření CD4, CD8 lymfocytů (Kohout, Kotrlíková, 2005).

3.5 Přehled screeningových nástrojů

3.5.1 BMI

Hmotnost a výška těla, jsou nejdůležitější ukazatelé stavu výživy, na základě kterých možno kalkulovat další indexy vyjadřující tento stav (Beňo, 2008). Podle BMI můžeme velmi snadno určit, je-li člověk v pásmu podvýživy, normy, nadváhy, obezity, nebo těžké obezity (Grofová, 2007).

Tělní hmotnostní index – BMI (Body Mass Index)

Tabulka 2 - Hodnocení BMI (Grofová, 2007, s. 47.)

BMI (kg/m ²)	HODNOCENÍ
< 20	Podváha
20-24,9	Norma
25-29,9	Nadváha
30-34,9	Obezita
35 – 40 a více	těžká obezita

3.5.2 Mini Nutritional Assessment (MNA)

Škála pro hodnocení stavu výživy, tzv. malý výživový test. Je vhodný především pro ambulantní screening rizika malnutrice. (Pokorná a kol, 2013). Pro hodnocení stavu výživy byl v roce 1994 zaveden a ověřen MNA, který se v českém překladu nazývá škála pro orientační hodnocení stavu výživy. Cílem MNA je identifikovat nemocné s již přítomnou malnutricí, nebo s vysokým rizikem jejího vzniku. Provedení MNA nepřesahuje 10 – 15 minut. Test zahrnuje čtyři okruhy otázek a měření (Topinková, 2005).

1. antropometrické měření (hmotnost, výška, obvod paže, obvod lýtky, ztráta hmotnosti)
2. celkové hodnocení (6 otázek zaměřených na mobilitu, soběstačnost, přítomnost akutního onemocnění, chronického kožního defektu, psychiatrického onemocnění, psychického stresu a užívání léků)
3. dotazy na dietní návyky a stravování (8 otázek zaměřených na jídlo, konzumaci potravin a tekutin, schopnost se samostatně najíst)
4. vlastní hodnocení zdraví a stavu výživy (2 otázky)
(Topinková, 2005)

3.5.3 Mini Nutritional Assessment – Short Form (MNA-SF)

U testu MNA, byla ověřená zkrácená verze, která zahrnuje pouze šest položek původního MNA. Délka provedení nepřesahuje 3 minuty. MNA-SF je složen ze šesti otázek zaměřených na příjem potravy, hubnutí, mobilitu, psychický stres nebo akutní onemocnění, přítomnost demence a BMI (Pokorná a kol., 2013). Doporučuje se dvoustupňové hodnocení stavu nutrice zahajované zkrácenou formou MNA-SF. Pouze v případě patologie je indikováno provedení kompletního MNA, doplněné dále podle potřeby o laboratorní vyšetření. Tento postup zajišťuje větší efektivitu vyšetření a dosažení shodných výsledků při vyhledávání nemocných ohrožených osob (Topinková, 2005).

3.5.4 Nottinghamský screeningový test

Pro hospitalizované nemocné lze použít i Nottinghamský screeningový test (Nottingham Screening Tool), který obsahuje pouze 4 otázky a umožní rychle stanovit míru rizika malnutrice (Topinková, 2005). Dotazník hodnotí položku BMI, hmotnostní úbytek v posledních třech měsících, snížení příjmu potravy v posledním měsíci před hospitalizací a stresový faktor vyjadřující závažnost aktuálního onemocnění (Pokorná a kol., 2013).

3.5.5 Subjective Global Assessment (SGA)

Jedná se o standardizovanou dotazníkovou metodu, která se opírá o jednoduché parametry anamnézy a klinického vyšetření. SGA je založenou na kombinaci subjektivního a objektivního hodnocení - z anamnézy a fyzikálního vyšetření. Pro jednotlivé proměnné není předem dáno numerické ocenění. Sledovaným parametrům je přisuzován větší či menší

význam pro celkové hodnocení nutričního stavu dle subjektivního názoru vyšetřující osoby. Vyhodnocení testu je významně ovlivněno klinickou zkušeností vyšetřujícího. SGA je vhodný nástroj pro detekci probíhajícího nutričního deficitu u pacienta, ale není vhodný pro identifikaci počínající malnutrice. Součástí SGA je fyzikální vyšetření kde je hodnocena ztráta podkožního tuku, úbytek svaloviny, otoky kotníků a sakrální oblasti a ascites (Pokorná a kol., 2013).

3.5.6 Nutritional Risk Screening (NRS)

Dotazník je doporučeno zakládat každému pacientovi zahajujícímu onkologickou léčbu jako součást nutriční dokumentace. Po zadání určitých parametrů vypočítává BMI a další hodnoty (% podíl zhubnutí). Dotazník je složen ze dvou částí a to z tzv. primárního screeningu, zaměřeny na hodnoty BMI v souvislosti s věkem pacienta, dále procentuální vyjádření zhubnutí v posledních 6 měsících a procentuální, poměrové vyjádření celkového příjmu stravy za den proti dřívějším plnému příjmu. Nástroj byl vytvořen pro nutriční zhodnocení pacientů za hospitalizace, osob v komunitě, ale i seniorů využívajících služeb institucionální péče (zařízení sociální péče s dlouhodobým pobytem, domovy pro seniory) (Pokorná a kol., 2013)

3.5.7 Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)

MUST- univerzální screeningový nástroj k hodnocení malnutrice. MUST je screeningový nástroj složený z pěti kroků k identifikaci dospělých, kteří jsou podvyživení, v riziku podvýživy, nebo obézní. Zahrnuje také pokyny, které mohou být použity k plánu péče o vyšetřovanou osobu. Nástroj byl vytvořen zejména z důvodu, že doposud užívané screeningové formuláře nebyly efektivně využívány a nebylo je možno použít u nemocných, u nichž není zjistitelná přesná hmotnost a výška. Pacientů seniorů, u nichž nelze přesně provést zhodnocení hmotnosti a výšky, je v nemocničních zařízeních mnoho a proto se MUST jeví jako velmi užitečný. Skládá se ze tří klinických parametrů, které jsou hodnoceny body v rozsahu 0, 1 a 2. Prvním parametrem je BMI, dalším je ztráta hmotnosti za posledních 3-6 měsíců. Poslední proměnnou je účinek vlivu akutního onemocnění (Pokorná a kol., 2013).

3.6 Hospitalizovaní pacienti na interních odděleních a odděleních následné péče dle ÚZIS

Ústav Zdravotnických informací a statistiky v Praze zveřejnil, přehled o výzkumu hospitalizací ve zdravotnických zařízeních. Publikace obsahuje přehled o činnosti lůžkových zařízení v České republice a jednotlivých krajích. Kapacitní údaje o úhrnném lůžkovém fondu, personální vybavení zařízení, o počtu hospitalizovaných, délce ošetrovací doby a využití maximální a skutečné lůžkové kapacity podle druhu zařízení. Průměrná ošetrovací doba na interních odděleních v České republice činí 6,5 dne. Na geriatrických odděleních, je doba podstatně vyšší, dle výzkumu ÚZIS 13,9 dne.(ÚZIS, 2013)[on-line].

Nejvíce hospitalizací v nemocnicích ČR (17,9 %) proběhlo jako každoročně na interních odděleních s počtem 393,6 tisíc hospitalizací. Z hlediska struktury příčin nemoci jsou stále nejčastějším důvodem nemoci oběhové soustavy. Pacienti byli především hospitalizováni pro ischemické choroby srdeční (20,0 %), z toho 7,4 procentního bodu činil infarkt myokardu, dále jiné choroby srdeční (31,6 %), cévní nemoci mozku (17,0 %), aterosklerózu (8,8 %), hypertenzi (6,2 %) a žilní městky dolních končetin (4,2 %).

Průměrný věk hospitalizovaných pacientů na interních odděleních v České republice pro 20 nejčastějších interních diagnóz činí 67,8 let. Na geriatrických odděleních je průměrný věk hospitalizovaného pacienta 87,6 let. (ÚZIS, Hospitalizovaní v nemocnicích, 2012) [on-line]. Z výzkumu plyne, že na interních odděleních a odděleních následné péče, jsou hospitalizovaní pacienti dle Světové zdravotnické organizace o rozdělení stáří, především pacienti ve věku raného stáří (60-74 let) a vlastního stáří (75-89 let). Ve stáří vzniká větší riziko onemocnění, riziko podvýživy a rozvoj imobilizačního syndromu. Geriatrický pacient má snížené funkční rezervy a horší adaptibilitu. V této souvislosti hovoříme o geriatrických syndromech. Geriatrický syndrom má typické, časté a významné příznaky a jejich soubory obvykle mnohočetné a různé kombinované příčiny. Mezi dominující problémy ve stáří obecně patří poruchy spánku, problémy s jídlem, vlastním příjmem potravy nebo krmením, inkontinence, zmatenost, pády a poruchy kůže. Geriatrické syndromy jsou logicky provázané, souvisí se stářím, mají chronický průběh a špatně se léčí. Velká část geriatrických pacientů je hospitalizována na interních odděleních a odděleních následné péče (Pokorná a kol., 2013).

3.7 Nutriční terapeut

Nutriční terapeut, dřívějším označením dietní sestra, je odborník v léčebné výživě s vyšším středním nebo vysokoškolským odborným vzděláním. Je to zdravotnický pracovník, který pracuje bez odborného dohledu. Samotné středoškolské vzdělání opravňuje absolventy k zařazení jako nutriční asistent, který nemůže vykonávat práci samostatně. Po určité době praxe, může být nutriční asistent registrován jako terapeut, pokud vykonával klinickou činnost. Ke změně názvu profese došlo 1. 4. 2004 (zákon 96/2004), § 32 popisuje profesi nutričního asistenta se čtyřletým vzděláním, § 15 nutričního terapeuta s vyšším odborným nebo bakalářským studiem (Grofová, 2007). Práce nutričního terapeuta je nepostradatelná v každém zařízení, kde se připravuje dietní strava a kde jsou lidé ohroženi malnutricí. Nutriční péče se mnohde považuje za okrajový problém a jednu z možností finančních úspor. Jde však o základní segment poskytované péče a nekvalitně, či nekvalifikovaně poskytnutá péče je významným rizikem pro klienta a následně i pro zařízení, které je za svou činnost odpovědné (Kalvach, Čeledová a kol., 2011). V České republice, dle ÚZIS z dat ročního výkazu o zaměstnavatelích a evidenčním počtu zaměstnanců, pracovalo koncem roku 2011 ve zdravotnických zařízeních celkem 490 nutričních terapeutů. (ÚZIS, Pracovníci ve zdravotnictví, 2011)[online].

Dle zákona 96/2004 Sb. se za výkon povolání nutričního terapeuta považuje činnost v rámci preventivní péče na úseku klinická výživa a specifické ošetrovatelské péče zaměřené na uspokojování nutričních potřeb. Dále se nutriční terapeut ve spolupráci s lékařem podílí na léčebné a diagnostické péči v oboru klinická výživa (Česko, 2004, s. 1454).

§ 15

Odborná způsobilost k výkonu povolání nutričního terapeuta

Odborná způsobilost k výkonu povolání nutričního terapeuta se získává absolvováním

- a. akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu nutričních terapeutů,
- b. tříletého studia v oboru diplomovaná dietní sestra na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2004/2005,
- c. nejméně tříletého studia v oboru diplomovaný nutriční terapeut na vyšších zdravotnických školách, nebo
- d. střední zdravotnické školy v oboru dietní sestra, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2004/2005

3.8 Všeobecná sestra

Všeobecná sestra, může vykonávat podle zákona 96/2004 a vyhlášky 55/2011 Sb. činnosti, podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace v souladu s diagnózou stanovenou lékařem poskytovat, případně zajišťovat základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Přitom zejména může:

- a) vyhodnocovat potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, projevů jejich onemocnění, rizikových faktorů, a to i za použití měřicích technik používaných v ošetrovatelské praxi (například testů soběstačnosti, rizika proleženin, měření intenzity bolesti, stavu výživy)
- b) sledovat a orientačně hodnotit fyziologické funkce pacientů, to je dech, puls, elektrokardiogram, tělesnou teplotu, krevní tlak a další tělesné parametry
- c) edukovat pacienty, případně jiné osoby v ošetrovatelských postupech a připravovat pro ně informační materiály“ (Česko, 2011b, s. 485).

3.9 Edukace zdravotnických pracovníků v oblasti výživy

V dnešní době mají všeobecné sestry k dispozici celou řadu hodnotících škál a měřících technik zaměřených např. na oblast výživy, sebeděče, vědomí, vnímání, bolesti, mobility, kognitivních funkcí, kožní integrity, polykání, dýchání atd. Zkušenosti z praxe naznačují, že míra osvojení si základních vědomostí a dovedností souvisejících s využitím hodnotících škál v praxi je u zdravotnických pracovníků různá. Jednoznačně záleží na způsobu edukace, užití metodě i procesu upevnění si získaných znalostí a dovedností, kterými se konkrétní pracovník s danou hodnotící škálou seznámí. V neposlední řadě hraje i roli praktické užití dané metody v běžné denní praxi zdravotnických pracovníků. Bezchybné a především jednotné užívání těchto nástrojů je bezpodmínečně nutné pro dosažení požadované kvality získávaných informací o stavu klienta (Ošetrovatelstvo, 2013, roč. 3. č. 1)[on-line].

Edukační stáže mají za cíl, motivovat a profesně pozdvihnout nelékařské pracovníky, jsou ukázkou toho, jak má fungovat nemocniční zařízení a jednou z hlavních priorit je edukace pracovníků (Zadák, 2013)[online].

Cílem edukace zdravotnických pracovníků má velký význam. Posunuje profesní růst, cenné získávání nových poznatků, porovnávání vlastní práce se zkušenostmi jiných pracovníků a v neposlední řadě i rozšiřování vlastních obzorů. Celoživotní vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků organizuje Národní centrum ošetrovatelství nelékařských zdravotnických oborů v Brně (vlastní zdroj).

Jednou z možných forem celoživotního vzdělávání, které vede k prohloubení kvalifikace zdravotnického pracovníka, je specializační vzdělávání, které je legislativně ukotveno v zákoně č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů. Obory specializačního vzdělávání jsou stanoveny v nařízení vlády č. 31/2010 Sb. Specializační vzdělávání je uskutečněno v akreditovaných zařízeních, která získala akreditaci od Ministerstva zdravotnictví (Malackaničová, Bc. práce, 2013).

V souladu se zákonem č.218/2000 Sb. o rozpočtových pravidlech i v návaznosti na zákon č. 96/2004 Sb., vydává ministerstvo Metodiku dotačního řízení na rezidenční místa, kterou upřesňuje podmínky pro získání dotace a určuje postup při poskytování dotace. Cílem dotačního programu je finanční podpora absolventů negraduálního studia pro následné

postgraduální, specializační vzdělávání formou dotace ze státního rozpočtu. Je určena pro pracovníky po získání odborné způsobilosti a pro pracovníky po získání odborné a specializované způsobilosti (MZČR, 2013)[on-line].

Vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků prochází v posledních letech mnoha změnami. Týkají se jak kvalifikačního, tak celoživotního vzdělávání. Celoživotní vzdělávání provází člověka celý život, zdravotnického pracovníka nevyjímaje. Nelékařský zdravotnický pracovník je ze zákona povinen se celoživotně vzdělávat. Pokud výkon zdravotnického povolání vyžaduje práci bez odborného dohledu, je legislativně přesně stanoven minimální rozsah celoživotního vzdělávání“ (Kramperová, 2010, s. 65).

Edukantem může být samozřejmě i zdravotník, který si prohlubuje v rámci celoživotního vzdělávání své vědomosti a dovednosti. Edukátor je aktér edukační aktivity. Ve zdravotnictví to bývají nejčastěji lékař, všeobecná sestra, porodní asistentka, fyzioterapeut, nutriční terapeut (Juřeniková, 2010, s. 11-12).

Za komplexní edukaci lze považovat takovou edukaci, kdy jsou jedincům předávány ucelené vědomosti, budovány dovednosti a postoje ve zdraví prospěšných opatřeních, která vedou k udržení, nebo zlepšení zdraví (Juřeniková, 2010).

Je důležité, aby všeobecné sestry byly systematicky a efektivně připravovány na práci s nejčastěji používanými hodnotícími a měřícími škálami již během studia a to prostřednictvím efektivních výukových metod jakými je např. metoda simulovaného pacienta, která připraví studující tak, aby byly schopny zareagovat na různé typy problematických situací, se kterými se mohou při používání hodnotících a měřících škál v praxi setkat. Důležité však je, aby management jednotlivých oddělení kontroloval, zda všeobecné sestry s těmito nástroji pracují a jestli je umí skutečně používat (Taliánová, Jedlinská, Moravcová, 2013) [online].

Stěžejní je odborná erudice manažerů a cíle zdravotnického zařízení. Správně provedené zhodnocení aktuálního stavu nemocného a jeho schopností či omezení může být základem vhodně a účelně plánovaného rozsah péče a dopomoci (Pokorná, 2013, s. 8).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 CÍLE PRÁCE

Cíl č. 1 je zjistit, jaká nejčastější kategorie pacientů v rámci sebpéče je hospitalizována na interních odděleních a odděleních následné péče a jaké zde převažuje nutriční hodnocení u hospitalizovaných pacientů.

Cíl č. 2 je zjistit, jak se provádí antropometrická měření a jaké se používají objektivizující nástroje k hodnocení nutričního stavu pacientů na interních odděleních a oddělení následné péče.

Cíl č. 3 je zjistit jaká je vybavenost interních oddělení a oddělení následné péče pomůckami k antropometrickému měření pacientů a zjistit případné bariéry v aplikaci objektivizujících nástrojů k hodnocení nutričního stavu na interních odděleních a odděleních následné péče.

Cíl č. 4 je zjistit, jakým způsobem je personál na vybraných odděleních edukován v oblasti hodnocení výživy pacientů a zjistit ochotu personálu se v hodnocení stavu výživy dále vzdělávat.

5 METODIKA PRÁCE

5.1 Charakteristika zkoumaného vzorku

Respondenty výzkumného šetření, byly pouze všeobecné sestry zaměstnané na zkoumaných lůžkových interních odděleních a odděleních následné péče nemocnice Kyjov, nemocnice TGM Hodonín a nemocnice Uherské Hradiště. Pro výběr zdravotnického zařízení byla podmínka mít dvě lůžkové stanice interních oddělení a alespoň jednu stanici následné péče, což bylo předem zjištěno u náměstkyn pro ošetrovatelskou péči při podpisu souhlasu s dotazníkovým šetřením ve výše uvedených zařízeních.

5.2 Metody získávání a zpracování dat

V bakalářské práci byly zvoleny čtyři cíle. K dosažení cílů a rozboru dat byla použita metoda kvantitativního výzkumu. Výzkumné šetření bylo provedeno anonymní dotazníkovou metodou. Pro vypracování praktické části bakalářské práce, jsme ke sběru dat použily formu dotazníku, který je považován za nejrozšířenější nástroj sociologického výzkumu. Jde o předem připravený soubor otázek, který je předem připravený v písemné podobě a vytištěný. Sestavený a aplikovaný dotazník v úvodu oslovuje respondenty. Obsahuje žádost o vyplnění dotazníku, důvod prováděného dotazníkového šetření, ujištění o anonymitě respondentů a upozornění na jedno z kritérií – určen pro všeobecné sestry. Druhá část dotazníku, ke sběru dat, byla vytvořena 28 otázkami. Jedna otázka byla úvodní, 27 otázek bylo výzkumných. V dotazníku bylo užito následujících typů otázek:

1. Uzavřené otázky, kde je výběr odpovědí předem dán - respondenti vybírají z omezeného počtu variant odpovědí. Bylo použito otázek dichotomických se dvěma možnými variantami odpovědí (např. ano/ne). Dále otázky trichotomické se třemi možnými variantami odpovědí a polytomické otázky, kde mají respondenti možnost vybírat z více variant předem určených odpovědí.
2. Polouzavřené otázky – respondent má několik možností pro odpověď, ze kterých může vybírat a pokud mu nabízené odpovědi nevyhovují, napíše svou vlastní.

5.3 Organizace šetření

Dotazník byl vytvořen v březnu roku 2015, výzkumné šetření probíhalo v dubnu roku 2015. Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků. V nemocnici Kyjov na interním oddělení 20 dotazníků, na oddělení následné ošetrovatelské péče v Kyjově bylo rozdáno 10 dotazníků. V nemocnici TGM Hodonín bylo rozdáno na interním oddělení 20 dotazníků, na následné péči v Hodoníně 10 dotazníků. V nemocnici v Uherském Hradišti bylo rozdáno 20 dotazníků pro interní oddělení, 20 dotazníků pro následnou péči. Všech 100 dotazníků bylo řádně vyplněno a byly použitelné pro výzkumné šetření. Výzkum ve všech cílových zdravotnických zařízeních byl schválen náměstkyněmi pro ošetrovatelskou péči (viz příloha).

5.4 Zpracování dat

Údaje byly zpracovány čárkovou metodou a data byla uložena do tabulek a grafů. Ke každé tabulce byl vytvořen graf četnosti. Byly zpracovány zvlášť výsledky pro interní oddělení a zvlášť výsledky pro oddělení následné péče. Výsledky byly zpracovány v programech Microsoft Word a Microsoft Excel v operačním systému Windows.

6 PREZENTACE VÝSLEDKŮ PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

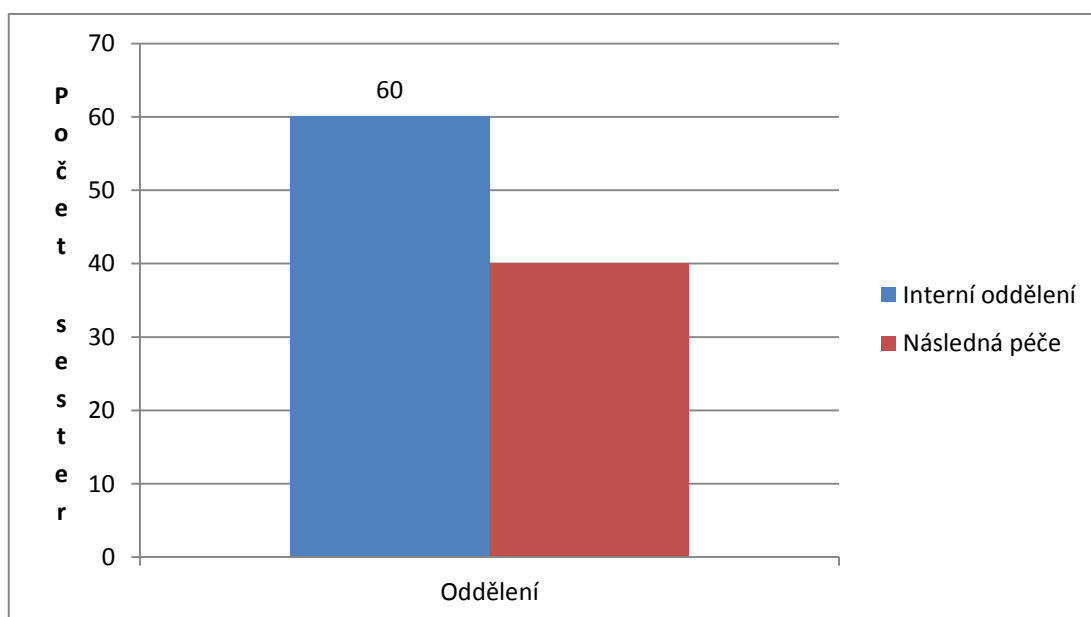
6.1 Dotazník

Položka č. 1 : Na jakém oddělení pracujete?

Komentář: Z uvedené tabulky 3 a grafu 1 vyplývá, že počet všeobecných sester z interních oddělení byl vyšší, než počet sester z oddělení následné péče. Důvodem menšího počtu sester z oddělení následné péče je, že ve zdravotnických zařízeních, kde byl průzkum realizován, je vždy jen jedno oddělení následné péče, tudíž i menší počet respondentek.

Tabulka 3 - Počet všeobecných sester

	Interní oddělení	Následná péče
Počet všeobecných sester	60	40
Celkem v %	100%	100 %



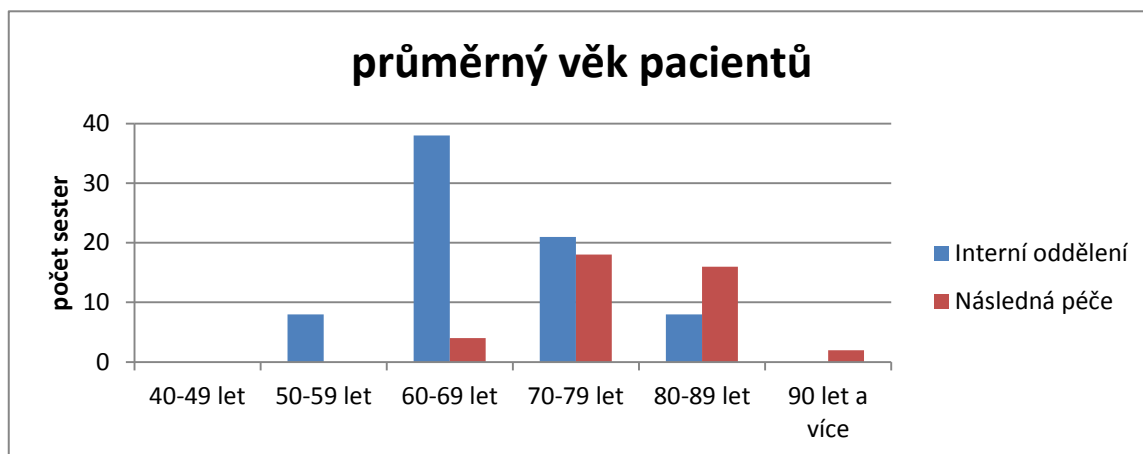
Graf 1 - Počet sester

Položka č. 2 : **Jaký je průměrný věk hospitalizovaných pacientů na Vašem oddělení?**

Komentář: Z tabulky 4 a grafu 2 vyplývá, že průměrný věk hospitalizovaných pacientů na interních odděleních byl nižší, než na odděleních následné péče. Na interních odděleních, je nejčastěji průměrný věk pacientů „60- 69 let“ ve 38 %. Na odděleních následné péče byl nejčastější odpovědí průměrný věk pacientů „70-79 let“ v 45 %.

Tabulka 4 - Průměrný věk pacientů

Věk pacientů	Interní oddělení		Následná péče	
40-49 let	0	0%	0	0 %
50-59 let	8	13%	0	0 %
60-69 let	23	38 %	4	10 %
70-79 let	21	36 %	18	45 %
80-89 let	8	13%	16	40 %
90 let a více	0	0 %	2	5 %
Celkem	60	100 %	40	100 %



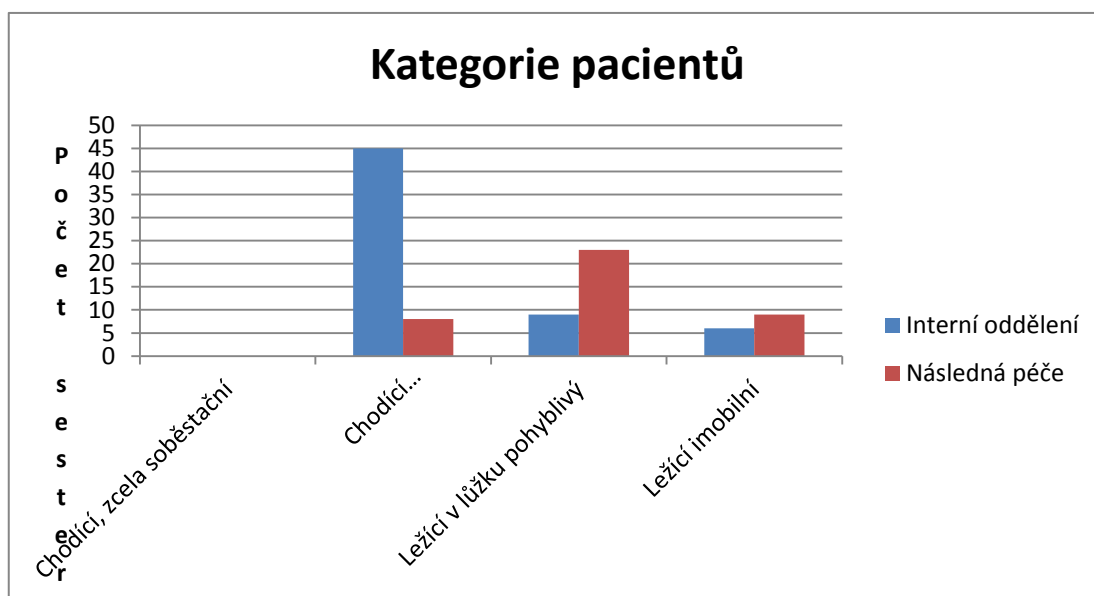
Graf 2 - Průměrný věk pacientů

Položka č. 3 : Na Vašem oddělení jsou hospitalizovaní pacienti spíše

Komentář: Z výpovědi všeobecných sester z tabulky 5 a grafu 3 vyplývá, že na oddělení následné péče, je nejvíce „ležících v lůžku pohyblivých pacientů“ - uvedeno 57 %. Na interních odděleních dle šetření bylo zjištěno, že jsou zde hospitalizováni nejčastěji pacienti spíše „chodící částečně, kteří vyžadují pomoc druhé osoby“ - uvedeno v 45 %. Na druhém místě jak na interním oddělení (10%), tak i na oddělení následné péče (23 %) byla odpověď „ležící, imobilní“.

Tabulka 5- Kategorie hospitalizovaných pacientů na odděleních dle závislosti na podpoře druhé osoby

Pacienti	Interní oddělení		Následná péče	
Chodící, zcela soběstační	0	0 %	0	0 %
Chodící částečně, vyžadují pomoc druhé osoby	45	75 %	8	20 %
Ležící v lůžku pohyblivý	9	15 %	23	57 %
Ležící, imobilní	6	10 %	9	23 %
Celkem	60	100 %	40	100 %



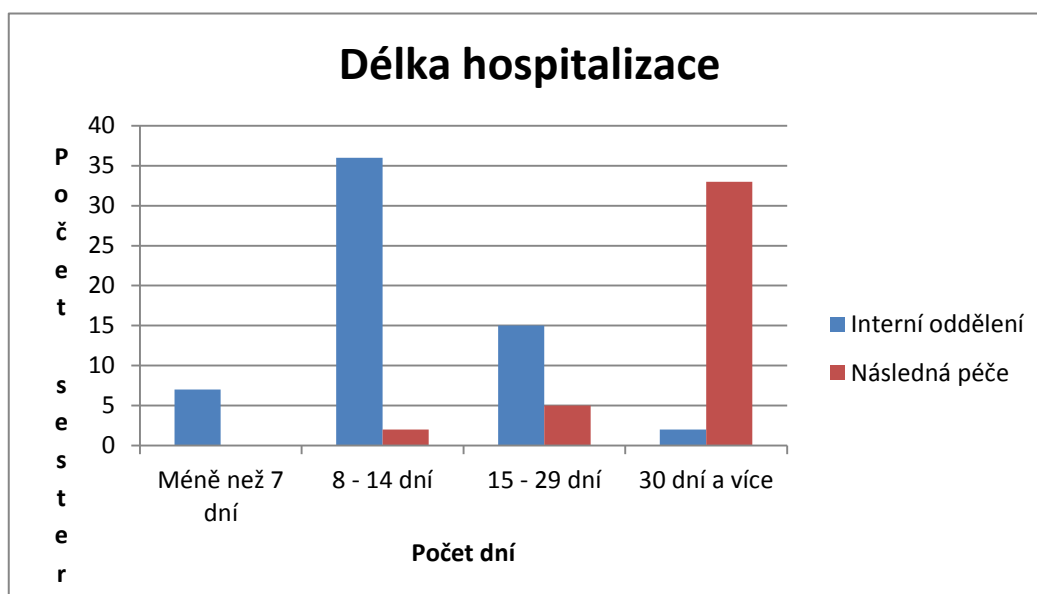
Graf 3- Kategorie hospitalizovaných pacientů

Položka č. 4 : **Jaká je průměrná délka hospitalizace na Vašem oddělení?**

Komentář: Průměrná délka hospitalizace pacientů na interních odděleních, dle průzkumu, je v průměru „8 – 14 dní“ – uvedlo 60 % respondentek. Na oddělení následné péče je průměrná délka hospitalizace „30 dní a více“ – uvedlo 82 % respondentek. Z průzkumu vyplývá, že na odděleních následné péče je průměrná délka hospitalizace časově delší, než na interních odděleních.

Tabulka 6 - Průměrná délka hospitalizace na odděleních

Počet dní	Interní oddělení		Následná péče	
Méně než 7 dní	7	12 %	0	0 %
8- 14 dní	36	60 %	2	5 %
15- 29 dní	15	25 %	5	13 %
30 a více dní	2	3 %	33	82 %
Celkem	60	100 %	40	100 %



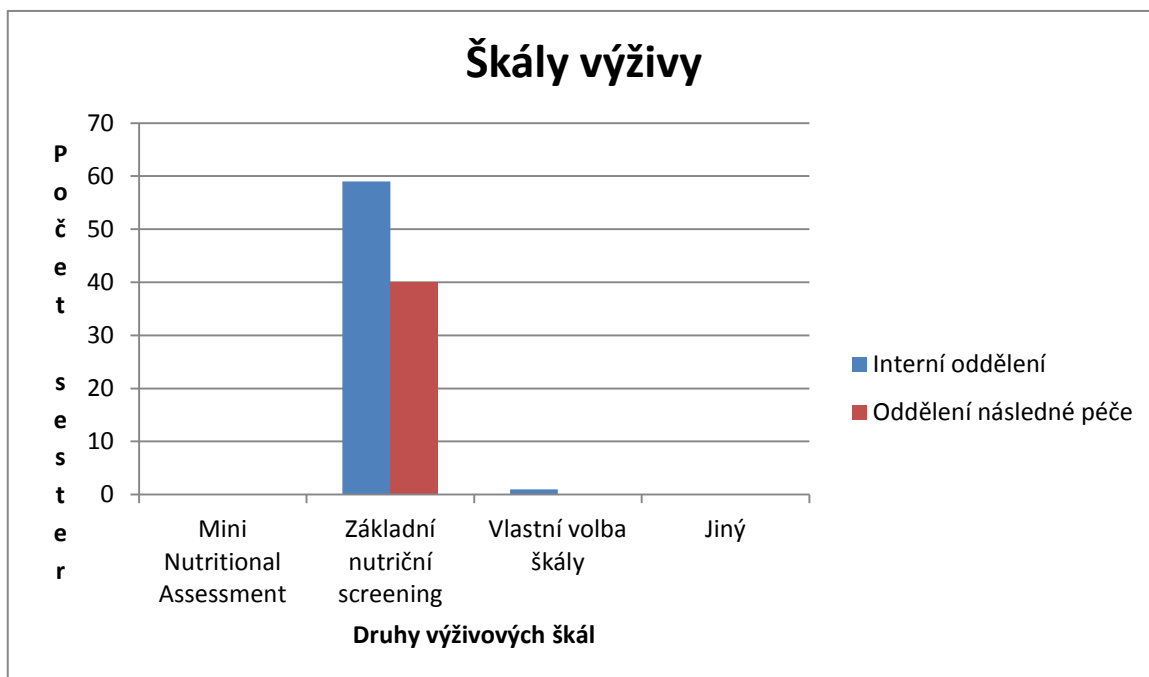
Graf 4 - Průměrná délka hospitalizace

Položka č 5 : Pomocí jakých škál zjišťujete stav výživy pacientů přijatých na Vaše oddělení?

Komentář: V této otázce se všeobecné sestry z interních oddělení v 98 % a odděleních následné péče 100%, dle zjištěných dat, shodly téměř na stejné odpovědi. Stav výživy pacientů zjišťují sestry na interních odděleních i následné péči pomocí základního nutričního screeningu. Z šetření vyplývá, že sestry z obou zkoumaných oddělení používají shodné škály, ke zjištění stavu výživy pacientů.

Tabulka 7 -Používané škály k hodnocení výživy na zkoumaných pracovištích

Výživové škály	Interní oddělení		Oddělení následné péče	
Mini NutritionalAssessment	0	0 %	0	0 %
Základní nutriční screening	59	98 %	40	100 %
Vlastní volba škály	1	2 %	0	0 %
Jiný	0	0 %	0	0 %
Celkem	60	100 %	40	100 %



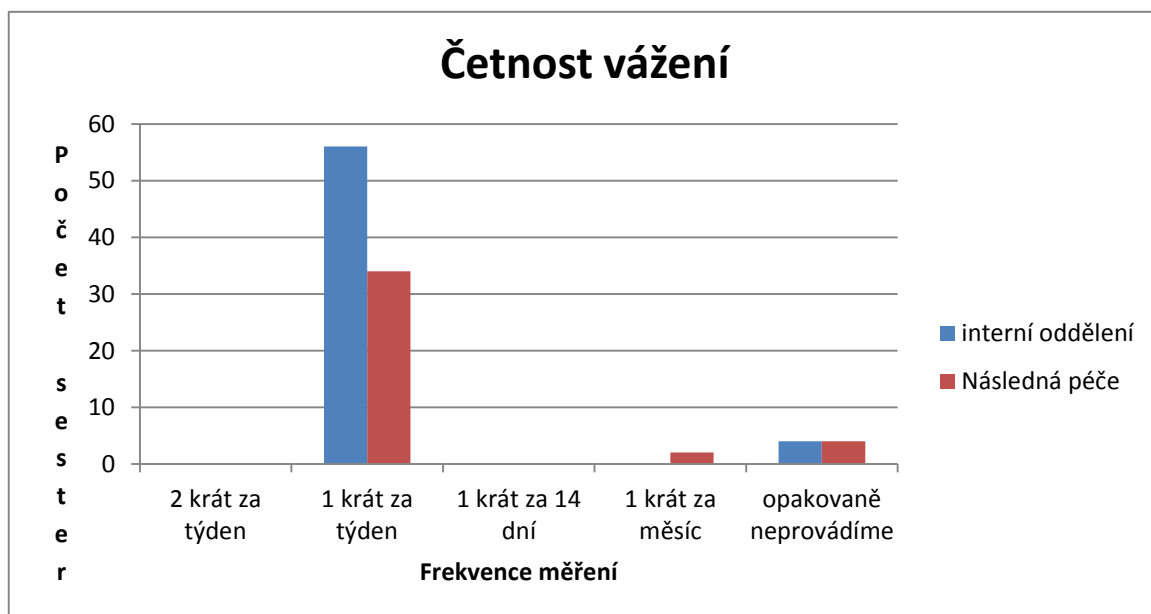
Graf 5 – Používané škály k hodnocení výživy na zkoumaných pracovištích

Položka č. 6 : Jak často provádíte vážení hospitalizovaných pacientů a zaznamenáváte do ošetrovatelské dokumentace?

Komentář: Na interních odděleních provádí sestry vážení hospitalizovaných pacientů a zaznamenávají do ošetrovatelské dokumentace „1 krát za týden“, uvedly v 93 %. Na odděleních následné péče provádí vážení a zaznamenání do dokumentace v 85 % „1 krát za týden“. Z průzkumu plyne, že vážení hospitalizovaných pacientů a záznamem do dokumentace na interních odděleních a odděleních následné péče provádí všeobecné sestry téměř shodně „1 krát za týden“.

Tabulka 8 - Četnost vážení pacientů

Četnost vážení	Interní oddělení		Následná péče	
	počet	procento	počet	procento
2 krát za týden	0	0 %	0	0 %
1 krát za týden	56	93 %	34	85 %
1 krát za 14 dní	0	0 %	0	0 %
1 krát za měsíc	0	0 %	2	5 %
Opakovaně neprovádíme	4	7 %	4	10 %
Celkem	60	100 %	40	100 %



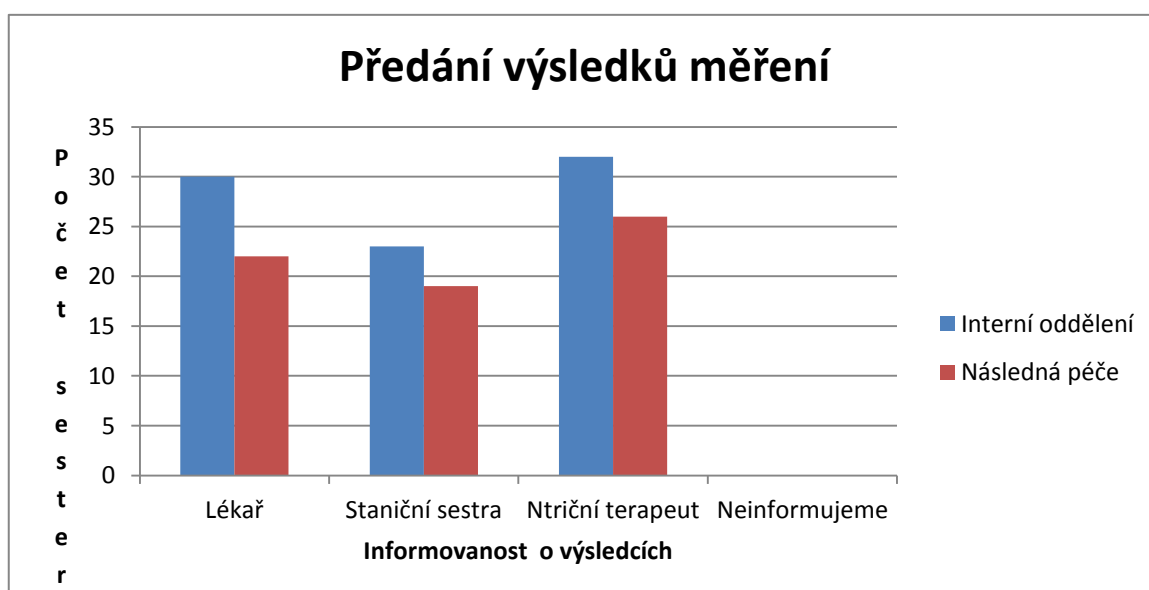
Graf 6 - Četnost vážení

Položka č. 7 : **Při zjištění výsledku stavu výživy pacienta, informujete? (můžete označit více odpovědí)**

Komentář: Dle výpovědi sester z interních oddělení v položce č. 7, kde byla možnost označit více odpovědí, uvedly na prvním místě ve 38 %, že o výsledku stavu výživy informují nutričního terapeuta, 35 % sester informuje lékaře, 27 % informuje staniční sestru. Na následné péči byla výpověď sester totožná s interním oddělením. Na prvním místě s 39 % informují sestry nutričního terapeuta, na druhém místě s 33 % lékaře, staniční sestru informuje 28 % sester. Z výzkumu plyne, že na interních odděleních a odděleních následné péče sestry o výsledku stavu výživy pacientů informují současně nutričního terapeuta, ošetřujícího lékaře i staniční sestru.

Tabulka 9 - Předání výsledků měření

	Interní oddělení	Následná péče	Celkem	Relativní četnost na int. odd. v %	Relativní četnost na následné péčov %
Lékař	30	22	52	35 %	33 %
Staniční sestra	23	19	42	27 %	28 %
Nutriční terapeut	32	26	58	38 %	39 %
Neinformujeme	0	0	0	0 %	0 %



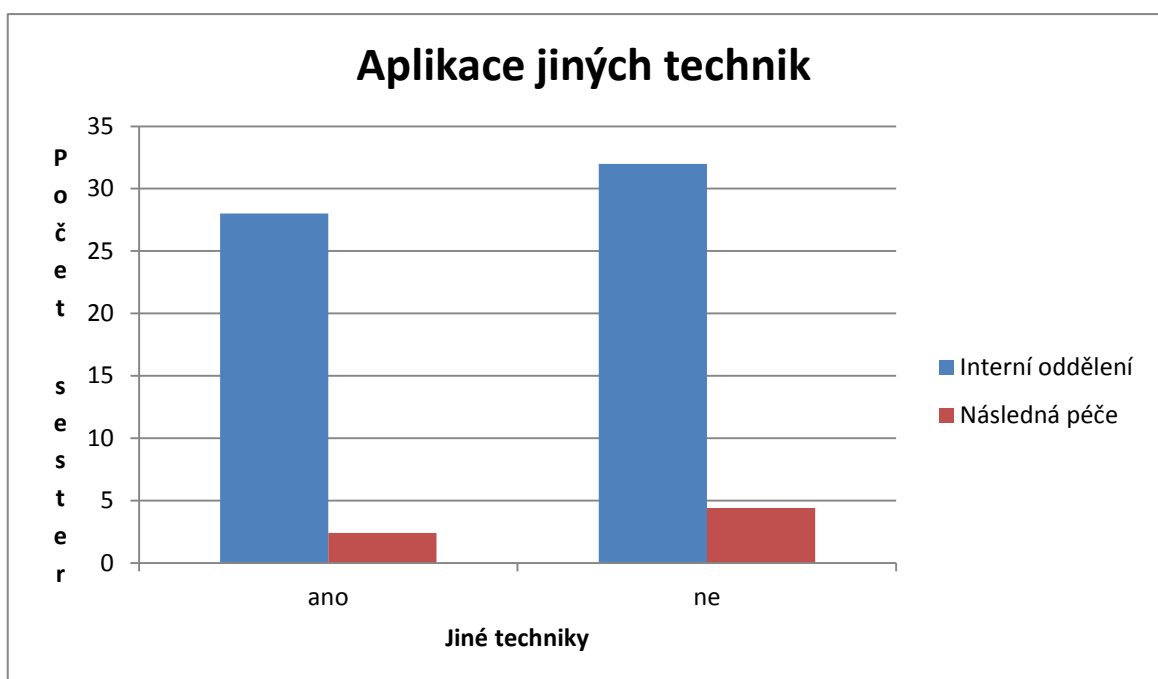
Graf 7 - Předání výsledků měření

Položka č. 8 : Aplikujete na oddělení i jiné měřící techniky, než vážení? (např. měření obvod paže centimetrem, měření podkožního tuku pomocí ručního měřiče tuku v těle)

Komentář: Sestry z interních oddělení uvedly téměř shodné výsledky v odpovědi „ano“ i „ne“, zda aplikují i jiné měřící techniky, než vážení pacientů. „Ano“ odpověděla menší polovina sester v 47 %, „ne“ odpověděla o málo větší polovina sester 53 %. Na následné péči sestry byla odpověď „ano“ u větší poloviny sester v 60 % a odpověď „ne“ uvedly sestry z následné péče ve 40 %. Z šetření plyne zajímavý výsledek, že polovina sester z obou oddělení jiné měřící techniky než vážení využívají, druhá polovina sester jiné měřící techniky nepoužívá.

Tabulka 10 - Aplikace jiných měřících technik, než vážení

Jiné techniky	Interní oddělení		Následná péče	
Ano	28	47 %	24	60 %
Ne	32	53 %	16	40 %
Celkem	60	100 %	40	100 %



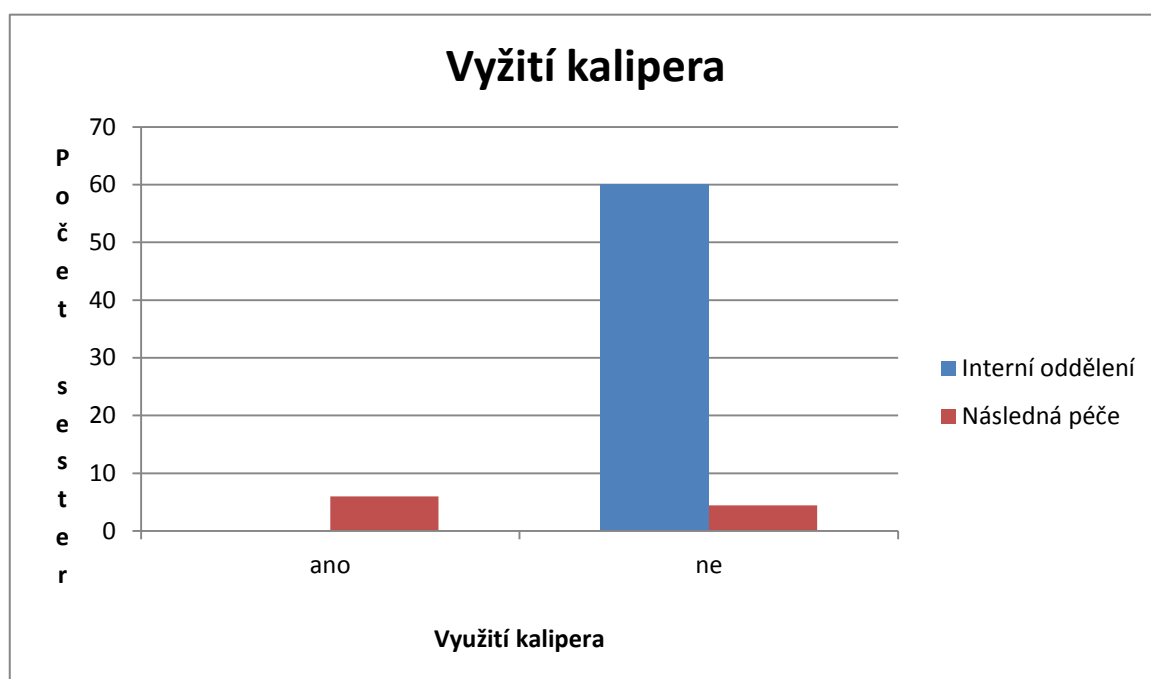
Graf 8 - Aplikace jiných měřících technik

Položka č. 9 : Využíváte na oddělení kaliper (kleště k měření podkožního tuku)?

Komentář: V položce číslo 9 na dotaz, zda sestry využívají k určení stavu výživy, kleště k měření podkožního tuku, uvedly sestry z interních oddělení shodnou odpověď ve 100 %, že kaliper nevyužívají z důvodu chybění pomůcky na odděleních. Sestry z následné péče měřič podkožního tuku využívají v 15 % a nevyužívají v 85 %. Z výzkumu vyplývá, že sestry z interních oddělení měřič tuku nepoužívají vůbec, na následné péči kaliper využívají sestry ke zjištění stavu výživy pacientů velmi omezeně.

Tabulka 11 - Využití kalipera

	Interní oddělení		Následná péče	
Ano	0	0 %	6	15 %
Ne	60	100 %	36	36 %
Celkem	60	100 %	40	100 %



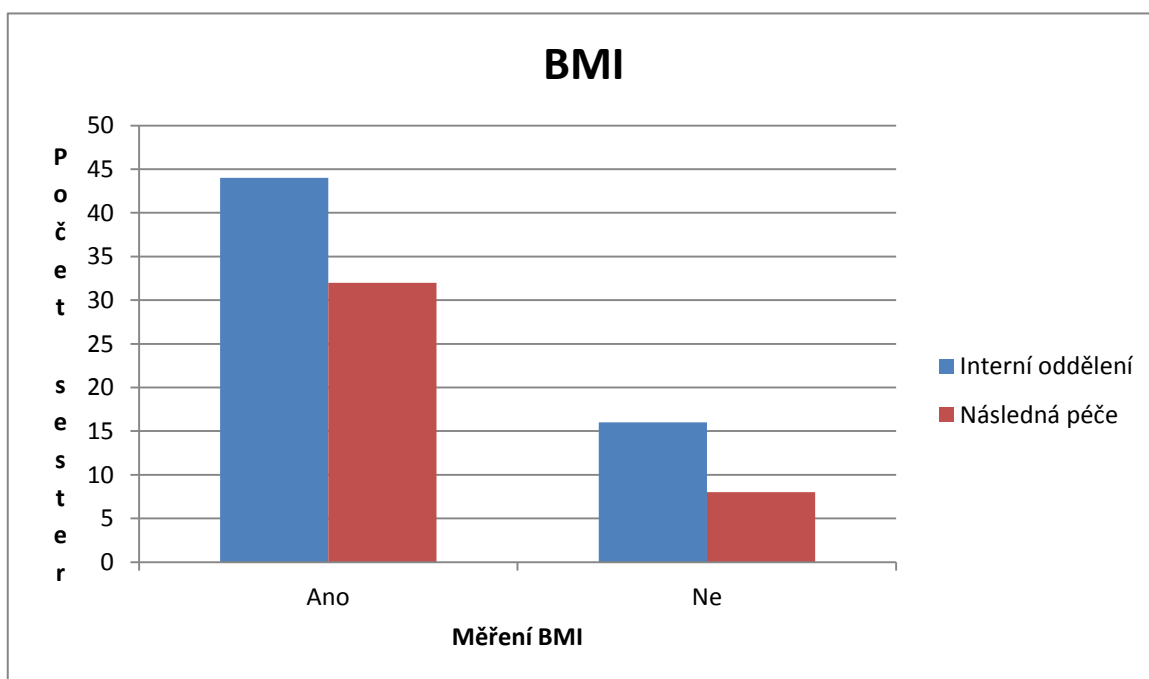
Graf 9 - Využití kalipera

Položka č. 10 : **Hodnotíte na Vašem oddělení Body Mass Index – BMI?**

Komentář: V otázce číslo 10, zda sestry z interních oddělení a následné péče, ke zjištění stavu výživy, využívají Body Mass Index, se shodly téměř stejně. Na interních odděleních využívá k hodnocení stavu výživy 73 % sester, na následné péči sestry BMI využívají v 80 %. Dle výzkumu lze usoudit, že BMI využívají ve stejné míře sestry z obou zkoumaných oddělení.

Tabulka 12 - Měření BMI

Měření BMI	Interní oddělení		Následná péče	
Ano	44	73 %	32	80 %
Ne	16	27 %	8	20 %
Celkem	60	100 %	40	100 %



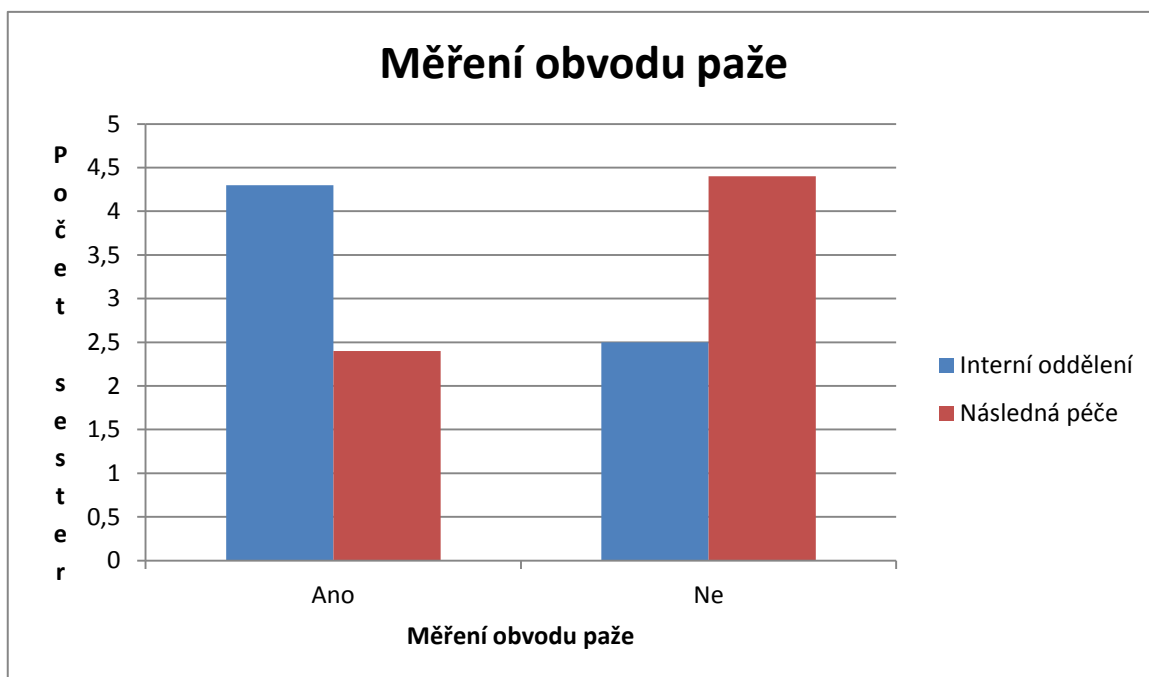
Graf 10 - BMI

Položka č. 11 : **Provádíte u pacientů měření obvodu paže?**

Komentář: Na dotaz, zda sestry provádí u pacientů k hodnocení stavu výživy, měření obvodu paže odpověděly sestry z interních oddělení v 77 %, že tuto metodu nevyužívají a ve 23 % metodu měření obvodu paže „ano“, využívají. Na oddělení následné péče, byla odpověď „ano“ i „ne“ téměř shodná. Metodu měření obvodu paže využívá na následné péči 57 % sester a nevyužívá 43 % sester. Z výsledků plyne, že na interních odděleních se metoda využívá spíše omezeně, kdežto následná péče metodu měření obvodu paže, používá v daleko větší míře.

Tabulka 13 - Měření obvodu paže

Obvod paže	Interní oddělení		Následná péče	
Ano	14	23 %	23	57 %
Ne	46	77 %	17	43 %
Celkem	60	100 %	40	100 %



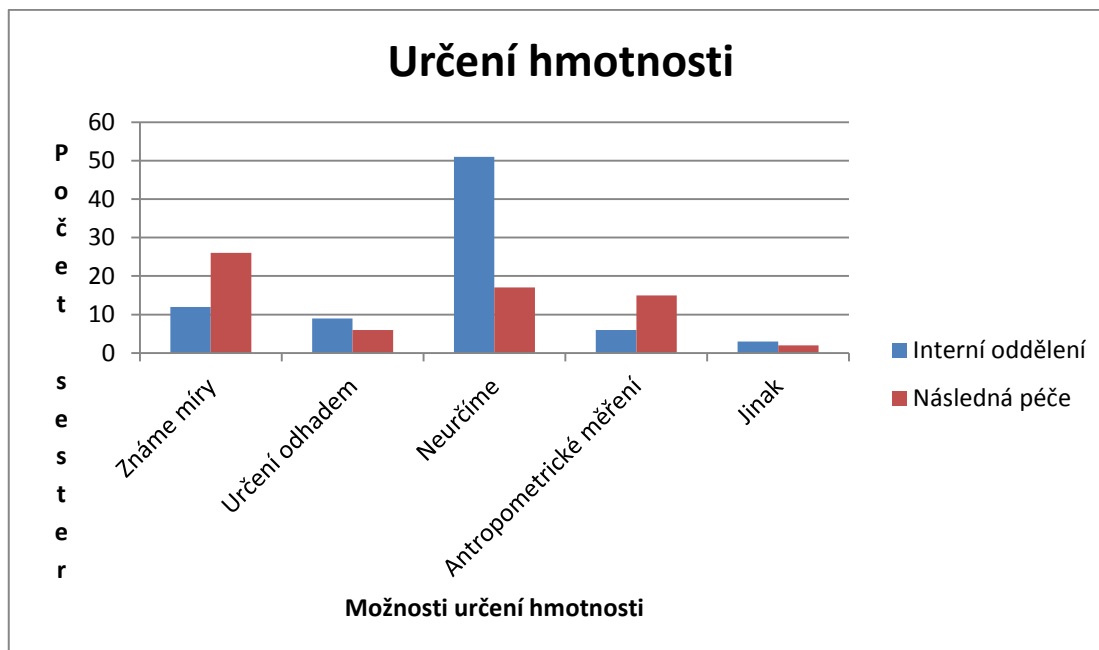
Graf 11 - Měření obvodu paže

Položka č. 12 : Pokud je **pacient ležící, imobilní a na oddělení nejsou dostupné pomůcky k určení hmotnosti pacienta, jakým způsobem určíte hmotnost? Možno i více odpovědí.**

Komentář: Na dotaz jakým způsobem určí sestry hmotnost imobilního pacienta, pokud nemají na oddělení dostupné pomůcky k vážení, odpověděly sestry z interních oddělení ve větší polovině, že hmotnost u imobilního pacienta, „neurčí nijak“ v 63 %. Druhou nejčastější byla odpověď v 15 %, že „pacient zná své míry“. 11 % sester z interních oddělení, určí hmotnost pacienta odhadem, 7 % sester využije antropometrické měření a 4 % sester určí váhu imobilního pacienta jinak, bohužel nevedly jak. Na následné péči sestry ve 39 % odpovídaly, že „pacient zná své míry“, 26 % sester neurčí hmotnost pacienta nijak, do dokumentace zapíší imobilní, 23 % sester využije antropometrické měření a 3% sester určí hmotnost jinak. Z průzkumu je patrné, že sestry z interních oddělení ve větší polovině, hmotnost pacienta nezjišťují, kdežto na následné péči se určení hmotnosti pacienta, věnuje více pozornosti.

Tabulka 14 - Způsob určení hmotnosti ležícího pacienta

	Interní oddělení	Následná péče	Relativní četnost Interní oddělení v %	Relativní četnost Následná péče v %
Pacient zná míry	12	26	15 %	39 %
Určení odhadem	9	6	11 %	9 %
Neurčíme - imobilní	51	17	63 %	26 %
Antropometrické měření	6	15	7 %	23 %
Jinak	3	2	4 %	3 %



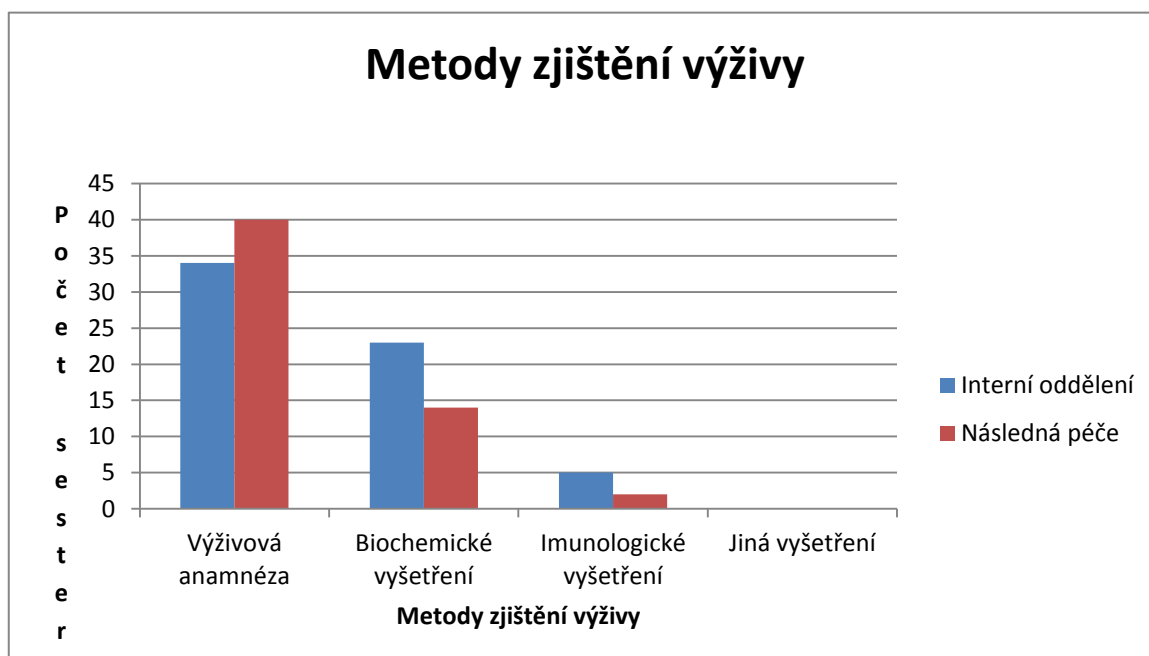
Graf 12 - Způsob určení hmotnosti pacienta

Položka č. 13 : Zjišťujete u hospitalizovaných pacientů (více možností)

Komentář: V položce 13, jakých metod využívají sestry k určení stavu výživy pacientů, odpovědělo na prvním místě 55 % sester z interních oddělení, že zjišťují u pacientů výživovou anamnézu, na druhém místě využívají na interních oddělení biochemické vyšetření a pouze 8 % sester uvedlo využívání imunologického vyšetření. Na následné péči se výsledky liší. 71 % sester užívá k určení stavu výživy nutriční anamnézu. Druhou odpovědí bylo ve 25 % využití biochemického vyšetření. Imunologické a jiné vyšetření, nevyžívají sestry na následné péči k hodnocení stavu výživy pacientů vůbec.

Tabulka 15 - Metody ke zjištění stavu výživy

	Interní oddělení	Následná péče	Relativní četnost v % Interní oddělení	Relativní četnost v % Následná péče
Výživová anamnéza	34	40	55 %	71 %
Biochemické vyšetření	23	14	37 %	25 %
Imunologické vyšetření	5	2	8 %	0 %
Jiná vyšetření	0	0	0 %	0 %



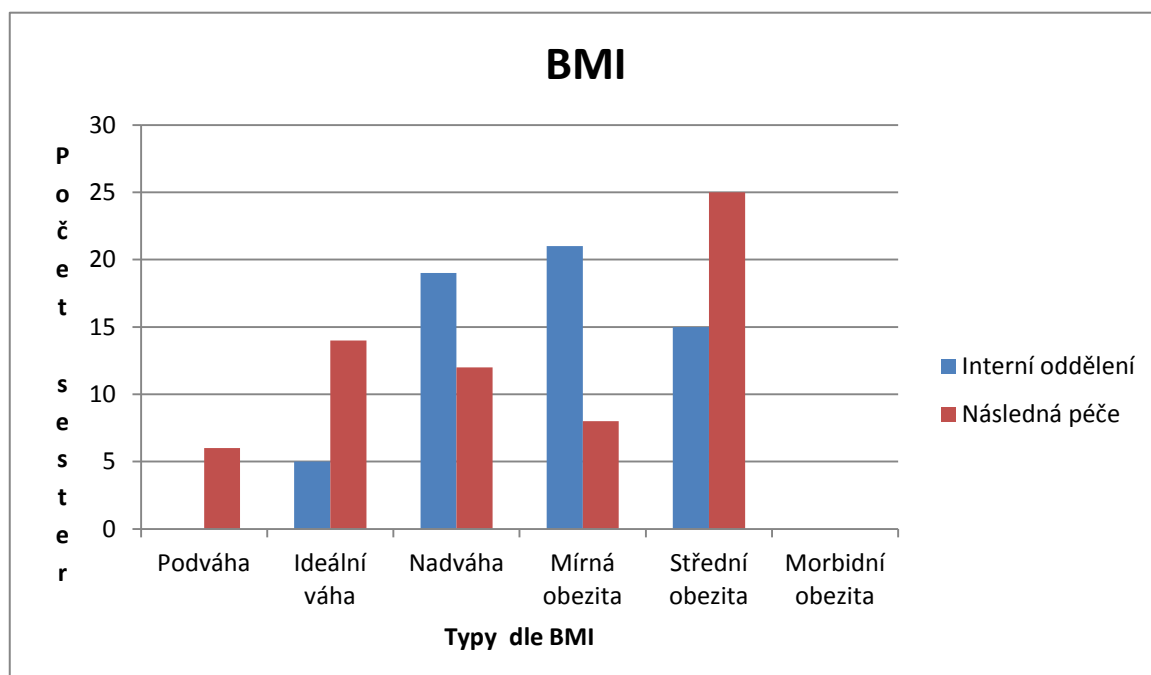
Graf 13 - Metody ke zjištění stavu výživy

Položka č. 14 : Jaký převažuje BMI výsledek na Vašem oddělení u pacientů?

Komentář: V položce číslo 14, bylo dle šetření na interních odděleních zjištěno, že ve 35 % převažují pacienti s mírnou obezitou, na druhém místě byla nejčastější odpověď sester ve 32 % nadváha, na třetím místě jsou pacienti ve 25 % se střední obezitou, jen 8 % pacientů mají ideální váhu a pacienti, kteří trpí podváhou a morbidní obezitou, odpovědělo 0 % sester. Na odděleních následné péče bylo zjištěno, že nejvíce hospitalizovaných pacientů má ideální váhu 35 %, druhou skupinou jsou pacienti ve 30 % s nadváhou, 20 % pacientů s mírnou obezitou 15 % pacientů trpí podváhou.

Tabulka 16 - BMI výsledek

	Interní oddělení	Následná péče	Relativní četnost v % Interní oddělení	Relativní četnost v % Následná péče
Podváha	0	6	0 %	15 %
Ideální váha	5	14	8 %	35 %
Nadváha	19	12	32 %	30 %
Mírná obezita	21	8	35 %	20 %
Střední obezita	15	0	25 %	0 %
Morbidní obezita	0	0	0 %	0 %



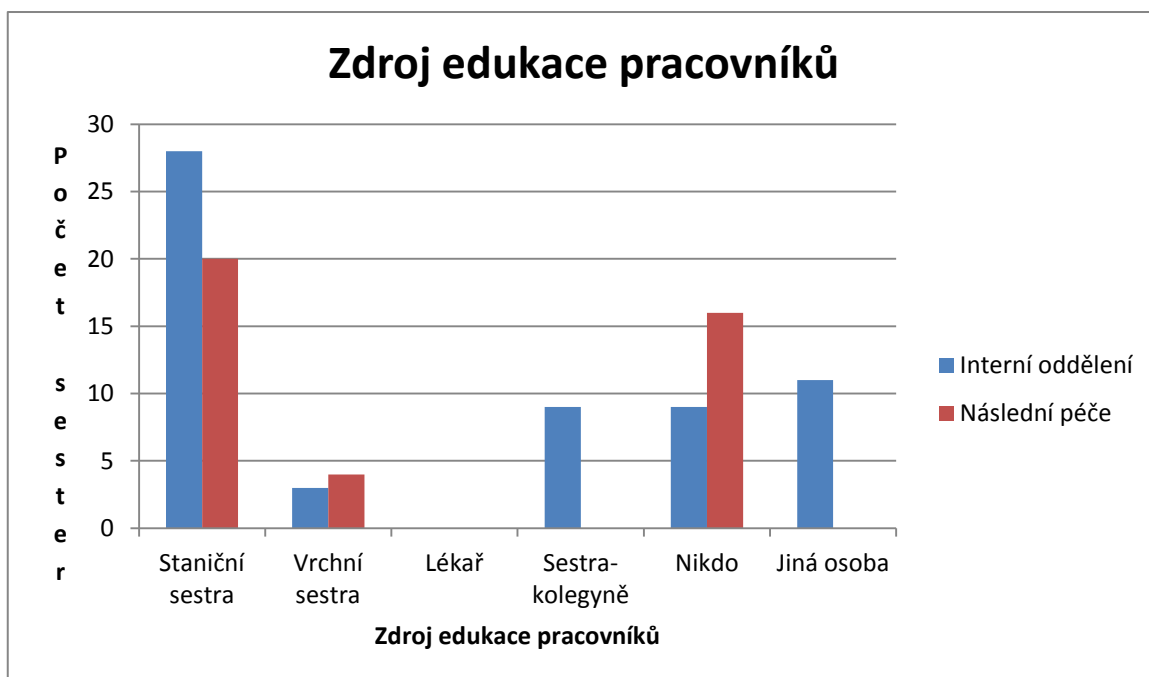
Graf 14 - BMI výsledek

Položka č. 15 : Kdo Vás edukoval o měřících technikách k posouzení stavu výživy?

Komentář: V otázce číslo 15 se respondentky z obou zkmaných oddělení shodly na první odpovědi, že byly edukovány o měřících technikách staniční sestrou. Edukaci sestrou kolegyní, jiným pracovníkem a needukovány, sestry odpověděly v rozmezí od 15 - 18 %. Zajímavostí na následné péči je, že ve 40 % needukoval všeobecné sestry o měřících technikách nikdo.

Tabulka 17 -Zdroj edukace personálu

	Interní oddělení		Následná péče	
	počet	podíl (%)	počet	podíl (%)
Staniční sestra	28	47 %	20	50 %
Vrchní sestra	3	5 %	4	10 %
Lékař	0	0 %	0	0 %
Sestra - kolegyně	9	15 %	0	0 %
Nikdo	9	15 %	16	40 %
Jiný pracovník	11	18 %	0	0 %
Celkem	60	100 %	40	100 %



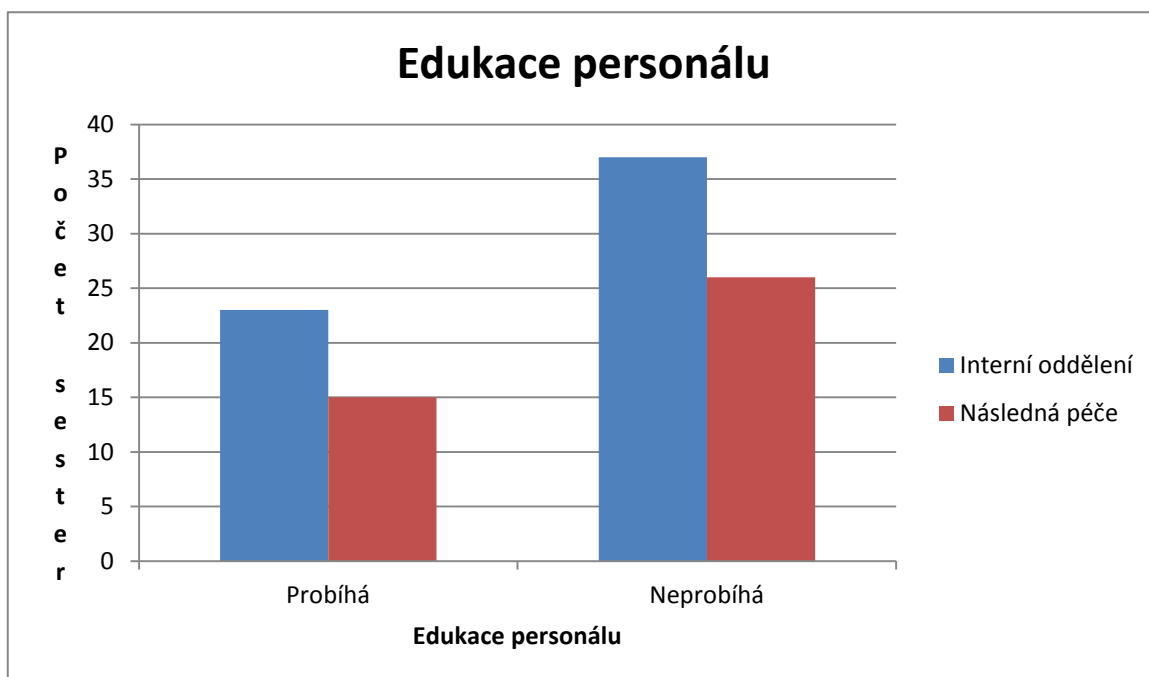
Graf 15 - Zdroj edukace personálu

Položka č. 16 : Probíhá u Vás v zařízení edukace o měřících technikách k posouzení stavu výživy pacientů?

Komentář: Sestry na interních odděleních i následné péči v položce číslo 16 uvedly, téměř shodné výsledky. 38 % sester z interních oddělení udalo, že edukace o měřících technikách probíhá. Na následné péči probíhá edukace sester v 35 %.

Tabulka 18 - Edukace personálu v nemocničních zařízeních

Edukace	Interní oddělení		Následná péče	
Probíhá	23	38 %	14	35 %
Neprobíhá	37	62 %	25	65 %
Celkem	60	100 %	40	100 %



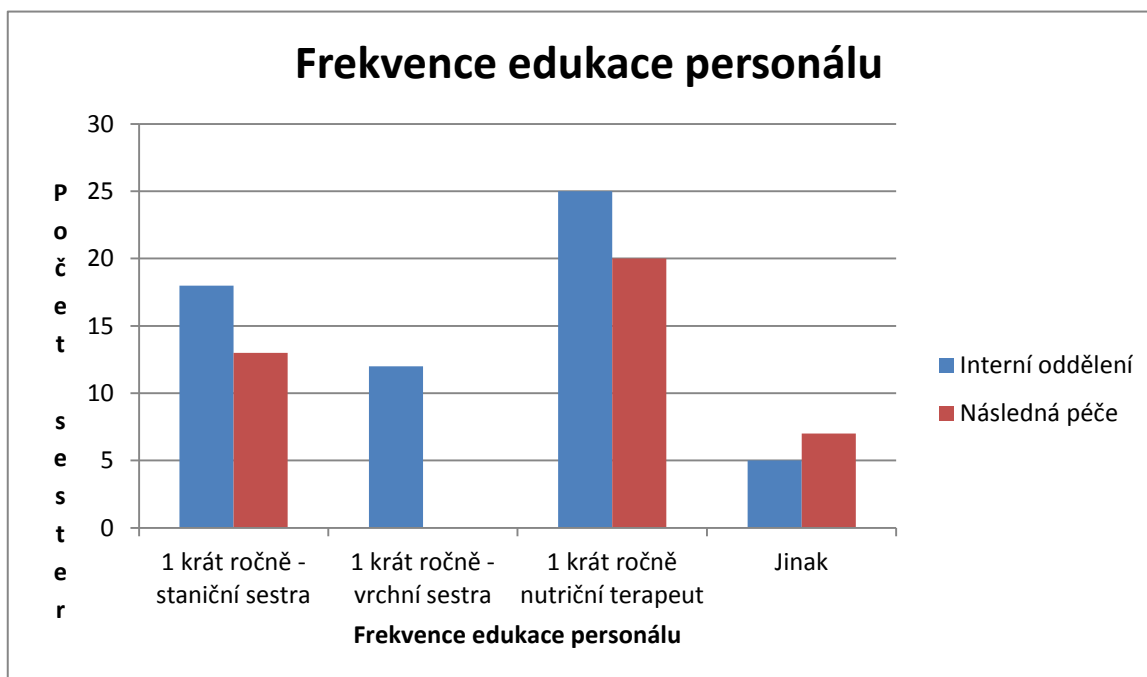
Graf 16 - Edukace personálu

Položka č. 17 : Jestliže edukace probíhá, jak často a jakým způsobem?

Komentář: Výsledky respondentek, jak často a jakým způsobem probíhá edukace k posouzení stavu výživy ve zdravotnických zařízeních, se liší. Na interních odděleních uvedly sestry nejvíce odpovědí ve 42 %, edukace probíhá „1 krát ročně nutričním terapeutem“. 30 % sester uvedlo edukaci „1 krát ročně staniční sestrou“. „Jinak“ byla nejméně zvolená odpověď na interních odděleních. Na následné péči polovina respondentek udávala odpověď „1 krát ročně nutričním terapeutem“, žádnou odpověď sestry v 0 % udaly v možnosti „1 krát ročně vrchní sestrou“.

Tabulka 19 - Frekvence edukace personálu

Edukátor	Interní oddělení		Následná péče	
1 krát ročně – staniční sestra	18	30 %	13	33 %
1 krát ročně – vrchní sestra	12	20 %	0	0 %
1 krát ročně – nutriční terapeut	25	42 %	20	50 %
Jinak	5	8 %	7	17 %
Celkem	60	100 %	40	40 %



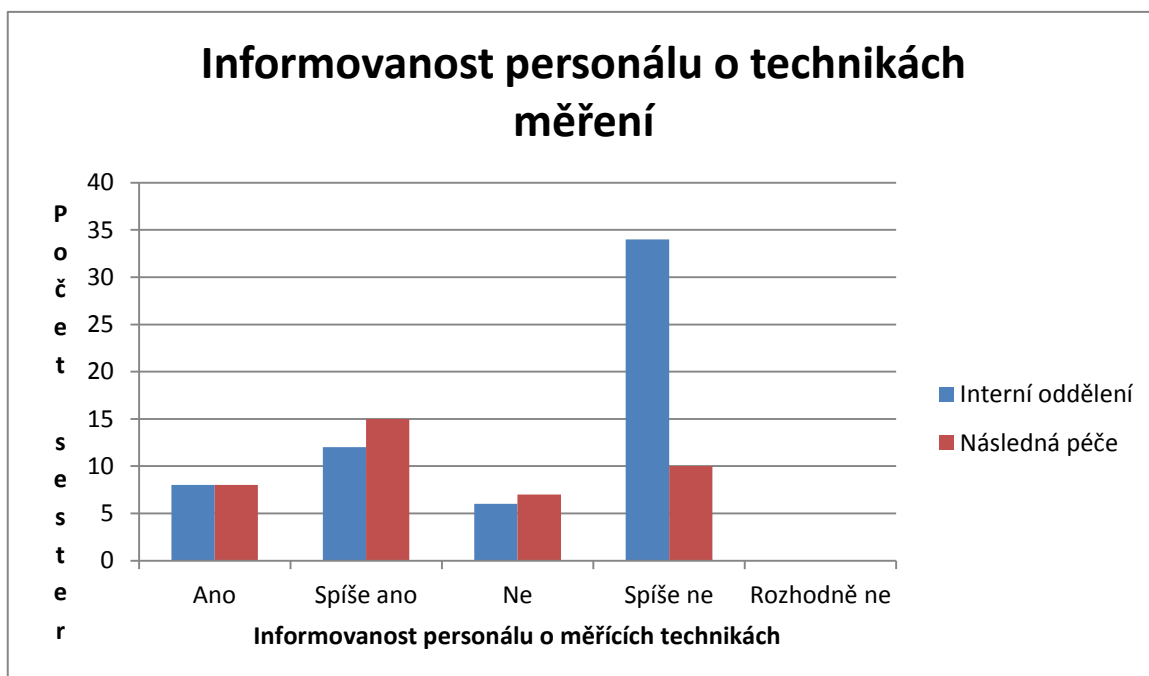
Graf 17 - Frekvence edukace personálu

Položka č. 18 : Máte dostatek informací v oblasti měřících technik k posouzení stavu výživy pacienta?

Komentář: Z celkového počtu 60 všeobecných sester na interním oddělení si myslí v 57 %, že nemají dostatek informací v oblasti měřících technik k posouzení stavu výživy pacienta. Jen 13 % sester z interního oddělení se domnívá, že má dostatek informací o měřících technikách. Na následné péči uvádějí sestry nejvíce odpovědi, ve variantě „spíše ano“ v 38 %. Nejméně odpovědí na následné péči udávaly sestry k variantě „ne“ a to v 17 %. 0 % výpovědí „rozhodně ne“, udaly sestry z obou zkoumaných oddělení shodně.

Tabulka 20 - Informovanost personálu o technikách měření

Informovanost Personálu	Interní oddělení		Následná péče	
	Ano	8	13 %	8
Spíše ano	12	20 %	15	38 %
Ne	6	10 %	7	17 %
Spíše ne	34	57 %	10	25 %
Rozhodně ne	0	0 %	0	0 %
Celkem	60	100 %	40	100 %



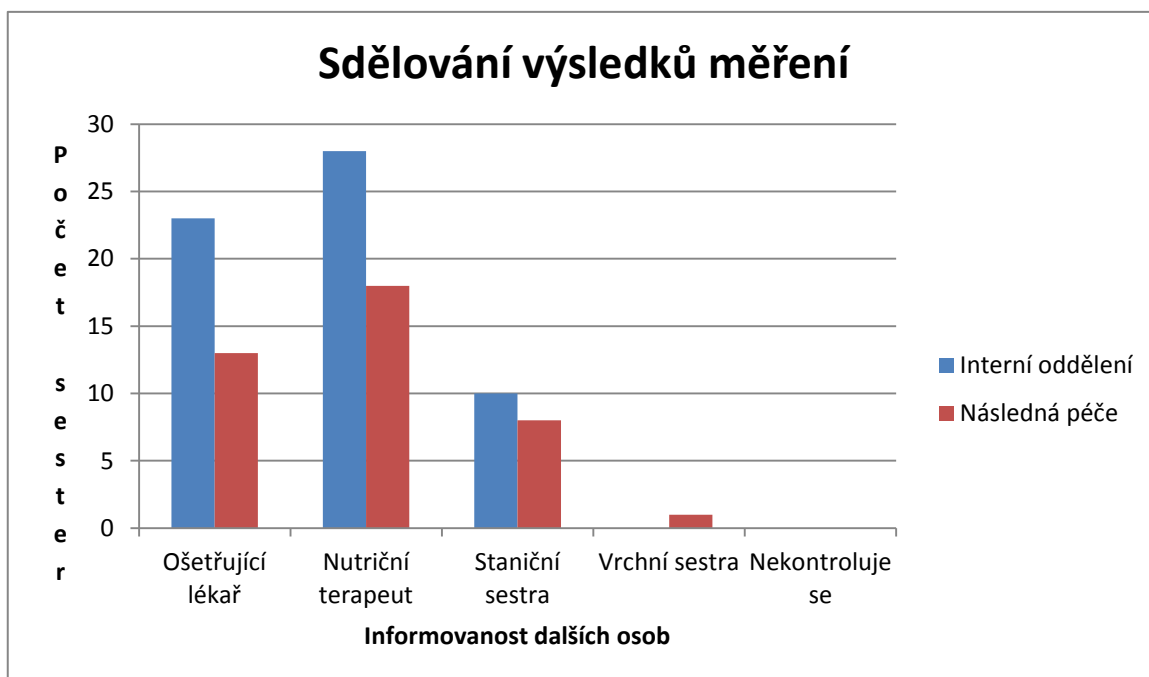
Graf 18 - Informovanost personálu o technikách měření

Položka č. 19: Koho informujete o výsledcích měření nutričního stavu hospitalizovaných pacientů?

Komentář: Informaci o zjištěném stavu výživy pacientů, předávají shodně obě zkoumaná oddělení nutričnímu terapeutu ve 45 %. Druhou nejčastější odpovědí z obou oddělení byla, předání informace „ošetřujícímu lékaři“. Zda nepředávají sestry informace nikomu, uvedly sestry rovněž shodně v 0 %.

Tabulka 21 - Následné sdělení výsledků měření

Sdělování výsledků	Interní oddělení		Následná péče	
Ošetřující lékař	23	38 %	13	33 %
Nutriční terapeut	28	45 %	18	45 %
Staniční sestra	10	17 %	8	20 %
Vrchní sestra	0	0 %	1	2 %
Nekontroluje nikdo	0	0 %	0	0 %
Celkem	60	100 %	40	100 %



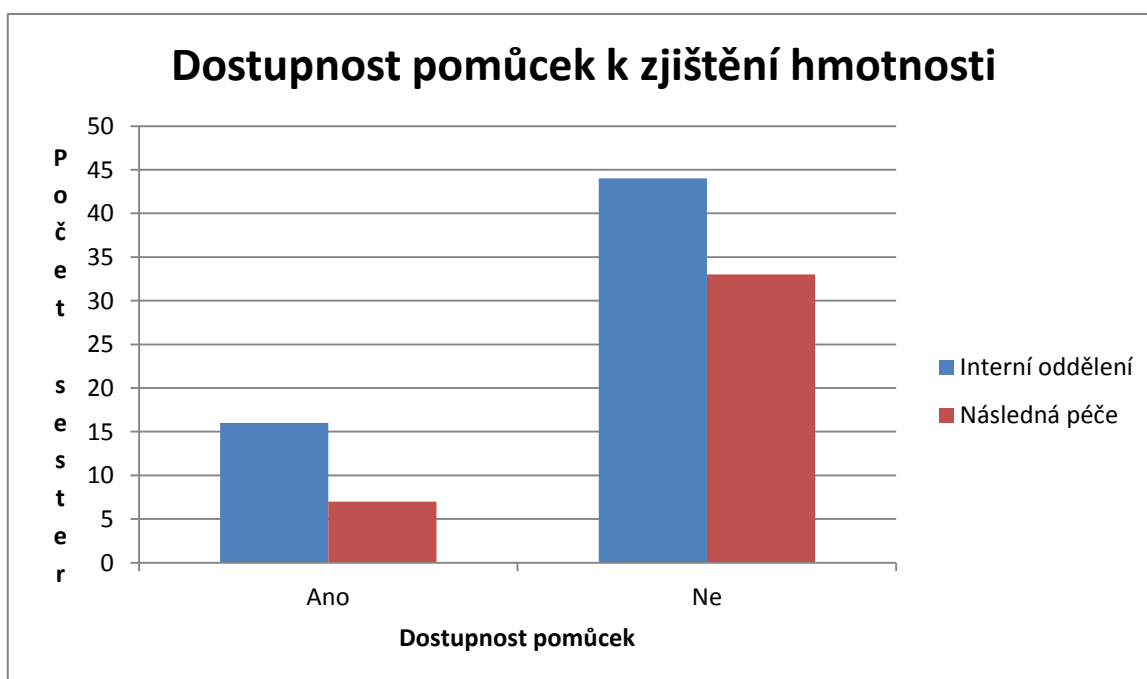
Graf 19 - Následné sdělení výsledků měření

Položka č. 20 : **Máte na oddělení pomůcky pro zjištění hmotnosti imobilních pacientů?**

Komentář: Z tabulky 22 a grafu 20 plyne, že na interních odděleních v 73 % výpovědi sester a následné péči 83 % výpovědí, nemají dostupné pomůcky ke zjištění hmotnosti imobilních pacientů.

Tabulka 22 - Dostupnost pomůcek k zjištění hmotnosti pacientů

Pomůcky	Interní oddělení		Následná péče	
Ano	16	27 %	7	17 %
Ne	44	73 %	33	83 %
Celkem	60	100 %	40	100 %



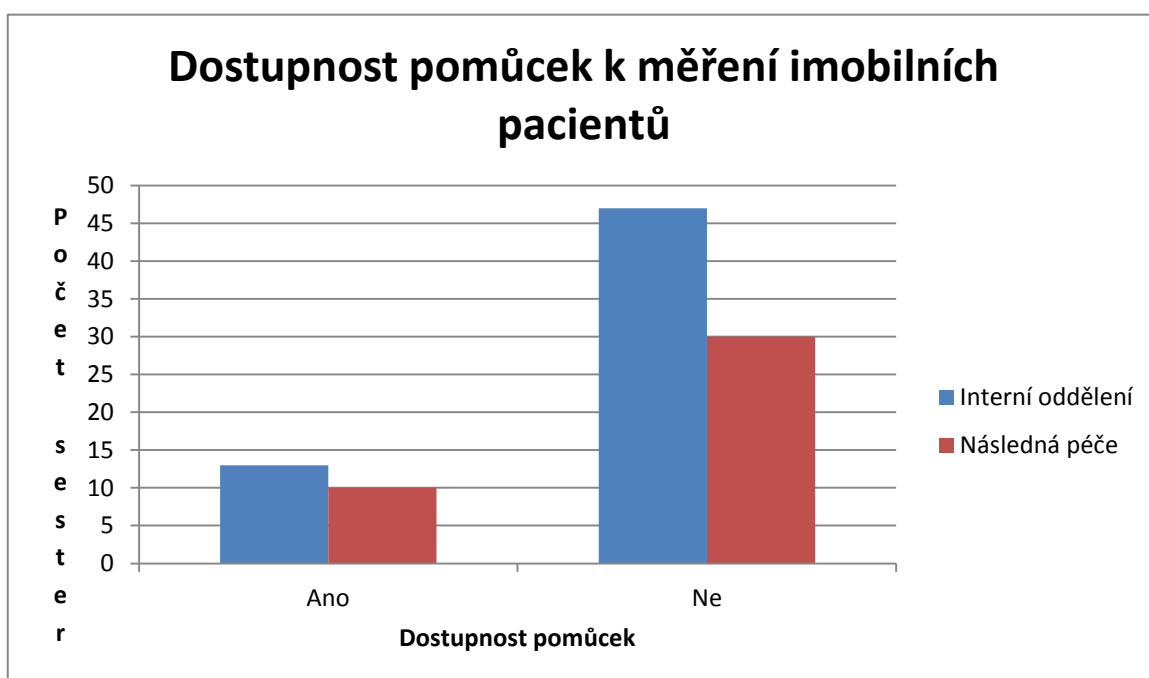
Graf 20 - Dostupnost pomůcek k zjištění hmotnosti

Položka č. 21 : Máte na oddělení pomůcky pro měření imobilních pacientů?

Komentář: Na interních odděleních i následné péči uvedly sestry nejvíce odpovědi téměř shodně, že nemají pomůcky k měření imobilních pacientů.

Tabulka 23 - Dostupnost pomůcek k měření imobilních pacientů

Dostupnost pomůcek	Interní oddělení		Následná péče	
Ano	13	22 %	10	25 %
Ne	47	78 %	30	75 %
Celkem	60	100 %	40	100 %



Graf 21 -Dostupnost pomůcek

Položka č. 22 : **Pokud máte pomůcky k hodnocení stavu výživy u imobilních pacientů, uveďte prosím jaké? (více možností)**

Komentář: Větší polovina sester z obou zkoumaných oddělení uvedla jednoznačnou odpověď, že nemají pomůcky k zjištění stavu výživy imobilních pacientů. Vážící křesla mají dle výpovědí sester na interních odděleních v 16 %, následná péče 12 %.

Tabulka 24 - Pomůcky k hodnocení stavu výživy

	Interní oddělení	Následná péče	Relativní četnost Interní odd.	Relativní četnost Následná péče
Kaliper	0	0	0	0
Měřič tuku	9	4	5 %	9 %
Vážící křeslo	10	5	16 %	12 %
Závěsná váha	0	3	0 %	7 %
Váha pro lůžka	0	0	0 %	0 %
Lůžko s váhou	0	0	0 %	0 %
Jiné	0	5	0 %	12 %
Pomůcky-není	44	26	69 %	60 %



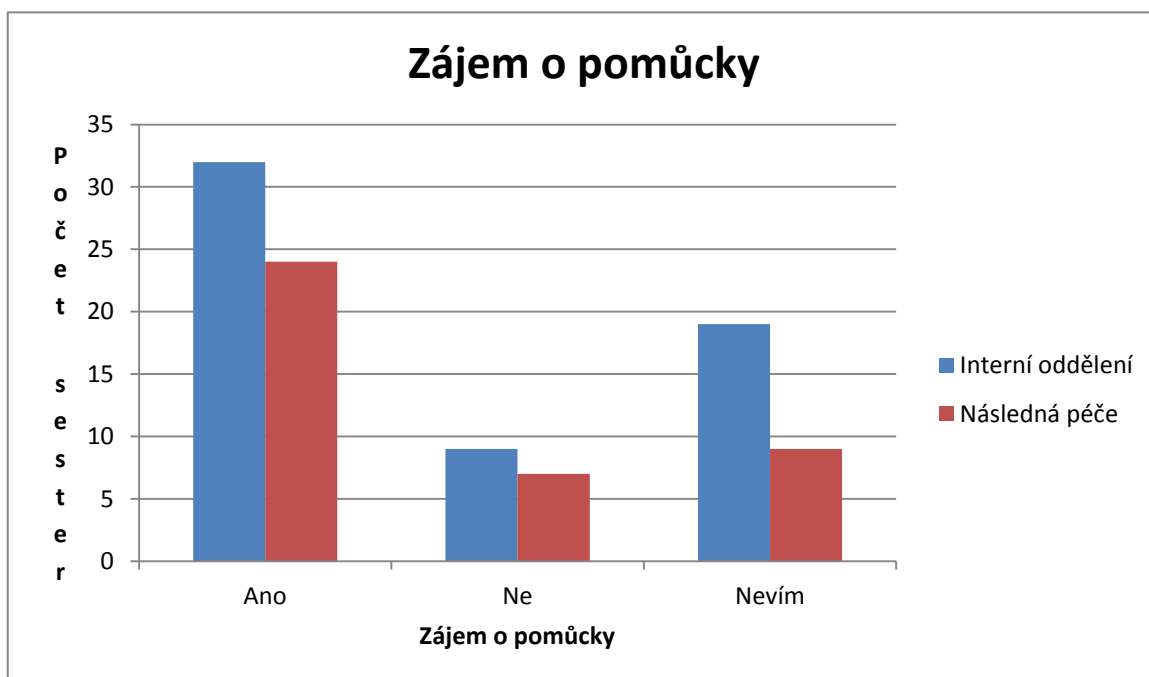
Graf 22 - Pomůcky k hodnocení stavu výživy

Položka č. 23 : **Pokud na oddělení nemáte dostupné pomůcky k určení hmotnosti imobilních pacientů, uvítali byste je?**

Komentář: Dle dotazníkového šetření by sestry z obou zkoumaných oddělení uvítaly pomůcky ke zjištění hmotnosti imobilních pacientů. Na interním oddělení neví, zda by pomůcky uvítaly 32 % sester, na následné péči uvedlo totožnou odpověď 23 % sester.

Tabulka 25 - Zájem o dostupnost pomůcek

Zájem pomůcky	Interní oddělení		Následná péče	
Ano	32	53 %	24	60 %
Ne	9	15 %	7	17 %
Nevím	19	32 %	9	23 %
Celkem	60	100%	40	100 %



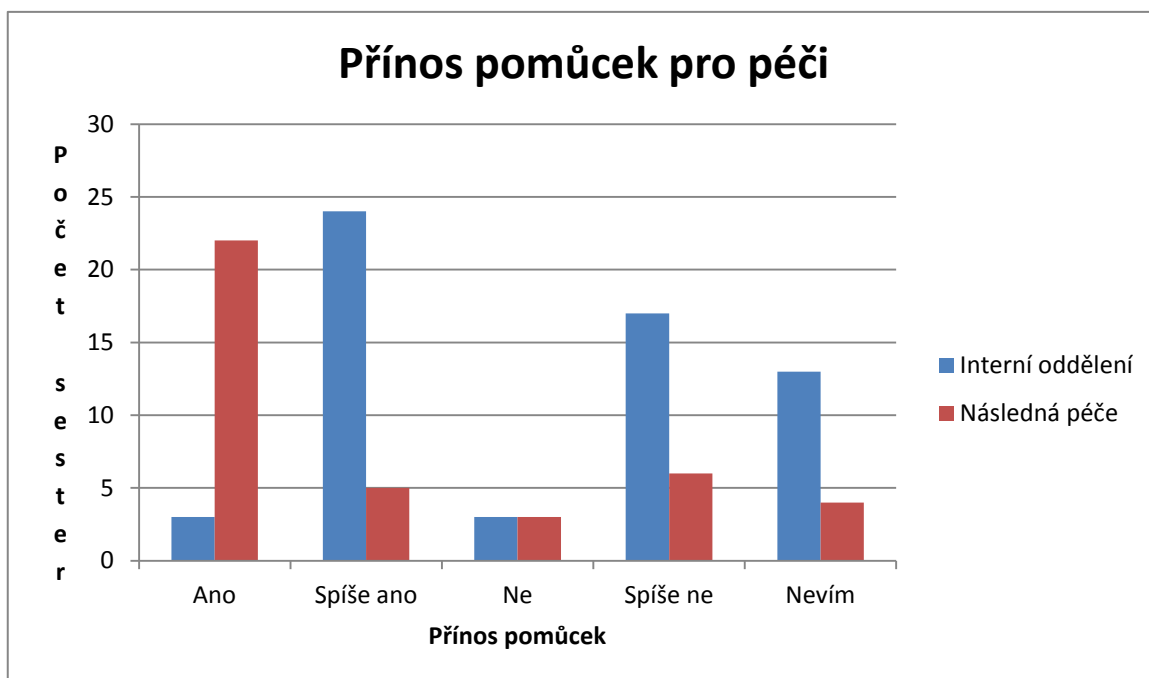
Graf 23 - Zájem o dostupnost pomůcek

Položka č. 24 : **Měly by dostupné pomůcky k určení hmotnosti přínos pro ošetrovatelskou péči na Vašem oddělení?**

Komentář: Zdali by měly pomůcky k určení hmotnosti imobilních pacientů přínos, uvedlo kladnou odpověď na interním oddělení pouze 5 % sester, oproti následné péči, kde sestry naopak přínos pro péči vidí v 55 %. Nejméně odpovědí sestry z obou oddělení udaly v odpovědi nezáporné „ne“.

Tabulka 26 - Přínos pomůcek pro ošetrovatelskou péči

Přínos pomůcek	Interní oddělení		Následná péče	
Ano	3	5 %	22	55 %
Spíše ano	24	40 %	5	12 %
Ne	3	5 %	3	8 %
Spíš ne	17	28 %	6	15 %
Nevím	13	22 %	4	10 %
Celkem	60	100 %	40	100 %



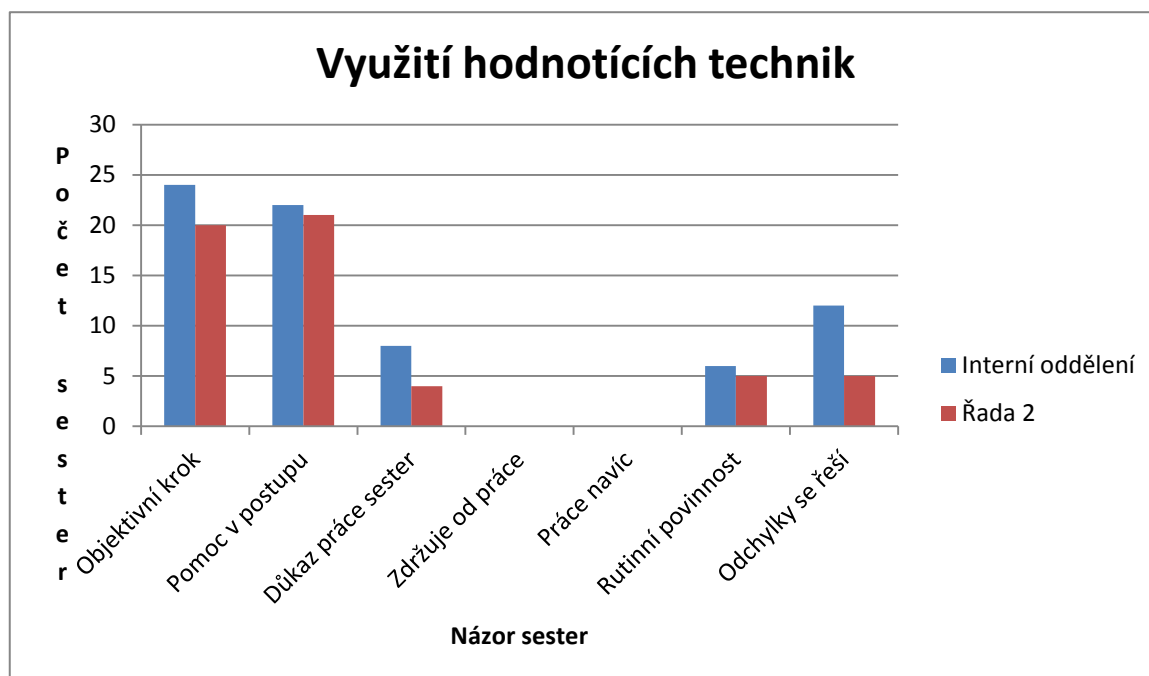
Graf 24 - Přínos pomůcek pro ošetrovatelskou péči

Položka č. 25 : **Používání hodnotících technik k určení stavu výživy považujete za (můžete označit více odpovědí)**

Komentář: Spíše kladně odpovídaly respondentky z interních oddělení i následné péče na názor k používání měřících technik k posouzení stavu výživy. Záporné odpovědi sestry udávaly jen v malém počtu.

Tabulka 27 - Využití hodnotících technik

Využití hodnotících technik	Interní oddělení	Následná péče	Relativní četnost Interní oddělení	Relativní četnost Následná péče
Objektivní krok	24	20	33 %	36 %
Pomoc v postupu	22	21	31 %	38 %
Důkaz práce sester	8	4	11 %	7 %
Zdržuje od práce	0	0	0 %	0 %
Práce navíc	0	0	0 %	0 %
Rutinní povinnost	6	5	8 %	9 %
Odchylky se řeší	12	5	17 %	9 %



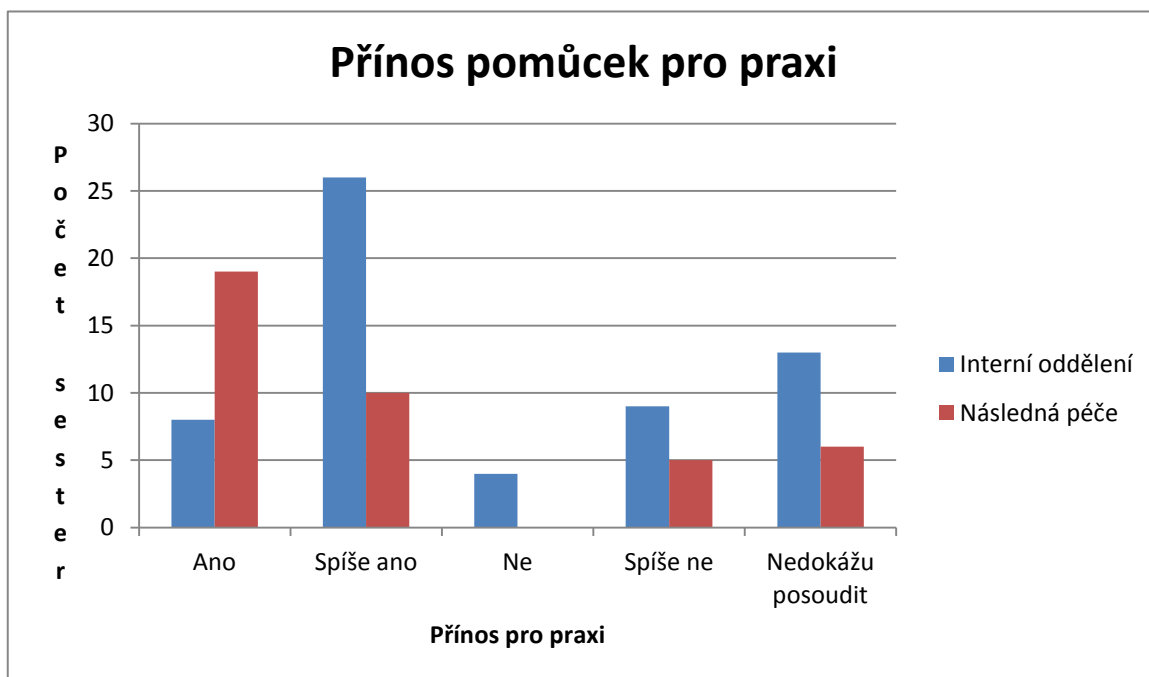
Graf 25 - Využití hodnotících technik

Položka č. 26 : **Jste přesvědčeni o přínosu používání pomůcek k určení nutričního stavu u imobilních pacientů na Vašem oddělení?**

Komentář: 43 % sester z interních oddělení a 48 % sester z následné péče, vidí přínos v používání pomůcek k určení stavu výživy pacientů. Naopak přínos nevidí daleko menší počet sester 7 % na interním oddělení a 0 % na následné péči.

Tabulka 28 - Přínos pomůcek pro péči

Přínos pomůcek	Interní oddělení		Následná péče	
Ano	8	13 %	19	48 %
Spíše ano	26	43 %	10	25 %
Ne	4	7 %	0	0 %
Spíše ne	9	15 %	5	12 %
Nedokážu posoudit	13	22 %	6	15 %
Celkem	60	100 %	40	100 %



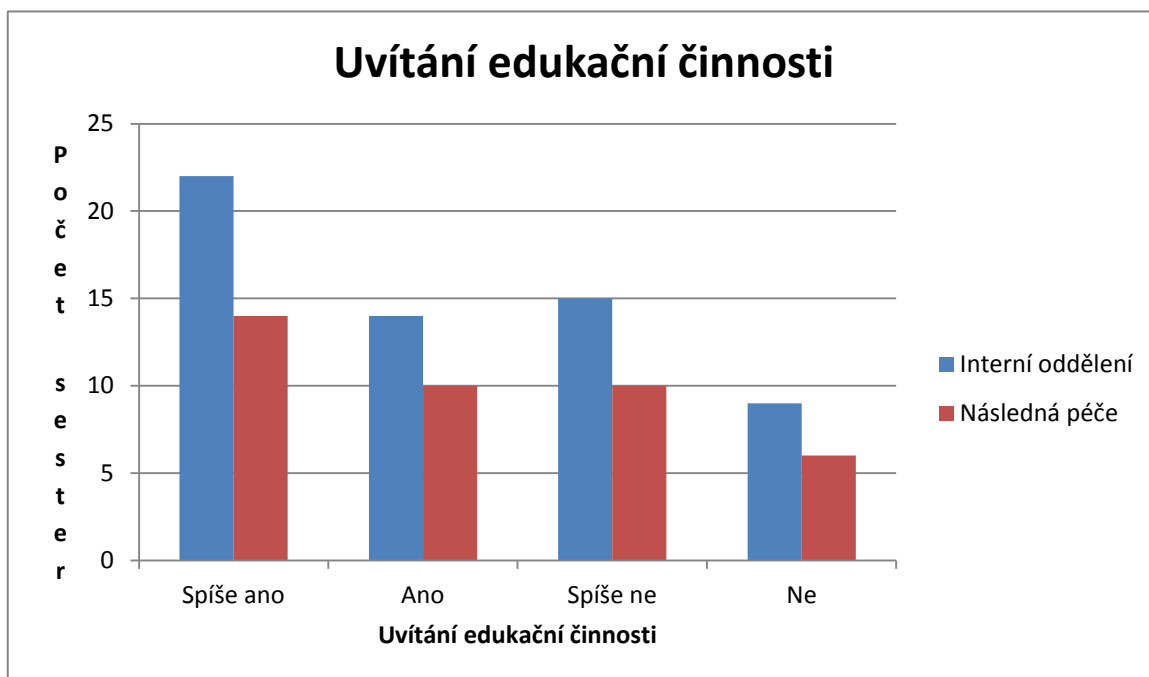
Graf 26 - Přínos pomůcek pro péči

Položka č. 27 : Uvítali byste ve Vašem zdravotnickém zařízení častější edukační činnost o hodnocení stavu výživy pacientů?

Komentář: Z celkového počtu respondentek na interním oddělení se domnívá „spíše ano“ 37 %, že by uvítaly ve svém zdravotnickém zařízení častější edukační činnost. Podobný výsledek s 35 % „spíše ano“, se domnívají i sestry z následné péče. Na 15 % se shodly sestry z obou oddělení stejně na odpovědi „ne“.

Tabulka 29 - Uvítání edukační činnosti

Uvítání edukační činnosti	Interní oddělení		Následná péče	
Spíše ano	22	37 %	14	35 %
Ano	14	23 %	10	25 %
Spíše ne	15	25 %	10	25 %
Ne	9	15 %	6	15 %
Celkem	60	100 %	40	100 %



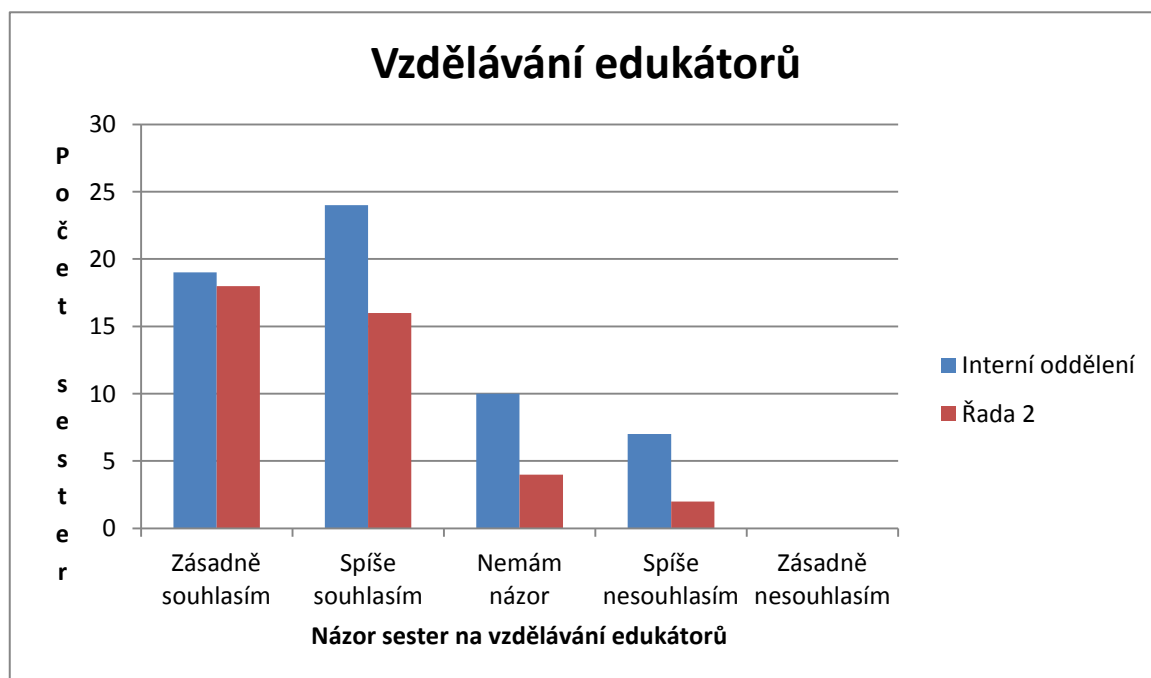
Graf 27 - Uvítání edukační činnosti

Položka č. 28 : Edukátoři by se měli dále vzdělávat v edukaci v rámci celoživotního vzdělávání (certifikované kurzy, specializační kurzy)

Komentář: Z následující tabulky a grafu vyplývá, že sestry spíše souhlasí se vzděláváním edukátorů. Na následné péči sestry uvedly nejvíce odpovědi „zásadně souhlasí“ se vzděláváním edukátorů.

Tabulka 30 - Vzdělávání edukátorů

Vzdělávání edukátorů	Interní oddělení		Následná péče	
	počet	procento	počet	procento
Zásadně souhlasím	31	31 %	18	45 %
Spíše souhlasím	24	40 %	16	40 %
Nemám názor	10	17%	4	10 %
Spíše nesouhlasím	7	12 %	2	5 %
Zásadně nesouhlasím	0	0 %	0	0 %
Celkem	60	100 %	40	100 %



Graf 28 - Vzdělávání edukátorů

7 DISKUZE

7.1 Analýza získaných dat a porovnání výsledků

Cílem č. 1 je zjistit, jaká nejčastější kategorie pacientů v rámci sebestaršování je hospitalizována na interních odděleních a odděleních následné péče a jaké zde převažuje nutriční hodnocení u hospitalizovaných pacientů. Tuto skutečnost jsme se snažily dosáhnout položkou č. 2, 3, 14.

Položkou č. 2 jsme zjistily, jaký převažuje věk u hospitalizovaných pacientů na interních odděleních a odděleních následné péče.

Z průzkumu dotazníkovou metodou u všeobecných sester na interních oddělení vyplývá, že zde převažují pacienti v průměrném věku 60 - 69 let (38 %). Jen o velmi málo nižší počet nejčastěji hospitalizovaných jsou pacienti ve věku od 70 - 79 let (36 %). Na třetím místě jsou současně pacienti ve věku 50 - 59 let a 80 - 89 let. Průměrný věk pacientů 40 - 49 let a 90 let a více, sestry z interních oddělení neuváděly vůbec. Oproti následné péči se výsledek výzkumu liší. Nejpočetnější věkovou skupinou na následné péči, jsou pacienti téměř z poloviny, ve věku 70 - 79 let (45 %) a o málo nižší počet (40 %), pacienti ve věku 80 - 89 let. Pacienti nad 90 a více let jsou na následné péči hospitalizováni v 5 %. Pacienti ve věku 40 - 49 let a 50 - 59 let dle výzkumu jsou na zkoumaném oddělení zastoupeni v 0 %. Při porovnání výsledků z obou cílových oddělení, je patrné, že na odděleních následné péče jsou hospitalizováni pacienti starší o více jak 10 let, než na interních odděleních. U starších pacientů je větší předpoklad závislosti na pomoci druhé osoby.

Položkou č. 3 jsme se dotazovaly, jaká kategorie pacientů je nejčastěji hospitalizována na interních odděleních a odděleních následné péče.

Průzkum prokazuje, že na odděleních následné péče jsou hospitalizováni ve větší míře pacienti ležící v lůžku pohybliví (57%), oproti interním oddělení, kde je ležících v lůžku pohyblivých pacientů podstatně méně (9%). Druhou skupinou pacientů, na následné péči jsou ležící, imobilní (23 %) a o nepatrný počet méně jsou pacienti chodící částečně, vyžadující pomoc druhé osoby (20%). Šetření dále udává, že největší počet hospitalizovaných pacientů na interních odděleních jsou chodící částečně, vyžadující pomoc druhé osoby (45%) a téměř shodný počet pacientů ležících v lůžku pohyblivých

(9%) s ležícími, imobilními pacienty (10%). Při porovnávání výsledků z obou oddělení, je jednoznačně patrné, že na následné péči jsou hospitalizováni ve větší míře pacienti ležící, omezeně pohybliví, což je dáno druhem oddělení.

Položkou č. 14 je zjištěno, jaký u pacientů na interních odděleních a následné péči převažuje výsledek BMI.

Z průzkumu vyplývá, že na interních odděleních převažují pacienti spíše s mírnou obezitou (35%), na druhém místě byli pacienti s nadváhou (32%) a na třetím místě pacienti se střední obezitou (25%). S porovnáním s oddělením následné péče má nejvíce pacientů ideální váhu (35%), druhou nejčastější skupinou jsou pacienti s nadváhou (30%). Podváhou, na následné péči, překvapivě trpí jen 15 % pacientů. Výsledky zjištění na interním oddělení, můžou být dány nižší věkovou kategorií hospitalizovaných pacientů.

Cílem č. 2 je zjistit, jak se provádí antropometrická měření a jaké se používají objektivizující nástroje k hodnocení nutričního stavu pacientů na interních odděleních a oddělení následné péče. Cíle jsme se snažily dosáhnout položkou č. 5, 8, 9, 10, 11, 12, 13.

Položkou č. 5 jsme se tázaly, jaké výživové škály využívají sestry z obou oddělení k posouzení stavu výživy pacientů.

Z porovnání výsledků vyplývá, že všeobecné sestry z interních oddělení v 98 % a odděleních následné péče v 100%, dle zjištěných dat, se shodly téměř na stejné odpovědi. Stav výživy pacientů zjišťují sestry na interních odděleních i následné péči pomocí Základního nutričního screeningu. Pouze 2 % všeobecných sester z interních oddělení uvedlo, že využívají vlastní volbu výživové škály, bohužel nevedly v dotazníku jakou. Z šetření plyne, že sestry z obou zkoumaných oddělení používají shodné škály, ke zjištění stavu výživy pacientů. Důvodem zřejmě bude nejčastější a nejrozšířenější způsob zhodnocení stavu výživy pacienta metodou Základního nutričního screeningu

Položkou č. 8 je zjištěno, zda sestry na interních odděleních a následné péči, aplikují i jiné měřicí techniky, než samotné vážení pacientů. Např. měření obvodu paže centimetrem, nebo měření podkožního tuku v těle.

Z průzkumu dotazníkovou metodou bylo zjištěno zajímavých výsledků. Polovina sester z interních oddělení aplikuje i jiné měřicí techniky, než vážení pacientů, druhá polovina sester uvedla, že neaplikuje žádné jiné měřicí techniky, než vážení. Na následné péči bylo šetřením zjištěno, že větší polovina sester v 60 % aplikuje i jiné měřicí techniky než vážení pacientů, 40 % sester jiné metody, než vážení nepoužívá. Z šetření plyne zajímavý výsledek, že polovina sester z obou oddělení jiné měřicí techniky než vážení využívají, druhá polovina sester jiné měřicí techniky nepoužívá.

Položkou č. 9 průzkum ukázal, zda sestry z obou zkoumaných oddělení využívají kaliper – kleště k měření podkožního tuku.

Z porovnání výsledků vyplývá, že sestry z interních oddělení nevyžívají kleště k měření podkožního tuku vůbec a sestry z následné péče jen ve velmi malé četnosti. Zjištěný výsledek jsem očekávala, i když ne s nulovou výpovědí od sester z interních oddělení. Sestry z interních oddělení uváděly důvod nevyžití kalipera v chybění pomůcky na oddělení a téměř shodně odpovídaly i sestry z následné péče.

Položkou č. 10 je hodnocení BMI u pacientů na oddělení.

Při porovnávání výsledků z interních oddělení i následné péče bylo zjištěno, že sestry z obou oddělení využívají k hodnocení stavu výživy u pacientů Body Mass Index. Z obou oddělení, používají sestry tuto techniku ve velkém počtu, téměř shodně. Na interních odděleních v 73 % na následné péči 80 % všeobecných sester.

Položkou č. 11 jsme zjistily, zda sestry provádí u pacientů měření obvodu paže centimetrem.

Při porovnávání výsledků z obou zkoumaných oddělení bylo zjištěno, že sestry z interních oddělení měření obvodu paže provádí velmi omezeně a to jen ve 23 %, oproti sestřím z následné péče, kde se měření obvodu paže provádí v daleko větší míře a to v 57 %. Důvodem může být větší kladení důrazu k posouzení stavu výživy pacienta, než na interním oddělení, kde je pacient hospitalizován po dobu akutního stavu nemoci.

Položkou č. 12 průzkum ukázal, pokud je pacient ležící imobilní a na oddělení nejsou dostupné pomůcky k určení hmotnosti pacienta, jakým způsobem určí sestry tuto hmotnost.

Z průzkumného šetření vyplynuly značné rozdíly mezi jednotlivými odděleními. Bylo zjištěno, že sestry z interních oddělení z větší poloviny, hmotnost u imobilního pacienta, neurčí nijak (63 %). Druhou nejčastější odpovědí bylo (15 %), že pacient zná své míry. 11 % sester z interních oddělení, určí hmotnost pacienta odhadem, 7 % sester využije antropometrické měření a 4 % sester určí váhu imobilního pacienta jinak. Sestry ovšem neuvedly jak. Na následné péči jsou výsledky odlišné, sestry ve 39 % odpovídaly, že pacient zná své míry, 26 % sester neurčí hmotnost pacienta nijak, do dokumentace zapíší imobilní, 23 % sester využije antropometrické měření a 3% sester určí hmotnost jinak, opět neuvedly jak. Z průzkumu je patrné, že sestry z interních oddělení ve větší polovině, hmotnost pacienta nezjišťují, kdežto na následné péči se určení hmotnosti pacienta, věnuje více pozornosti.

Položkou č. 13 jsme zjistily, zda k posouzení stavu výživy pacientů, využívají sestry i výživovou anamnézu pacienta, zda provádí klinické, biochemické a imunologické vyšetření.

Při porovnání výsledků bylo zjištěno, že na interních odděleních i následné péči je prioritou k posouzení stavu výživy, odběr výživové anamnézy a následně biochemické vyšetření séra. Imunologické vyšetření na interních odděleních se dle průzkumu využívá jen velmi omezeně a na následné péči se imunologické, ani jiné vyšetření nevyužívá vůbec.

Cílem č. 3 jsme zjistily, jaká je vybavenost interních oddělení a oddělení následné péče pomůckami k antropometrickému měření pacientů a zjistit případné bariéry v aplikaci objektivizujících nástrojů k hodnocení nutričního stavu na interních odděleních a odděleních následné péče. Tuto skutečnost jsme se snažily dosáhnout položkami č. 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26.

Položkou č. 20 jsme zjistily, zda mají sestry na interních odděleních a následné péči pomůcky ke zjištění hmotnosti imobilních pacientů.

Z průzkumu na interních odděleních a následné péči, jednoznačně vyplývá, že potřebné pomůcky k vážení imobilních pacientů chybí. Na interních odděleních uvedlo 73 % sester a následné péči dokonce 83 % sester, že pomůcky k vážení imobilních pacientů nemají. Šetření jednoznačně prokazuje, že na zkoumaných cílových odděleních, chybí pomůcky ke zjištění hmotnosti imobilních pacientů. Důvodem chybění pomůcek mohou být větší finanční náklady a zatížení pro zdravotnické zařízení.

Položkou č. 21 průzkum zjistil, jestli mají sestry na cílových odděleních pomůcky pro měření pacientů.

Průzkum opět jednoznačně, téměř shodně z obou zkoumaných oddělení dokazuje, že pomůcky k měření pacientů na obou odděleních chybí. Z interních oddělení uvedlo 78 % sester odpověď, že pomůcky na oddělení nemají, na následné péči uvedly sestry v 75 % tutéž odpověď, jako sestry z interních oddělení.

Položkou č. 22 jsme zjistily, pokud na zkoumaných odděleních mají sestry pomůcky k hodnocení stavu výživy u imobilních pacientů, uvést dle nabídnutého výčtu jaké.

Průzkumem bylo zjištěno, že na obou zkoumaných odděleních pomůcky k hodnocení stavu výživy opět překvapivě chybí. Na interních odděleních uvedly sestry v počtu 10 z 60, dostupnost vázícího křesla a 9 sester uvedlo měřič tuku. Jiné odpovědi sestry z interních oddělení neuváděly. Na následné péči, byl průzkum šetření o dostupnosti pomůcek totožný jako na interních odděleních s rozdílem jedné položky a to závěsné váhy z dostupné výpovědi 3 sester. Vázící křeslo uvedlo ve svých výpovědích 5 sester a měřič tuku uvedly sestry z následné péče 4. Průzkum opět prokazuje absenci pomůcek k hodnocení stavu výživy na zkoumaných cílových odděleních téměř shodně.

Položkou č. 23, jsme zjistily, zda by zkoumaná interní oddělení a oddělení následné péče uvítala pomůcky k určení hmotnosti imobilních pacientů.

Ze zpracovaných výsledků průzkumu plyne, že větší polovina sester z obou oddělení, by dostupnost pomůcek jednoznačně uvítala. Zarážející jsou zbylé, téměř totožné výsledky šetření, opět z obou zkoumaných oddělení, že 32 % sester z interního oddělení a 23 % sester z následné péče neví, jestli by pomůcky uvítaly. Dostupnost pomůcek, dle průzkumu odmítá 15 % sester z interních oddělení a 17 % sester z následné péče. Zjištěný výsledek je

překvapivý. Předem jsem se domnívala, že sestry na oddělení by dostupnost pomůcek k zjištění hmotnosti spíše uvítaly z důvodu jednoduššího odhalení poruchy výživy pacientů.

Položkou č. 24, jsme zjistily, zda by dostupnost pomůcek k určení hmotnosti pacienta měla přínos pro ošetrovatelskou péči.

Z průzkumu překvapivě vyplynulo, že sestry z interních oddělení, odpovídaly spíše záporným způsobem. V dostupnosti pomůcek k určení hmotnosti pacientů na svých odděleních nevidí téměř žádný přínos. Oproti sestřím z následné péče, kde sestry naopak ve větší polovině, přínos pro ošetrovatelskou péči vidí. Rozdílný výsledek může být dán tím, že na interním oddělení jsou hospitalizováni spíše pacienti v akutnějších stavech, kde se ošetrovatelská péče více soustředí na aktuální chorobu, kdežto na následné péči jsou stavy hospitalizovaných pacientů stabilizovanější a klade se zde větší důraz na ošetrovatelskou péči.

Položkou č. 25 průzkum ukázal, postoj sester z cílových oddělení k hodnotícím technikám k určování stavu výživy pacientů.

Průzkum z obou cílových oddělení, téměř shodně prokazuje, kladný postoj sester k hodnotícím technikám k určení stavu výživy pacientů z interních oddělení i následné péče. Možnost odpovědi, zda hodnotící techniky zdržují od práce, nebo je to práce navíc, tuto variantu odpovědi nevyužila ani jedna sestra z obou oddělení, což může být důkazem nelhostejnosti sester vůči pacientům. Tato skutečnost práci sester spíše vyzdvihuje.

Položkou č. 26, bylo zjištěno, zda jsou sestry přesvědčeny o přínosu používání pomůcek k určení nutričního stavu imobilních pacientů.

Průzkumem bylo zjištěno, že z obou zkoumaných oddělení, jsou sestry v téměř shodném počtu (43% a 48%) přesvědčeny o přínosu používání pomůcek k určení nutričního stavu imobilních pacientů. Pouze malé procento sester a opět téměř shodně na obou odděleních, přínos pomůcek k určování hmotnosti spíše nevidí. Zjištěný výsledek je zřejmě opět důkazem o zlepšování a zkvalitňování ošetrovatelské péče.

Cílem č. 4 je zjistit, jakým způsobem je personál na vybraných odděleních edukován v oblasti hodnocení výživy pacientů a zjistit ochotu personálu se v hodnocení stavu výživy dále vzdělávat. Tuto skutečnost zjistíme položkami č. 15, 16, 17, 18, 27, 28.

Položkou č. 15 průzkum udal, kdo edukoval všeobecné sestry na zkoumaných odděleních o měřících technikách k posuzování stavu výživy.

Z průzkumu téměř shodně vyplývá, že edukátorkou respondentek z obou zkoumaných oddělení, je staniční sestra. Na interních odděleních v 47 % a následné péče 50 %. Edukaci sestrou kolegyní, jiným pracovníkem a needukovány, sestry odpověděly v rozmezí od 15 – 18 %. Průzkum rovněž prokazuje z obou oddělení současně, nulový počet edukátorů lékařů. Zajímavý výsledek šetření na následné péči je ve 40 %, že o měřících technikách needukoval sestry nikdo. Bariérou aplikace nutričních škál může být i neznalost sester v používání hodnotících technik.

Položkou č. 16 jsme zjistily, zda probíhá na interních odděleních a odděleních následné péče edukace o měřících technikách k posouzení stavu výživy pacientů.

Průzkum prokazuje, že větší polovina respondentek z obou cílových oddělení se shodla stejně na odpovědi, že edukace ve zdravotnických zařízeních neprobíhá. Menší procento respondentek udalo odpověď, že edukace v zařízeních probíhá. Domnívám se, že spíše z negativního výsledku šetření, zda probíhá edukace pracovníků, může být jedna z bariér v posuzování stavu výživy pacientů. Důvodem může být neznalost a malá informovanost sester k dané problematice.

Položkou č. 17 průzkum udal, jak často a jakým způsobem probíhá edukace všeobecných sester na interních odděleních a odděleních následné péče o měřících technikách k posouzení stav výživy pacientů.

Průzkumem byly zjištěny zcela rozdílné výsledky ze zkoumaných oddělení. Na interních odděleních jsou sestry nejčastěji edukovány téměř v polovině respondentek 1 krát ročně staniční sestrou, kdežto na následné péči jsou sestry informovány 1 krát ročně nutričním terapeutem. Dále na následné péči nevedla ani jedna sestra odpověď, zda jsou edukovány vrchní sestrou. Důvodem může být, že oddělení následné péče, nemají zřejmě zastoupenou funkci vrchní sestry, ale pouze sestru staniční. Interní oddělení a oddělení následné péče

zkoumaných zdravotnických zařízení patří do jednoho celku. Mají shodný management a všechna zkoumaná zařízení zaměstnávají pouze dva nutriční terapeuti, pro celý nemocniční komplex.

Položkou č. 18 průzkum ukázal, zda mají sestry dostatek informací v oblasti měřících technik k posouzení stavu výživy pacienta.

Průzkum jednoznačně prokazuje, že na interních odděleních nemají sestry dostatek informací v oblasti měřících technik (57 %). Pouze 13 % sester udává, že má dostatek informací k dané problematice. Na následné péči je výsledek poněkud optimističtější. Zde bylo zjištěno, že jedna třetina sester má dostatečné informace o měřících technikách a spíše ano má 20 % sester. Domnívám se, že pozitivní na této položce je, že ani jedna sestra ze zkoumaných oddělení neodpověděla odpovědí „rozhodně ne“. Důvodem může být, že sestry mají alespoň z části povědomí o měřících technikách k posuzování stavu výživy.

Položkou č. 27 jsme zjistily, zda by sestry ze zkoumaných oddělení, uvítaly častější edukaci o hodnocení stavu výživy.

Šetření prokazuje vyrovnané výsledky z obou cílových oddělení, stejně tak téměř shodné výpovědi sester z možných nabídnutých variant odpovědí. Třetina sester z obou oddělení, by častější edukaci spíše uvítala a jednoznačně ano, by edukaci uvítala i následná čtvrtina všech dotázaných sester. Zarážejícím výsledkem výzkumu je i fakt, že 40 % sester z obou oddělení by edukaci neuvítala. Zjištěný výsledek nekoreluje s položkou č. 25, kde sestry ve většině odpovědí, dle průzkumu udávaly, že hodnotící techniky k posuzování výživy považují za objektivní krok k posouzení výživového stavu pacienta a pomoc v léčebných postupech. Důvodem výsledku může být neobjektivní vyplnění dotazníku sestrami.

Položkou č. 28 jsme zjistily, zda by se měli edukátoři v hodnocení stavu výživy dále vzdělávat.

Průzkum jednoznačně prokazuje, že cílové skupiny respondentek z obou zkoumaných oddělení, se ve většině domnívají, že edukátoři v hodnocení stavu výživy, se mají dále vzdělávat. Pouze malá část sester si myslí (interní oddělení 12 %, následná péče 5 %), že vzdělávání edukátorů není podstatné. Názor na vzdělání nemá 17 % z interních oddělení a 10 % dotazovaných sester z následné péče.

Ostatní položky:

Položkou č. 1 jsme zjistily, na jakém oddělení sestry pracují, zda na interním oddělení či následné péči.

Z průzkumu vyplývá, že počet všeobecných sester z interního oddělení je v počtu 60. Sester z následné péče je v počtu 40. Zastoupení sester z následné péče je menší, než na interních odděleních. Ve zkoumaných zdravotnických zařízeních, je stanic následné péče většinou jen jedním oddělením. Z toho plyne i nižší počet respondentů z následné péče.

Položkou č. 4 jsme zjistily, průměrnou délku hospitalizace pacientů na zkoumaných odděleních.

Průzkum jednoznačně dokazuje, že na interních odděleních je délka hospitalizace pacientů průměrně 8 – 14 dní, oproti následné péči, kde je délka hospitalizace pacientů daleko vyšší 30 dní a více. Domnívám se, že na následné péči je hospitalizace delší z důvodu zaléčení akutního stavu pacientů na interních odděleních a doléčení probíhá na následné péči delší časový úsek

Položkou č. 6 průzkum ukázal, jak často je prováděno vážení hospitalizovaných pacientů a zaznamenáno do ošetrovatelské dokumentace.

Průzkumem bylo jednoznačně shodně na obou zkoumaných odděleních zjištěno, že vážení hospitalizovaných pacientů provádí sestry 1 krát za týden, vždy ve stanovený den a taktéž zjištěné výsledky zaznamenávají 1 krát za týden do ošetrovatelské dokumentace. Domnívám se, že sestry z obou cílových oddělení, pracují dle zvyklosti zařízení a předepsaných standardů pro ošetrovatelskou péči.

Položkou č. 7 a 19 je zjištěno, koho sestry ze zkoumaných oddělení informují o zjištěném výsledku stavu výživy pacienta. Zde byla možnost zaznačit i více odpovědí.

Šetření prokazuje, že zjištěné výsledky na obou zkoumaných odděleních, jsou téměř totožné. Sestry v první řadě o výsledku měření informují nutričního terapeuta, následně ošetřujícího lékaře a dále staniční sestru. Domnívám se, že informace nutričnímu terapeutu a ošetřujícímu lékaři sdělují sestry primárně z důvodu jejich možných kompetencí a následného řešení problému.

7.2 Doporučení pro praxi

Jak již bylo popsáno v úvodu, výživa patří mezi základní potřeby člověka. Nepřiměřeným příjmem potravy, je lidské tělo ohroženo různými poruchami funkce, ať už ve smyslu sníženého či zvýšeného příjmu. Jedním z rizikových faktorů jsou obzvláště starší lidé. Proto byla pro praktickou část vybrána oddělení, kde je největší pravděpodobnost hospitalizace takových pacientů.

Všeobecné sestry z interních oddělení a následné péče, byly vybrány proto, že na oddělení kde pracují, je největší počet pacientů, kteří jsou ohroženi rizikem nedostatečného příjmu potravy a vyžadující dopomoc druhé osoby. Sestry by měly být dostatečně informovány a edukovány o měřících technikách k posouzení stavu výživy rizikových pacientů. Informovanost sester je důležitá i pro umění včas vyhledat a rozpoznat odchylky od normálního stavu a následně předcházet nepříjemným komplikacím. K rozpoznání odchylek a určení správného výživového stavu pacientů, jsou velmi důležité naměřené parametry. Objektivních výsledků měření, sestry dosáhnou dostupnými pomůckami k takovým účelům určeným. Pokud je absence pomůcek na oddělení, měřící techniky u pacientů jsou neobjektivní, často smyšlené, nebo vydedukované.

Je tedy velmi žádoucí klást důraz na vybavenost oddělení pomůckami k antropometrickému měření a objektivnímu zjištění hmotnosti, především méně pohyblivých či imobilních pacientů. Nemocničním zařízením by mohla být navržena častější a pravidelná edukace erudovanými školiteli všeobecných sester a dovybavení oddělení pomůckami k objektivnímu určení stavu výživy pacientů. Příkladem mohou být měřiče podkožních tuků – kalipera, lůžka s integrovanou váhou, nájezdové váhy a vážící křesla.

Bakalářská práce by mohla být přínosem pro nemocniční zařízení i sociální péči pro dlouhodobě nemocné. Včas rozpoznat odchylky, předem se vyvarovat nepříjemným komplikacím a rizikům v oblasti určení nutričního stavu pacientů, je pozitivním krokem ke zkvalitnění ošetrovatelské péče.

8 ZÁVĚR

Bakalářská práce byla zaměřena na zmapování bariér aplikace nutričního screeningu na interních odděleních a odděleních následné péče u všeobecných sester. Aby bylo možné se touto problematikou zabývat, je v teoretické části popsána výživa, poruchy výživy, hodnocení stavu výživy, kompetence s edukace všeobecných sester.

Praktická část obsahuje průzkumné otázky zaměřující se na využití nutričních škál a na pohled dotazovaných všeobecných sester v oblasti aplikace nutričního screeningu na interních odděleních a odděleních následné péče.

Výsledky průzkumného šetření jsou shrnuty v diskuzi. Dle mého názoru je nutné podotknout, že u dotazovaných sester byla zjištěna malá informovanost a edukace v oblasti nutriční péče.

Prvním cílem bylo zjistit, jaká nejčastější kategorie pacientů v rámci sebeděže je hospitalizována na interních odděleních a odděleních následné péče a jaké zde převažuje nutriční hodnocení u hospitalizovaných pacientů. Cíle jsme se snažily dosáhnout položkami č. 2, 3, 14. Na základě zjištěných informací, můžeme říci, že na interních odděleních jsou nejčastěji hospitalizováni pacienti částečně chodící, vyžadující pomoc druhé osoby v průměrném věku 60 – 69 let s výsledkem nutričního hodnocení mírná obezita. Na následné péči bylo výzkumem zjištěno, že mezi nejčastěji hospitalizované se řadí ležící v lůžku pohybliví pacienti, ve věku 70 – 79 let s výsledkem nutričního hodnocení ideální váha.

První cíl byl splněn.

Druhým cílem bylo zjistit, jak se provádí antropometrická měření a jaké se používají objektivizující nástroje k hodnocení nutričního stavu pacientů na interních odděleních a oddělení následné péče. Cíle jsme se snažily dosáhnout položkou č. 5, 8, 9, 10, 11, 12, 13. Výsledky výzkumu prokázaly, že na interních odděleních zjišťují parametry pacientů pouze vážením a to jen pohyblivých pacientů, jiná měření nevyužívají. Na následné péči bylo zjištěno, že sestry aplikují i antropometrické měření, měření obvodu paže a podkožního tuku. Obě zkoumaná oddělení používají k hodnocení stav výživy Základní nutriční screening.

Druhý cíl byl splněn.

Třetím cílem bylo zjistit jaká je vybavenost interních oddělení a oddělení následné péče pomůckami k antropometrickému měření pacientů a zjistit případné bariéry v aplikaci objektivizujících nástrojů k hodnocení nutričního stavu na interních odděleních a odděleních následné péče. Cíle jsme se snažily dosáhnout položkou č. 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26. Na základě informací můžeme říci, že vybavenost obou zkoumaných cílových oddělení je nedostačující. Bariérou obou oddělení je chybění pomůcek k určení výživového stavu pacientů a tím neobjektivní hodnocení pacientů, pomocí nutričních škál.

Třetí cíl byl splněn.

Čtvrtým cílem 4 bylo zjistit, jakým způsobem je personál na vybraných odděleních edukován v oblasti hodnocení výživy pacientů a zjistit ochotu personálu se v hodnocení stavu výživy dále vzdělávat. Cíle jsme se snažily dosáhnout položkami č. 15, 16, 17, 18, 27, 28. Výzkumem bylo zjištěno, že respondentky z obou zkoumaných oddělení jsou nedostatečně informovány a edukovány v oblasti hodnocení stavu výživy pacientů, nicméně pravidelně se informovat a vzdělávat v této oblasti se sestry nehodlají a o edukaci projevily jen malý zájem.

Čtvrtý cíl byl splněn.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ANDĚL, Michal a Petr BENEŠ, 1998. *Výživa nemocných v těžkých stavech*. Brno: ISBN 80-7013-271-X.
- BENO, Igor, 2008. *Náuka o výživě - Fyziologická a léčebná výživa*. Brstidlsvs: Osveta. ISBN 978-80-8063-294-6.
- GROFOVÁ, Zuzana, 2007. *Nutriční podpora*. Praha: Grada. ISBN 978-247-1868-2.
- JAROŠOVÁ, Darja, 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2150-7.
- JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2171-2.
- KALVACH, Zdeněk, 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4026-3.
- KAROLINUM, 2009. 287 s. ISBN 978-80-246-1735-0.
- KLIMEŠOVÁ, Iva, Jiří STELZER. 2013. *Fyziologie výživy*. Univerzita Palackého Olomouc. ISBN 978-80-244-3280-9.
- KOKAISL, Petr, 2007. *Základy antropologie*. Praha: Nostalgie. ISBN 8021317221.
- KOUHOT, Pavel, Eva KOTRLÍKOVÁ, 2005. *Základy klinické výživy*. Praha: Forsapi. ISBN 80-86912-08-6.
- KRAMPEROVÁ, Hana, 2010. *Vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků*. Novinky v ošetrovatelské péči.
- KUDLOVÁ, Eva, a kolektiv autorů, 2009. *Hygienu výživy a nutriční epidemiologie*. Praha: Karolinum. ISBN978-80-246-1735-0.
- KUNOVÁ, Václava, 2004. *Zdravá výživa*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0736-5.
- MALÁ, Eva et al 2011. *Výživa ve stáří*. *Interní medicína pro praxi* [online]. ISSN 1212-7299 [cit. 2015-07-05]. Dostupné z:
<http://www.internimedica.cz/pdfs/int/2011/03/04.pdf>
- MALACKANIČOVÁ, Lucia, 2013. *Vzdělávání zdravotníků v České republice*. Bankovní institut vysoká škola Praha. Bakalářská práce.

- MLÝNKOVÁ, Jana, 2010. *Pečovatelství: učebnice pro obor sociální péče - pečovatelská činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3184-11.
- MULLEROVÁ, Dana, 2003. *Zdravá výživa a prevence civilizačních nemocí ve schématech*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-421-7.
- Ošetrovatelstvo, teória, výskum, vzdelávanie, 2013, roč. 3, č. 1, s. 25-30. In: [online]. [cit. 2015-04-13]. Dostupné z: http://www.osetrovatelstvo.eu/_files/2013/25-vyuzivani-hodnoticich-a-mericich-skal-v-osetrovatelstvi.pdf
- POKORNÁ, Andrea a kol., 2013. *Ošetrovatelství v geriatrii*. Praha: Grada. 2013. ISBN 978-80-247-4316-5.
- Rezidenční místa 2013. MZČR. [online]. © 2010 MZČR [cit. 2015-04-18]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/rezidencni-mista-2013_2777_3.html27.
- SVAČINA, Štěpán, 2008. *Klinická dietologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2256-6.
- SVAČINA, Štěpán, 2008. *Klinická dietologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2256-6.
- TOPINKOVÁ, Eva, 2005. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-365-6.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY, 2012. *Hospitalizovaní v nemocnicích v ČR*. ISBN ISSN:1210-8731. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/hospit2012.pdf> [online]2012. [cit. 2015-04-14].
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY, 2012. *Pracovníci ve zdravotnictví k 31. 12. 2011. Aktuální informace č. 64/2012* [on line] [cit. 2015-05-05].
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR, 2013. *Lůžková péče*. ISBN 978-80-7472-094-9. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/lupe2013.pdf> [on line] 2013 [cit. 2015-04-14].
- Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In *Sbírka zákonů ČR*. Praha: Ministerstvo vnitra ČR. ISSN 1211-1244, roč. 2011, č. 20, s. 482 – 544.
- Vyhláška MZ ČR č. 55/2011 Sb.*, ze dne 14. 3. 2011, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků [online]. [cit. 2012-10-04]. Dostupná z [www:http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=55/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smloy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=55/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smloy).

- ZADÁK, Zdeněk, 2008. *Výživa v intenzivní péči*. Praha: Grada. 2. Vydání. ISBN 978-247-2844-5.
- Zákon 96/2004. Česko. Zákon č. 96 ze dne 4. února 2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In *Sbírka zákonů české republiky*. 2004.
- NADACE ZDEŇKA ZADÁKA, 2013. Edukační stáže v Maastrichtu v roce 2013. Závěrečná zpráva [online]. [cit. 2015-04-10]. Dostupné z http://www.nadacepzz.cz/userfiles/files/zaverecna_zprava_es_2013.pdf.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

č.	číslo
atd.	a tak dále
Cm	Centimetr
ml	Mililitr
mm	Milimetr
resp.	respektive
ČR	Česká Republika
Sb.	Sbírka
tzv.	tak zvaný
MNA	Mini Nutritional Assessment
NRS	Nutritional Risk Screening
BMI	Body Mass Index
MNA-SF	Mini Nutritional Assessment – shortform- zkrácená verze
SGA	Subjective Global Assessment, subjektivní globální hodnocení
NRS	Nutriční rizikový screening
MUST	Malnutrition Universal ScreeningTool – univerzální screeningový nástroj k hodnocení malnutrice

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 - Počet sester	37
Graf 2 - Průměrný věk pacientů.....	38
Graf 3 - Kategorie hospitalizovaných pacientů	39
Graf 4 - Průměrná délka hospitalizace.....	40
Graf 5 – Používané škály k hodnocení výživy na zkoumaných pracovištích.....	41
Graf 6 - Četnost vážení	42
Graf 7 - Předání výsledků měření	43
Graf 8 - Aplikace jiných měřících technik.....	44
Graf 9 - Využití kalipera	45
Graf 10 - BMI	46
Graf 11 - Měření obvodu paže	47
Graf 12 - Způsob určení hmotnosti pacienta	49
Graf 13 - Metody ke zjištění stavu výživy.....	50
Graf 14 - BMI výsledek	51
Graf 15 - Zdroj edukace personálu	52
Graf 16 - Edukace personálu	53
Graf 17 - Frekvence edukace personálu	54
Graf 18 - Informovanost personálu o technikách měření	55
Graf 19 - Následné sdělení výsledků měření	56
Graf 20 - Dostupnost pomůcek k zjištění hmotnosti	57

Graf 21 - Dostupnost pomůcek	58
Graf 22 - Pomůcky k hodnocení stavu výživy	59
Graf 23 - Zájem o dostupnost pomůcek.....	60
Graf 24 - Přínos pomůcek pro ošetrovatelskou péči.....	61
Graf 25 - Využití hodnotících technik	62
Graf 26 - Přínos pomůcek pro péči	63
Graf 27 - Uvítání edukační činnosti.....	64
Graf 28 - Vzdělávání edukátorů.....	65

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Hodnoty antropometrických vyšetření	24
Tabulka 2 - Hodnocení BMI (Grofová, 2007, s. 47.)	25
Tabulka 3 - Počet všeobecných sester	37
Tabulka 4 - Průměrný věk pacientů	38
Tabulka 5 - Kategorie hospitalizovaných pacientů na odděleních dle závislosti na podpoře druhé osoby	39
Tabulka 6 - Průměrná délka hospitalizace na odděleních.....	40
Tabulka 7 - Používané škály k hodnocení výživy na zkoumaných pracovištích.....	41
Tabulka 8 - Četnost vážení pacientů.....	42
Tabulka 9 - Předání výsledků měření	43
Tabulka 10 - Aplikace jiných měřících technik, než vážení.....	44
Tabulka 11 - Využití kalipera	45
Tabulka 12 - Měření BMI.....	46
Tabulka 13 - Měření obvodu paže	47
Tabulka 14 - Způsob určení hmotnosti ležícího pacienta	48
Tabulka 15 - Metody ke zjištění stavu výživy	50
Tabulka 16 - BMI výsledek	51
Tabulka 17 - Zdroj edukace personálu	52
Tabulka 18 - Edukace personálu v nemocničních zařízeních.....	53
Tabulka 19 - Frekvence edukace personálu.....	54

Tabulka 20 - Informovanost personálu o technikách měření	55
Tabulka 21 - Následné sdělení výsledků měření	56
Tabulka 22 - Dostupnost pomůcek k zjištění hmotnosti pacientů	57
Tabulka 23 - Dostupnost pomůcek k měření imobilních pacientů	58
Tabulka 24 - Pomůcky k hodnocení stavu výživy	59
Tabulka 25 - Zájem o dostupnost pomůcek	60
Tabulka 26 - Přínos pomůcek pro ošetrovatelskou péči	61
Tabulka 27 - Využití hodnotících technik	62
Tabulka 28 - Přínos pomůcek pro péči	63
Tabulka 29 - Uvítání edukační činnosti	64
Tabulka 30 - Vzdělávání edukátorů	65

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I: Nottinghamský screeningový dotazník (Kohout, 2004).....	87
PŘÍLOHA P II: Mini Nutritional Assessment.....	88
PŘÍLOHA P III: Screening	89
PŘÍLOHA P IV: Žádost o umožnění dotazníkového šetření – Nemocnice TGM Hodonín	90
PŘÍLOHA P V: Žádost o umožnění dotazníkového šetření – Uherskohradišťská nemocnice a.s.	91
PŘÍLOHA P VI: Žádost o umožnění dotazníkového šetření – Nemocnice Kyjov.....	92
PŘÍLOHA P VII: Standardizovaný dotazník	93

PŘÍLOHA P I: Nottinghamský screeningový dotazník (Kohout, 2004)

Základní nutriční screening								
Jméno:	Příjmení:	Titul:	Rodné číslo:			Poj.:		
Pohlaví:	Hmotnost:	Výška:		Datum	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:
		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 75 let	2						
B/ BMI	20 – 35	0						
	18 -20	1						
	pod 18	2						
C/ Ztráta hmotnosti (nechtěná)	Žádná	0						
	více než 3 kg/3měsíce, a/nebo volné šatstvo	1						
	více než 6kg/3 měsíce	2						
D/ Jídlo za poslední 3 týdny	beze změn v množství	0						
	poloviční porce	1						
	jí občas, nebo nejí	2						
E/ Projevy nemoci	Žádné	0						
	bolesti břicha, nechutenství	1						
	zvracení, průjem nad 6/den	2						
F/ Faktor stresu	Žádný	0						
	Střední	1						
	Vysoký	2						
Vypočtené skóre:								
Zapsal:	identifikace a podpis:							
Střední faktor stresu – chronická onemocnění, DM, menší, nekomplikovaný chir. výkon. Vysoký faktor stresu – akutní dekompenzované onemocnění, rozsáhlý chir. výkon, pooperační komplikace, trauma, krvácení do GIT atd.								
Index: (A + B + C + D + E + F)								
0 – 3	Normální	Bez nutnosti zvláštní intervence, není třeba dalších opatření						
4 – 7	Riziko nebo mírná malnutrice	Vyjádření lékaře, doplňující laboratorní vyšetření, konzultace nutričního terapeuta						
8 – 11	Jistá, závažná malnutrice	Závažná malnutrice, spolupráce lékaře s nutričním terapeutem, laboratorní vyšetření, pravidelná kontrola						

PŘÍLOHA P II: Mini Nutritional Assessment

Mini Nutritional Assessment

MNA[®]

Nestlé
Nutrition Institute

Last name:		First name:		
Sex:	Age:	Weight, kg:	Height, cm:	Date:

Complete the screen by filling in the boxes with the appropriate numbers. Total the numbers for the final screening score.

Screening	
A Has food intake declined over the past 3 months due to loss of appetite, digestive problems, chewing or swallowing difficulties? 0 = severe decrease in food intake 1 = moderate decrease in food intake 2 = no decrease in food intake	<input type="checkbox"/>
B Weight loss during the last 3 months 0 = weight loss greater than 3 kg (6.6 lbs) 1 = does not know 2 = weight loss between 1 and 3 kg (2.2 and 6.6 lbs) 3 = no weight loss	<input type="checkbox"/>
C Mobility 0 = bed or chair bound 1 = able to get out of bed / chair but does not go out 2 = goes out	<input type="checkbox"/>
D Has suffered psychological stress or acute disease in the past 3 months? 0 = yes 2 = no	<input type="checkbox"/>
E Neuropsychological problems 0 = severe dementia or depression 1 = mild dementia 2 = no psychological problems	<input type="checkbox"/>
F1 Body Mass Index (BMI) (weight in kg) / (height in m ²) 0 = BMI less than 19 1 = BMI 19 to less than 21 2 = BMI 21 to less than 23 3 = BMI 23 or greater	<input type="checkbox"/>
IF BMI IS NOT AVAILABLE, REPLACE QUESTION F1 WITH QUESTION F2. DO NOT ANSWER QUESTION F2 IF QUESTION F1 IS ALREADY COMPLETED.	
F2 Calf circumference (CC) in cm 0 = CC less than 31 3 = CC 31 or greater	<input type="checkbox"/>
Screening score (max. 14 points)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12-14 points: Normal nutritional status 8-11 points: At risk of malnutrition 0-7 points: Malnourished	

PŘÍLOHA P III: Screening



NESTLÉ NUTRITION SERVICES

Last name: _____ First name: _____ Sex: _____ Date: _____

Age: _____ Weight, kg: _____ Height, cm: _____ I.D. Number: _____

Complete the screen by filling in the boxes with the appropriate numbers.
Add the numbers for the screen. If score is 11 or less, continue with the assessment to gain a Malnutrition Indicator Score.

SCREENING

- A** Has food intake declined over the past 3 months due to loss of appetite, digestive problems, chewing or swallowing difficulties?
0 = severe loss of appetite
1 = moderate loss of appetite
2 = no loss of appetite
- B** Weight loss during last months
0 = weight loss greater than 3 kg (6.6 lbs)
1 = does not know
2 = weight loss between 1 and 3 kg (2.2 and 6.6 lbs)
3 = no weight loss
- C** Mobility
0 = bed or chair bound
1 = able to get out of bed/chair but does not go out
2 = goes out
- D** Has suffered psychological stress or acute disease in the past 3 months
0 = yes 2 = no
- E** Neuropsychological problems
0 = severe dementia or depression
1 = mild dementia
2 = no psychological problems
- F** Body Mass Index (BMI) (weight in kg) / (height in m)²
0 = BMI less than 19
1 = BMI 19 to less than 21
2 = BMI 21 to less than 23
3 = BMI 23 or greater

Screening Score (subtotal max. 14 points)

12 points or greater Normal—not at risk—
no need to complete assessment

11 points or below Possible malnutrition—
continue assessment

ASSESSMENT

- G** Lives independently (not in a nursing home or hospital)
0 = no 1 = yes
- H** Takes more than 3 prescription drugs per day
0 = yes 1 = no
- I** Pressure sores or skin ulcers
0 = yes 1 = no

- J** How many full meals does the patient eat daily?
0 = 1 meal
1 = 2 meals
2 = 3 meals

- K** Selected consumption markers for protein intake
- At least one serving of dairy products (milk, cheese, yogurt) per day? yes no
 - Two or more servings of legumes or eggs per week? yes no
 - Meat, fish or poultry every day? yes no
- 0.0 = if 0 or 1 yes
0.5 = if 2 yes
1.0 = if 3 yes

- L** Consumes two or more servings of fruits or vegetables per day?
0 = no 1 = yes

- M** How much fluid (water, juice, coffee, tea, milk...) is consumed per day?
0.0 = less than 3 cups
0.5 = 3 to 5 cups
1.0 = more than 5 cups

- N** Mode of feeding
0 = unable to eat without assistance
1 = self-fed with some difficulty
2 = self-fed without any problem

- O** Self view of nutritional status
0 = views self as being malnourished
1 = is uncertain of nutritional state
2 = views self as having no nutritional problem

- P** In comparison with other people of the same age, how do they consider their health status?
0.0 = not as good
0.5 = does not know
1.0 = as good
2.0 = better

- Q** Mid-arm circumference (MAC) in cm
0.0 = MAC less than 21
0.5 = MAC 21 to 22
1.0 = MAC 22 or greater

- R** Calf circumference (CC) in cm
0 = CC less than 31 1 = CC 31 or greater

Assessment (max. 16 points)

Screening score

Total Assessment (max. 30 points)

Malnutrition Indicator Score

17 to 23.5 points at risk of malnutrition


Less than 17 points malnourished

PŘÍLOHA P IV: Žádost o umožnění dotazníkového šetření – Nemocnice TGM Hodonín

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční – kombinovaná forma studia).


Jméno a příjmení studenta	PAVA NEMECIOVA	
Téma bakalářské práce	BARIÉRY APLIKACE NUTRIČNÍCH SWAL V PRAKTI	
Vedoucí bakalářské práce	KUDLOVA PAVLA	
 Kudlová podpis	
Skupina respondentů	VŠEOBECNÉ SESTRY	
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
Imkiv odd. žij	Souhlasím <input checked="" type="checkbox"/> Nesouhlasím <input type="checkbox"/>	
outní o. p. c.	Souhlasím <input checked="" type="checkbox"/> Nesouhlasím <input type="checkbox"/>	
	Souhlasím <input checked="" type="checkbox"/> Nesouhlasím <input type="checkbox"/>	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 10.4.2015

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd

M. Zvědělíková
v.s.int.odd.



Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

Nemocnice TGM Hodonín
příspěvková organizace -43-
náměstkyň pro ošetrovatelskou péči
Purkyňova 11, 695 26 Hodonín
IČ: 00226637, DIČ: CZ 00226637

.....
razítko a podpis zástupce zařízení



Mgr. Naděžda Kwašnievská
nám.pro OP a zástupkyně ředitelky

PŘÍLOHA P V: Žádost o umožnění dotazníkového šetření – Uherskohradištská nemocnice a.s.

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

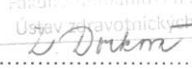
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční – kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	JANA NĚNEČKOVÁ	
Téma bakalářské práce	BARIÉRY APLIKACE NUTRIČNÍCH ŠKAL VAMAZI	
Vedoucí bakalářské práce	KUDLOVA PAVLA	
	 podpis	
Skupina respondentů	VŠEOBECNĚ SESTRY	
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
	Souhlasím / Nesouhlasím	
	Souhlasím / Nesouhlasím	
	Souhlasím / Nesouhlasím	


Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 10.4.2015

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd


Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

Uherskohradištská nemocnice a.s.
J. E. Purkyně 365
686 68 Uherské Hradiště
hlavní sestra


.....
razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P VI: Žádost o umožnění dotazníkového šetření – Nemocnice Kyjov

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční – kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	JANA NEMEJKOVÁ	
Téma bakalářské práce	BARIÉRY APLIKACE NUTRIČNÍCH ŠKAL V OZPRAVĚ	
Vedoucí bakalářské práce	KUDLOVA PAVLA	
 podpis	
Skupina respondentů	VŠEOBECNÉ SESTRY	
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
INTERNÍ ODDĚLENÍ	Souhlasím	Nesouhlasím
NÁSLEDNÁ PÉČE	Souhlasím	Nesouhlasím
	Souhlasím	Nesouhlasím

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 10. 4. 2015

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd

Z. Dorková

Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

Mgr. Veronika Neničková
náměstkyně pro OP
Nemocnice Kyjov,
příspěvková organizace

.....
razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P VII: Standardizovaný dotazník

Bariéry aplikace nutričních škál v praxi na interních odděleních a odděleních následné péče.

Dotazník pro všeobecné sestry

Milé kolegyně, milí kolegové,

Jsem studentkou třetího ročníku Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, fakulty humanitních studií, studijního programu Ošetrovatelství, obor všeobecná sestra. Ráda bych Vás touto cestou požádala o vyplnění dotazníku, pro zjištění údajů, které budou zpracovány v mojí bakalářské práci. Dotazník Vám zabere 10 minut času, je anonymní, určen všeobecným sestram a Vámi poskytnuté údaje budou použity pro statistiku, návrhy a zkvalitnění ošetrovatelské péče u imobilních pacientů s poruchou výživy. Pokud není uvedeno jinak, vyberte vždy jen jednu odpověď. Prosím Vás o jeho pravdivé vyplnění. Děkuji velmi za Vaši ochotu a drahocenný čas při jeho vyplňování.

Děkuji

Němečková Jana

1. Na jakém oddělení pracujete?

- interní oddělení
- oddělení následné péče

2. Jaký je průměrný věk hospitalizovaných pacientů na Vašem oddělení?

- 40-49 let
- 50-59 let
- 60-69 let
- 70-79 let
- 80-89 let
- 90 let a více

3. Na Vašem oddělení jsou hospitalizováni pacienti spíše

- chodící, zcela soběstační
- chodící částečně, vyžadují pomoc druhé osoby
- ležící v lůžku pohyblivý
- ležící, imobilní

4. Jaká je průměrná délka hospitalizace na Vašem oddělení?

- méně než 7 dní
- 8-14 dní
- 15-29 dní
- 30 dní a více

5. Pomocí jakých škál zjišťujete stav výživy pacientů přijatých na Vaše oddělení?

- Mini Nutritional Assessment- MNA
- Základní nutriční screening (dle Nottinghamského dotazníku)
- vlastní volba škály
- jiný (napíšte jaký).....

6. Jak často provádíte vážení hospitalizovaných pacientů a zaznamenáváte do ošetrovatelské dokumentace?

- 2 krát za týden, vždy ve stanovený den a hodinu
- 1 krát za týden, vždy ve stanovený den a hodinu
- 1 krát za 14 dní
- 1 krát za měsíc

- opakované vážení neprovádíme

7. Při zjištění výsledku stavu výživy pacienta, informujete? (můžete označit více odpovědí)

- lékaře
- staniční sestru
- nutriční terapeutku
- neinformujeme nikoho

8. Aplikujete na oddělení i jiné měřicí techniky, než vážení? (např. měření obvodu paže centimetrem, měření podkožního tuku pomocí ručního měřiče tuku v těle...)

- ano (uveďte prosím jaké).....
- ne (uveďte proč).....

9. Využíváte na oddělení kaliper (kleště k měření podkožního tuku)?

- ano
- ne (uveďte proč).....

10. Hodnotíte na Vašem oddělení Body Mass Index – BMI ?

- ano, pokud známe váhu a výšku pacienta
- ne (uveďte proč).....

11. Provádíte u pacientů měření obvodu paže?

- ano
- ne (uveďte proč).....

12. Pokud je pacient ležící, imobilní a na oddělení nejsou dostupné pomůcky k určení hmotnosti pacienta, jakým způsobem určíte hmotnost? Možno i více odpovědí.

- pacient zná přibližně svoje míry a hmotnost
- hmotnost a míru určíme odhadem
- neurčíme nijak, zaznamenáme „imobilní“
- provedeme antropometrické měření (obvod paže, obvod lýtky)
- jinak, napište jak

13. Zjišťujete u hospitalizovaných pacientů (více možností)

- výživovou anamnézu (chuť k jídlu, zažívací potíže, poruchy příjmu potravy, úbytek hmotnosti, onemocnění, úraz)
- provádíme klinické a biochemické vyšetření (hladina albuminu, prealbuminu, transferinu, cholesterolu)
- imunologické vyšetření (počet lymfocytů, hladina imunoglobulinů)
- jiná vyšetření, napište jaká

14. Jaký převažuje BMI výsledkna Vašem oddělení u pacientů?

- podváha 16,5 – 18,4
- ideální váha 18,5 – 24,9
- nadváha 25 – 29,9
- mírná obezita 30 – 34,9
- střední obezita 35 – 39,9
- morbidní obezita > 40

15. Kdo Vás edukoval o měřících technikách k posouzení stavu výživy?

- staniční sestra
- vrchní sestra
- lékař
- sestra- kolegyně
- nikdo
- jiný pracovník (uveďte, který).....

16. Probíhá u Vás v zařízení edukace o měřících technikách k posouzení stavu výživy pacientů?

- probíhá
- neprobíhá

17. Jestliže edukace probíhá, jak často a jakým způsobem?

- 1 krát ročně na oddělení, sdělením informací staniční sestrou
- 1 krát ročně na oddělení, sdělením informací vrchní sestrou, na pravidelných schůzkách
- 1 krát ročně nutričním terapeutem komplexně pro celé nemocniční zařízení
- probíhá jinak, jiným pracovníkem a v jiném časovém rozmezí (uveďte jak)

.....

18. Máte dostatek informací v oblasti měřících technik k posouzení stavu výživy pacienta?

- ano
- spíše ano
- ne
- spíše ne
- rozhodně ne

19. Koho informujete o výsledcích měření nutričního stavu hospitalizovaných pacientů?

- ošetřující lékař
- nutriční terapeut
- staniční sestra
- vrchní sestra
- nekontroluje nikdo

20. Máte na oddělení pomůcky pro zjištění hmotnosti imobilních pacientů?

- ano
- ne, nemáme

21. Máte na oddělení pomůcky pro měření imobilních pacientů?

- ano
- ne, nemáme

22. Pokud máte pomůcky k hodnocení stavu výživy u imobilních pacientů, uveďte prosím jaké? (více možností)

- kaliper – přístroj na měření podkožního tuku
- ruční měřič tuku v těle
- vážící křeslo
- závěsnou lékařskou váhu
- váhu pro vážení lůžek
- lůžko s integrovanou váhou
- jiné (uveďte jaké).....
- nemáme žádnou pomůcku výše uvedenou

23. Pokud na oddělení nemáte dostupné pomůcky k určení hmotnosti imobilních pacientů, uvítali byste je?

- ano
- ne
- nevím

24. Měly by dostupné pomůcky k určení hmotnosti přínos pro ošetrovatelskou péči na Vašem oddělení?

- ano
- spíše ano
- ne
- spíše ne
- nevím, nedokážu posoudit

25. Používání hodnotících technik k určení stavu výživy považujete za (můžete označit více odpovědí)

- objektivní krok k posouzení stavu výživy pacienta
- pomoc v léčebném postupu u pacienta
- důkaz samostatné práce sester
- záporné, zdržuje od jiné práce
- zbytečná práce navíc, výsledek nemá žádnou hodnotu
- rutinní jako povinnost
- odchylky se řeší dál

26. Jste přesvědčeni o přínosu používání pomůcek k určení nutričního stavu u imobilních pacientů na vašem oddělení?

- ano
- spíše ano
- ne
- spíše ne
- nedokážu posoudit

27. Uvítali byste ve Vašem zařízení častější edukační činnost o hodnocení stavu výživy pacientů?

- spíše ano
- ano

- spíše ne
- ne

28. Edukátoři by se měli dále vzdělávat v edukaci v rámci celoživotního vzdělávání (certifikované kurzy, specializační kurzy)

- zásadně souhlasím
- spíše souhlasím
- nemám názor
- spíše nesouhlasím
- zásadně nesouhlasím