



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

Bakalářská práce

Péče o výživu imobilního klienta na standardním oddělení interního typu

Vypracovala: Michaela Amblerová
Vedoucí práce: Mgr. Jiří Kaas

České Budějovice 2016

Abstrakt

Péče o výživu u imobilních klientů na standardním oddělení interního typu nabývá neustále na významu, a to proto, že péče o výživu je důležitým faktorem pro udržení dobrého zdraví a pro podporu kvality života. Výživový stav u imobilního klienta je velice důležité co nejdříve diagnostikovat, abychom zamezili vzniku potenciálních komplikací. Dostatečná výživa je velice významná také pro udržení dobrého psychického stavu.

Ústředním cílem práce bylo zmapovat specifika ošetrovatelské péče v oblasti výživy imobilního klienta na standardním oddělení interního typu. V návaznosti na tento cíl byly stanoveny tři výzkumné otázky, které zněly: Jak je hodnocen nutriční stav pacienta na standardním oddělení interního typu? Jaké jsou možnosti aplikace výživy u imobilních klientů na standardním oddělení interního typu? Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče v oblasti výživy u imobilního klienta na standardním oddělení interního typu?

Empirická část bakalářské práce byla zpracována metodou kvalitativního výzkumného šetření, jež bylo realizováno technikou polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor obsahoval 31–34 otázek, které byly zaměřeny na péči o výživu u imobilních klientů na standardní jednotce interního typu. Polostrukturovaný rozhovor byl členěn na pět hlavních témat – identifikační údaje, obecné otázky týkající se výživy, podávání stravy per os, enterální a parenterální výživy. Každé téma zahrnovalo určitý počet souvisejících otázek a v případě potřeby byly položeny další doplňující otázky. Přepsané rozhovory byly dále zpracovány formou otevřeného kódování, technikou „papír – tužka“. Výzkumný soubor tvořily všeobecné sestry pracující na standardním oddělení interního typu v Nemocnici České Budějovice, a.s. Vlastní výzkumné šetření bylo povoleno hlavní sestrou a dále také vrchními a staničními sestrami.

Výživa u imobilních klientů na standardním oddělení interního typu je podávána všemi možnými způsoby od perorální výživy přes enterální výživu až po parenterální aplikaci. V rámci první výzkumné otázky bylo zjištěno, že námi dotazované všeobecné sestry dostatečně nevyhodnocují nutriční stav klienta na standardním oddělení interního typu. Všeobecné sestry jej hodnotí spíše metodou pozorování, přičemž nutriční

screening s klienty pouze vyplní a dále s ním nepracují. V rámci hodnocení polykacích schopností hodnotí probandi tyto schopnosti pouze z hlediska aspirace a na ostatní důležité faktory zapomínají. Vyšetření polykacích funkcí by se ovšem nemělo podceňovat, aby nedošlo ke vzniku možných komplikací. Druhá výzkumná otázka odhaluje různé způsoby aplikace výživy u imobilního klienta na standardním oddělení interního typu. Můžeme říci, že námi dotazované všeobecné sestry se nejvíce setkávají s podáváním stravy per os, v rámci enterální výživy s metodou sipping a s nasogastrickou sondou, výživové stomie se na oddělení vyskytují pouze zřídka. Pokud je zavedena parenterální výživa, tak ji všeobecné sestry nejčastěji aplikují přes periferní žilní katétr. Třetí výzkumná otázka byla zaměřena na specifika ošetrovatelské péče v oblasti výživy u imobilního klienta na standardním oddělení interního typu. V souvislosti se získanými výsledky můžeme konstatovat, že námi dotazované všeobecné sestry poskytují při podávání výživy per os profesionální péči, avšak u parenterální a enterální výživy zajišťují pouze základní ošetrovatelskou péči. Probandi mají povědomí o každé ze zmíněných problematik týkajících se podávání výživy imobilním pacientům na standardním oddělení interního typu. Jejich znalosti však mnohdy nejsou dostačující, neboť mnoho z důležitých faktorů péče o výživu klienta tak, jak je uvádí odborná literatura, pouze nastínili či nezmínili vůbec.

Celkově z této práce vyplývají dvě zjištění, a to pozitivní i negativní. V rámci pozitivního zjištění můžeme říci, že všeobecné sestry při aplikaci výživy per os poskytují dostatečnou péči. Negativní zjištění se týká toho, že námi dotazované všeobecné sestry zajišťují pouze základní péči při zavedené enterální a parenterální výživě. Podrobnější specifika péče o enterální i parenterální výživu neznají. Na základě tohoto zjištění si myslíme, že by bylo vhodné pořádání pravidelných seminářů či školení pro sestry, aby si své znalosti o péči rozšiřovaly, či případně alespoň připomínaly. Tato bakalářská práce může sloužit jako informační materiál pro sestry v praxi nebo studenty nelékařských zdravotnických oborů. Dále tato práce může sloužit jako podklad pro další výzkumné šetření.

Klíčová slova: výživa; péče o výživu; druhy výživy; interní oddělení; imobilizační syndrom; sestra

Abstract

Nutritional care for immobile clients at a standard department of internal type becomes still more important, because nutritional care is important for maintaining good health and supporting quality of life. Nutritional status of immobile clients is very important to diagnose as early as possible in order to avoid all risks of potential complications. Adequate nutrition is also very important to maintain good mental health.

The central objective of this work was to explore the specifics of nursing care in the field of nutritional care for immobile client at a standard department of internal type. Following this goal, three research questions were set up: How is the nutritional status of patients at a standard department of internal type assessed? What are the possibilities of application of nutrition for immobile client at a standard department of internal type? What are the specifics of nursing care in the fields of nutrition of immobile client at a standard department of internal type?

The empirical part of the thesis was processed using qualitative research, which was realized through semi-structured interview technique. The interview contained 31–34 questions, which focused on nutrition care for immobile clients on standard unit of internal type. A semi-structured interview was divided into five main themes – the identification, general questions on nutrition, per os diet administration, enteral and parenteral nutrition. Each topic included a number of related issues and, if necessary, additional questions were used. The transcribed interviews were further processed through open coding "paper – pencil" technique. The research sample consisted of nurses working in the standard department of internal type in the České Budějovice Hospital, a.s. The research itself was permitted by the head nurse and also by the chief and ward sisters.

Nutrition for immobile clients at a standard department of internal type is served by all the ways from oral nutrition through enteral feeding to parenteral administration. In the first research question, it was found that the interviewed nurses do not evaluate enough the nutritional status of the client on the standard department of the internal type. Nurses evaluate it rather through the method of observation, they only fill the

nutritional screening with clients, but they don't work with it further. Within the evaluation of the swallowing ability, the probands assess these abilities only in terms of aspiration, but they omit other important factors. However, the examination of swallowing function should not be underestimated to prevent the development of possible complications. The second research question explores the various ways of application of immobile client's nutrition at a standard department of internal type. We can say that the interviewed nurses are most experienced in the use of per os supplements, with the method of sipping and a nasogastric tube in the context of enteral nutrition, while they are only rarely encountered with nutritional stoma at their department. If the parenteral nutrition is introduced, nurses most often administer it through a peripheral venous catheter. The third research question focused on the specifics of nursing care in the field of nutrition of immobile client at a standard department of internal type. In connection with the obtained results we can say that the interviewed nurses provide professional care in per os feeding, but they provide only basic nursing care in case of parenteral and enteral nutrition. Probands are aware of each of the above mentioned issues related to feeding immobile patients on the standard department of the internal type. Nevertheless, their skills are often not sufficient, since many of the important factors of nutritional care of the client, as presented in the literature, were only outlined or not mentioned at all.

Overall, this study leads to two findings, both positive and negative. Within the positive findings we can say that nurses provide adequate care in the application of nutrition per os. Negative findings relates to the fact that the interviewed nurses provide only basic care in case of the introduction of enteral and parenteral nutrition. They do not know more detailed specifics of enteral and parenteral nutrition. Based on this finding, we think it would be useful to organize regular seminars and trainings for nurses to expand their knowledge about this type of care, or at least remind it. This thesis can serve as an informational material for nurses in practice or students of other health professions. This work can serve also as a basis for further research.

Key words: nutrition; nutritional care; types of nutrition; internal department; immobilization syndrome; nurse

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem *Péče o výživu imobilního klienta na standardním oddělení interního typu* jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 15. 8. 2016

.....

Michaela Amblerová

Poděkování

Toto poděkování bych chtěla především věnovat svému vedoucímu práce Mgr. Jiřímu Kaasovi za odborné vedení mé bakalářské práce, obrovskou trpělivost, podporu, cenné rady a čas, který mi věnoval.

Obsah

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	10
ÚVOD.....	11
1 SOUČASNÝ STAV	12
1.1 Výživa	12
1.2 Racionální výživa.....	12
1.3 Základní živiny.....	13
1.3.1 Bílkoviny	13
1.3.2 Sacharidy	14
1.3.3 Tuky.....	15
1.3.4 Vlákna.....	15
1.3.5 Vitamíny	16
1.3.6 Minerální látky.....	17
1.4 Potřeba výživy.....	18
1.5 Stravování v nemocnicích	20
1.6 Podávání stravy per os	20
1.7 Enterální výživa	21
1.7.1 Aplikační systémy enterální výživy.....	22
1.7.2 Aplikační režimy enterální výživy.....	24
1.7.3 Přípravky pro enterální výživu	24
1.8 Parenterální výživa.....	25
1.8.1 Systémy podávání parenterální výživy	27
1.9 Interní oddělení	28
1.10 Imobilizační syndrom.....	30
2 CÍL PRÁCE,VÝZKUMNÉ OTÁZKY	33
2.1 Cíl práce	33
2.2 Výzkumné otázky.....	33
3 METODIKA	34
3.1 Metodika výzkumu.....	34

3.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	35
4	VÝSLEDKY	36
4.1	Základní identifikační údaje.....	36
4.2	Kategorie	37
5	DISKUZE	52
6	ZÁVĚR	60
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	62
8	PŘÍLOHY	67

Seznam použitých zkratk

BMI	index tělesné hmotnosti
PŽK	periferní žilní katétr
CŽK	centrální žilní katétr
PEG	perkutánní endoskopická gastrostomie.
PEJ	perkutánní endoskopická jejunostomie

ÚVOD

Dnešní doba je velice uspěchaná a stresující oproti době minulé. Tato doba s sebou přináší značné negativum v rámci výživy. Mnoho lidí má nesprávné stravovací návyky, což vede ke zvýšené nemocnosti populace. Zdravá a vyvážená strava je důležitá pro udržení tělesné i psychické pohody. Lidé by měli mít vyvážený jídelníček, aby náš organismus nepostrádal základní a důležité živiny. V racionální výživě nesmíme zapomínat na dostatečné množství ovoce a zeleniny, protože jsou zdrojem vitamínů, vlákniny a minerálních látek. Měli bychom přijímat především kvalitní tuky rostlinného původu a mléčné výrobky, omezit příjem nasycených tuků, rafinovaného cukru a slazených nápojů, které obsahují mnoho energie bez živin. Důležité je nepřejídat se, jíst menší porce a přijímat dostatečné množství tekutin.

Tato práce je zaměřená na péči o výživu u imobilních klientů na standardním oddělení interního typu. Hlavním cílem této práce bylo zmapovat specifika ošetrovatelské péče v oblasti výživy imobilního klienta na standardním oddělení interního typu. Teoretická část naší práce se zabývá obecně výživou, základními živinami, potřebou výživy, stravováním v nemocnicích, podáváním stravy per os, enterální a parenterální výživou, interním oddělením a imobilizačním syndromem. Empirická část je zaměřena na zmapování specifik ošetrovatelské péče v oblasti výživy u imobilního klienta na standardním oddělení interního typu.

Problematiku týkající se výživy jsem si vybrala proto, že jsem se setkávala ve svém profesním životě s nedostatečnou ošetrovatelskou péčí v oblasti výživy u imobilních klientů a ve svém osobním životě jsem se velice často setkávala s lidmi, kteří mají nevhodné stravovací návyky.

Poskytování kvalitní a odborné ošetrovatelské péče je hlavním cílem ošetrovatelství. Proto je důležité, aby sestry poskytovaly kvalitní a odbornou ošetrovatelskou péči i v oblasti týkající se výživy imobilních klientů na standardním oddělení interního typu.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Výživa

Výživu lze definovat jako soubor interakcí mezi lidmi a jídlem. Má-li být tato interakce efektivní a člověku prospěšná, je třeba vědět, které živiny potřebujeme, kde je nalezneme, tedy v jaké konkrétní potravě, jaké jsou mechanismy jejich zpracování v organismu a jaký vliv má výživa na naše zdraví. Musíme si uvědomit, že nepřijímáme přímo jednotlivé živiny, ale potravu, jejíž jsou složkou. Přitom bychom měli mít vyvážený jídelníček, aby náš organismus základní a důležité živiny nepostrádal (Smolin a Grosvenor, 2005). Frej (2006) uvádí, že výživa je souhrn pochodů, při kterých organismus přijímá, zpracovává a využívá potravu, tzn. látky nutné k růstu, obnově a udržení funkcí organismu. Z tohoto hlediska rozeznáváme látky výživné – živiny a látky ochranné – vitamíny, minerály a soli. Hlavním úkolem výživy je dodávání živin nutných pro tvorbu a obnovu tkání v celém organismu. Výživa poskytuje energii pro činnost orgánů, je zdrojem tepla a reguluje tělesnou teplotu. Při nedostatečném energetickém příjmu se primárně spotřebovává tuk ze zásobní tukové tkáně a následně se začne zpracovávat svalová hmota. Naproti tomu, nadbytečný energetický příjem způsobuje například vznik obezity, s níž jsou spojené další zdravotní komplikace (Kunová, 2011).

1.2 Racionální výživa

Racionální výživa přináší člověku dostatek všech výše uvedených látek, které jsou důležité pro udržení optimální tělesné hmotnosti a zdravotního stavu. Měli bychom přijímat pestrou a vyváženou stravu a hlavní roli zde hraje pravidelnost. Pauzy mezi jídly by měly činit asi 2,5 – 3 hodiny, neboť při nedodržení těchto intervalů začne docházet k ukládání potravy a tvoření zásob v organismu ve formě tuků. Velice důležitým chodem je snídání. Vhodně zvolenou snídaní dodáme organismu potřebnou energii do nového dne. V racionální výživě nesmíme zapomínat na dostatečné množství

ovoce a zeleniny, protože jsou zdrojem vitamínů, vlákniny a minerálních látek. Měli bychom přijímat především kvalitní tuky rostlinného původu a mléčné výrobky, omezit příjem nasycených tuků, rafinovaného cukru a slazených nápojů, které obsahují mnoho energie bez živin. Důležité je nepřejídat se, jíst menší porce a přijímat dostatečné množství tekutin (Králová, 2010). Frej (2006) uvádí, že pro zdraví a přiměřenou váhu platí, že příjem a výdej energie se musí v dlouhodobějším časovém úseku rovnat. V racionální výživě je nutné zmínit tzv. pyramidu zdravé výživy, kterou pro Českou republiku vypracovalo Fórum zdravé výživy spolu s výživovými odborníky (Poledne et al., 2013). Pyramida poskytuje praktické informace, které nám pomáhají zlepšit naše stravování, omezit dietní chyby a zlepšit celkový stav organismu. Potraviny jsou zde řazeny na základě vhodnosti ke konzumaci, dle Fóra zdravé výživy, a to zleva doprava ve všech patrech. Dále pyramidu čteme od zdola směrem k jejímu vrcholu. Čím výše po pyramidě směřujeme, tím méně bychom měli dané potraviny konzumovat. V prvním patře se nacházejí potraviny, které bychom měli konzumovat nejvíce, jako například zelenina, ovoce, luštěniny a celozrnné tmavé pečivo (Poledne et al., 2013). Ve druhém patře pyramidy zdravé výživy nalezneme ovesné vločky, kvalitní tuky, ryby, rýži, brambory nebo těstoviny. Třetí patro obsahuje mléčné výrobky a maso, přičemž nejvhodnější je maso bílé a libové, ale můžeme konzumovat i zvěřinu, telecí nebo jehněčí maso, a nakonec jsou do této kategorie zařazena i vejce. Potraviny, které se nacházejí ve čtvrtém patře, by se v našich jídelnících měly objevovat zcela výjimečně. Mezi ně řadíme slazené a sycené nápoje, alkohol, uzeniny, sladkosti, moučníky, smažené pokrmy a polotovary (Šachlová et al., 2012).

1.3 Základní živiny

1.3.1 Bílkoviny

Bílkoviny neboli proteiny jsou pro výživu člověka naprosto nutné a nenahraditelné. Bílkoviny jsou nezbytné pro růst a obnovu tkání, urychlují metabolismus a jsou důležité pro tvorbu protilátek v organismu (Giettleman, Templeton a Versace, 2008). Bílkoviny

se podílejí na řízení anabolických a katabolických procesů, což znamená, že například při zvýšené fyzické aktivitě se svalová tkáň odbourává (katabolismus) a poté se opět obnovuje (anabolismus) (Giettleman, Templeton a Versace, 2008). Mourek, Velemínský a Zeman (2013) uvádějí, že denní dávka bílkovin by měla být 0,75 – 1,0 gramu na kilogram tělesné hmotnosti. Při nedostatku bílkovin v organismu dochází k poškození regenerace jedince, například při rekonvalescenci, snižují se adaptační a obranné mechanismy, dochází k atrofii svalů, zhoršuje se paměť, učení a kognice (Mourek, Velemínský a Zeman, 2013). Na druhou stranu při přijímání nadměrného množství bílkovin dochází k poškození organismu, například v podobě zvýšené glomerulární filtrace, odbourávání vápníku a tvorby kalcium-oxalátových kamenů v ledvinách (Stránský a Kohout, 2011). Bílkoviny nalezneme především v mase nebo luštěninách (Mourek, Velemínský a Zeman, 2013).

1.3.2 Sacharidy

Sacharidy jsou chemicky definovány jako skupina látek, jejichž základ tvoří cukernaté jednotky. Dle cukernatých jednotek můžeme sacharidy rozdělit do třech základních skupin, a to na monosacharidy, oligosacharidy a polysacharidy (Králová, 2010). Sacharidy plní především funkci nutritivní neboli vyživovací. Jsou hlavním zdrojem energie pro organismus, slouží jako stavební jednotky buněk a chrání buňky před nejrůznějšími vnějšími vlivy (Held et al., 2006).

Monosacharidy jsou považovány za okamžitý zdroj energie. Nalezneme je v potravinách, jako jsou například ovoce, med, víno, zelenina nebo vaječný bílek (Svačina et al., 2008). Oligosacharidy se nacházejí v luštěninách a organismus je tráví velmi obtížně (Chadim, 2016). Polysacharidy neboli složené sacharidy jsou zásobní formou energie rostlinných a živočišných buněk (Králová, 2010). Zdrojem využitelných polysacharidů je škrob. Důležitým termínem v tematice sacharidů je glykemický index. Glykemický index určuje schopnost potravin zvýšit glykémii neboli hladinu glukózy v krvi (Brychta, 2010).

Králová (2010) udává, že dle současných norem by sacharidy měly tvořit asi 50–60 % celkového energetického příjmu za den, tedy v průměru 330 gramů u žen a 430 gramů u mužů.

1.3.3 Tuky

Tuky neboli lipidy v organismu plní mnoho funkcí, například poskytují člověku dlouhodobý zdroj energie, zvláště pak při vyšší energetické potřebě (Stránský a Ryšavá, 2010). Představují zhruba dvojnásobek energetické hodnoty než sacharidy a bílkoviny (Kohout et al., 2010). Mezi další funkce lipidů patří například izolační funkce, jelikož tvoří ochrannou vrstvu. Díky vysoké vrstvě podkožního tuku dochází k lepší teplené izolaci i k mechanické ochraně (Mourek, Velemínský a Zeman, 2013). Lipidy napomáhají mozgovým i nervovým buňkám a mají za úkol starat se o pružnost nervových vláken pro rychlejší přenos informací.

Tuky jsou nositeli látek důležitých pro lidský organismus. Mezi tyto látky řadíme esenciální mastné kyseliny, vitamíny rozpustné v tucích (A, D, K, E), steroly a antioxidanty rozpustné v tucích. Potravinám dodávají jemnost chuti a příjemnost při žvýkání a polykání. Vlivem lipidů obsažených v potravě se po najezení dostavuje pocit sytosti, který však přichází až za půl hodiny po konzumaci jídla (Kohout et al., 2010).

1.3.4 Vlákna

Vlákninu chápeme pro naše účely jako živinu, která se nemůže ve střevě enzymaticky štěpit a vstřebávat (Hainer et al., 2011). Díky tomu plní mnoho funkcí, jako například zvyšování sekrece slin, zpomalování příjmu potravy, zpomalování vyprazdňování žaludku, prodlužování pocitu sytosti, zvyšování peristaltiky střev, a kromě toho ve střevě působí jako prebiotikum, tj. podporuje růst a aktivitu střevní mikroflóry (Stránský a Ryšavá, 2010). Nejvyšší obsah vlákniny mají obiloviny, luštěniny, zelenina, ovoce nebo ovesné vločky. Vlákna slouží i jako prevence civilizačních chorob a kolorektálního karcinomu (Stránský a Ryšavá, 2010). Nepřináší

žádný energetický zisk, ale i přesto je pro organismus velice důležitá. Při nadměrném přijímání vlákniny dochází však ke zvýšení intenzity kvasných procesů – nadýmání nebo plynatosti. Pozitivem přijímání vlákniny je, že na sebe dokáže vázat cholesterol a tím přispívá k prevenci kardiovaskulárních onemocnění (Mourek, Velemínský a Zeman, 2013). Dle Stránského a Ryšavé (2010) by měla být denní dávka vlákniny nejméně 30 gramů za den. Bohužel průměrná denní dávka u člověka činí pouze 15 gramů (Kunová, 2011).

1.3.5 Vitamíny

Vitamíny patří mezi velmi důležité látky. Potřebujeme je k fungování enzymů, hormonů či k likvidaci nebezpečných volných radikálů. Vitamíny rozdělujeme do dvou hlavních skupin. První z nich jsou vitamíny rozpustné v tucích, mezi které řadíme vitamín A, D, E, K. Druhou skupinu tvoří vitamíny rozpustné ve vodě, a to vitamín B a C. Při nedostatku vitamínů nastává stav, který se nazývá avitaminóza. Vlivem avitaminózy mohou vznikat různé komplikace, jejichž charakter závisí na druhu chybějícího vitamínu. Při nedostatku vitamínu B dochází k poruchám látkové výměny sacharidů, svalové slabosti, otokům, poruchám růstu, zánětům kůže, sliznic nebo jazyka, chudokrevnosti, dokonce i k neurologickým poruchám (Stránský a Ryšavá, 2010). Nedostatek vitamínu C způsobuje vznik únavy a snížení imunity (Kunová, 2011). Při nedostatku vitamínu A dochází k rozvoji šerosleposti (Svačina et al., 2008). Nedostatek vitamínu D může vést k rozvoji osteomalacie, při které dochází k demineralizaci a přestavbě plně vyvinutých kostí (Stránský a Kohout, 2011). Nedostatek vitamínu K vede ke zvýšené oxidaci LDL cholesterolu, poruchám funkce buněčných membrán nebo poruchám nervového systému (Stránský a Ryšavá, 2010). V nepolední řadě nedostatek vitamínu K přináší též komplikace typu poruch krevní srážlivosti (Svačina et al., 2008).

1.3.6 Minerální látky

Minerální látky představují v organismu stavební hmotu pro zuby a kosti. Jsou však důležité i pro funkční systémy, především pro nervosvalový přenos (Kunová, 2011). Do této skupiny látek řadíme vápník, hořčík, draslík, železo, zinek, jód, sodík a fosfor.

Vápník je velice důležitým elementem pro kostní tkáň a zubovinu, napomáhá svalové kontrakci včetně kontrakcí srdečního svalu a zahajuje proces hemokoagulace. Je obsažen především v mléčných výrobcích (Mourek, Velemínský a Zeman, 2013).

Hořčík je materiálem pro tvorbu skeletu a svaloviny, extracelulární tekutiny, slouží k aktivaci enzymatických pochodů a k látkové výměně. Nalezneme jej především v celozrnných obilovinách, drůbeži, játrech nebo v zelenině a zrnkové kávě (Stránský a Ryšavá, 2010). Při nedostatku hořčíku dochází ke křečím svalů (Mourek, Velemínský a Zeman, 2013). Vlivem zvýšené či snížené hladiny hořčíku dochází k rozvoji poruch srdečního rytmu (Merkurová a Orel, 2008).

Železo je pro náš organismus jedním z nejdůležitějších prvků. Je součástí hemoglobinu a myoglobinu (Mourek, Velemínský a Zeman, 2013). Nedostatek železa snižuje tělesnou výkonnost, narušuje termoregulaci a vede ke vzniku anémie (Stránský a Kohout, 2011). Železo je obsažené v rybách, vejcích, luštěninách nebo mase (Stránský a Ryšavá, 2010).

Zinek je dle Merkurové a Orla (2008) součástí řady enzymů, které ovlivňují významné biologické funkce, jako například tvorbu bílkovin – proto příznivě ovlivňuje růst a hojení ran, fyziologické vnímání chuťových podnětů, chuť k jídlu a fyziologický počet spermií (Merkurová a Orel, 2008). Zinek můžeme nalézt v mase, vnitřnostech, luštěninách nebo rybách (Stránský a Kohout, 2011).

Jód je důležitým substrátem pro správné fungování štítné žlázy. Při nedostatku jódu dochází ke vzniku strumy či kretenismu (Stránský a Kohout, 2011). Dále se může objevit zimomřivost, apatie, zvýšení hmotnosti nebo zhoršená pohybová koordinace. Jód se vyskytuje v mořských rybách a mořských živočiších (Kunová, 2011).

Sodík je důležitý pro udržení osmotického tlaku v extracelulární tekutině a udržení acidobazické rovnováhy. Vlivem nadměrného přijímání sodíku ovšem dochází

k nadměrnému zadržování vody v organismu (Kasper, 2015). Zdrojem sodíku v potravinách je kuchyňská sůl (Mourek, Velemínský a Zeman, 2013).

Poslední z této skupiny látek je fosfor, coby důležitá součást kostní tkáně a zubů (Merkurová a Orel, 2008). Fosfor je obsažen ve všech potravinách. Vlivem většího množství fosforu v organismu dochází k úniku vápníku z těla a tento proces může vést ke vzniku osteoporózy (Kunová, 2011).

1.4 Potřeba výživy

Potřebu výživy řadíme mezi primární biologické potřeby člověka. Výživa a způsob stravování se výrazně podílí na zdravotním stavu jedince, působí na jeho duševní pohodu a výživou můžeme rovněž pozitivně či negativně ovlivnit vývoj některých onemocnění (Tomagová a Bóriková, 2008). Trachtová et al. (2013) uvádějí, že příjem potravy a pocit sytosti jsou provázeny pozitivními emocemi, a dobré jídlo tak může být zdrojem spokojenosti člověka. Vytejková et al. (2013) proto upozorňují, že péče o výživu nemocných by se rozhodně neměla dít nahodile, nýbrž by se mělo jednat o systematický proces vyhledávání konkrétní potřeby vztahující se k výživě, poskytnutí adekvátního řešení a kontroly efektivity ošetrovatelské péče. Pro uspokojování potřeby výživy je důležitá multioborová spolupráce, neboť ta vytváří základní předpoklad pro poskytnutí správného a efektivního řešení problémů souvisejících s touto potřebou (Vytejková et al., 2013). Při dlouhodobém deficitu v rámci uspokojování potřeby výživy dochází ke změně chování a jednání jedince, k narušení homeostázy a zhoršení jeho celkového stavu (Trachtová et al., 2013).

Po přijetí klienta do nemocničního prostředí je nezbytné posoudit jeho nutriční stav, k čemuž se využívá tzv. nutriční screening (Šamánková, 2011). V rámci nutričního screeningu se dotazujeme, zda je zachována chuť k jídlu, zjišťujeme hmotnost, resp. její pokles, stravovací zvyklosti, souvislosti hubnutí se zdravotními problémy a potíže spojené s přijímáním jídla (Gulášová et al., 2014). Dále se též dotazujeme na stav hybnosti, stres a neuropsychologický stav (SZŠ a VOŠZ Hradec Králové, 2016). Nutriční screening zahrnuje i fyzikální a laboratorní vyšetření. Fyzikální vyšetření

se týká měření hmotnosti, indexu tělesné hmotnosti – BMI, výšky a inspekce podkoží a svalů. Laboratorním vyšetřením sledujeme například hladinu albuminu, transferinu a prealbuminu (Gulášová et al., 2014).

Potřebu výživy každého člověka ovlivňují faktory fyziologicko-biologické, psychicko-duchovní, sociálně-kulturní a faktory životního prostředí (Trachtová et al., 2013).

Fyziologicko-biologické faktory se týkají funkčnosti gastrointestinálního traktu (Tomagová a Bóriková, 2008).

Způsob výživy a energetickou potřebu organismu člověka ovlivňuje jeho stáří, přičemž již v kojeneckém věku si děti utváří základ pro stravovací návyky a je žádoucí, aby jim rodiče zajistili vyvážený jídelní režim a dávali přednost spíše zdravé a pestré stravě. V kojeneckém a batolecím období, v pubertě i během těhotenství dochází ke zvýšení potřeby výživy, neboť organismus potřebuje více energie než obvykle (Trachtová et al., 2013). Opačná situace je viditelná u seniorů, u nichž se snižuje potřeba výživy vlivem zpomalení fyzické aktivity a metabolismu (Tomagová a Bóriková, 2008).

Potřebu výživy ovlivňuje také pohlaví a zdravotní stav (Trachtová et al., 2013).

Potřeba výživy se promítá i do psychologicko-duchovní roviny jedince, neboť přijímání potravy většinou navozuje pocit spokojenosti, libosti a vyvolává pozitivní emoce. Prožívání negativních emocí v souvislosti s přijímáním potravy je u lidí velice individuální. Někteří jedinci v období psychického vyčerpání ztrácí chuť k jídlu a hubnou, jiní naopak na stres reagují přijímáním nadměrného množství potravy (Trachtová et al., 2013). Způsoby stravování může ovšem ovlivňovat nejen duševní, ale rovněž i duchovní stránka člověka. Některá náboženství totiž nařizují držení půstu, jež má sloužit k očistě člověka od pozemských hříchů, jiná zakazují jíst různé druhy potravin (Tomagová a Bóriková, 2008).

Tomagová a Bóriková (2008) uvádějí, že způsoby stravování dále ovlivňují i sociálně-kulturní podmínky, neboť v průběhu socializace se lidé učí preferovat specifická jídla, která odpovídají zvyklostem určité krajiny. Tyto způsoby jsou rovněž ovlivňovány životním stylem jednotlivce nebo jeho rodiny a alternativními formami

výživy dané skupiny, jako je například vegetariánství. V přijímání potravy můžeme nalézt i symbolický význam, neboť potrava je často součástí společenských rituálů, například v podobě tradičních pokrmů na Vánoce, či specifických společenských událostí (Tomagová a Bóriková, 2008).

Mimo zmíněného spadá do této kategorie též ekonomická situace jednotlivce, popřípadě i celé společnosti (Trachtová et al., 2013).

V neposlední řadě potřebu výživy ovlivňuje i životní prostředí a přírodní podmínky (Trachtová et al., 2013).

1.5 Stravování v nemocnicích

Každá nemocnice má rozdílné možnosti stravování, jež určuje její finanční, personální a organizační stránka. Většina nemocnic se řídí dietním systémem, tzn. že je klientům dle zdravotních obtíží přidělena strava, která odpovídá správné výživové hodnotě (Grofová, 2007). Nemocnice kombinují různé formy výživy, od podávání výživy per os přes aplikaci enterální i parenterální výživy (Stranovská a Chocenská, 2006). Ve většině nemocnic převládá tabletový systém, tzn. že je jídlo připraveno na speciální jednotce mimo oddělení. Pro případy jiné než perorální výživy jsou do nemocnic objednávány speciální nutriční přípravky dle ordinace lékaře (Grofová, 2007).

1.6 Podávání stravy per os

Přirozeným způsobem podávání výživy je podávání stravy ústy, tzv. per os. Podávání potravy per os je indikováno u klientů, kteří jsou schopni spolýkat sliny, tzn. že jsou polykací funkce zachovány. Klient musí mít zachovaný kašlací reflex, jenž chrání dolní dýchací cesty, musí být při vědomí a nesmí se u něho projevovat příznaky aspirace (Schler a Oster, 2010). Pokud nejsou klienti takto soběstační, můžeme jim při podávání stravy per os dopomoci. Před podáváním stravy nejprve klienta napolohujeme do sedu nebo polosedu, poté pomalu podáváme stravu a zajistíme

dostatek tekutin. U nesoběstačných klientů můžeme využívat různé kompenzační pomůcky, jako např. brčko, speciální přístroje nebo láhev (Vytejčková et al., 2011).

1.7 Enterální výživa

Enterální výživa je taková výživa, při níž jsou do trávicího traktu dodávány farmaceuticky připravené výživné roztoky (Kohout a Kotlíková, 2009). Substráty enterální výživy můžeme podávat per os, do žaludku nebo do střeva. Při aplikaci stravy do žaludku využíváme nasogastrickou sondu či gastrostomii. Pokud aplikujeme stravu do střeva, použijeme nazojejunální sondu nebo jejunostomii. Gastrostomie a jejunostomie se do organismu zavádějí za pomoci endoskopického přístroje a ve zdravotnictví pro ně užíváme zkratky PEG (perkutánní endoskopická gastrostomie) a PEJ (perkutánní endoskopická jejunostomie). Po zavedení jakékoliv sondy je nutné provést kontrolu, zda je sonda uložena na správném místě. Klientům s funkčním trávicím traktem aplikujeme stravu pouze tímto způsobem. Při nedostatečné výživě můžeme enterální výživu kombinovat s parenterální (Grofová, 2007). V současné době může substráty enterální výživy předepisovat pouze lékař s funkční licencí České lékařské komory pro umělou výživu a metabolickou péči (Nevoral, 2013).

Enterální výživa má mnoho výhod oproti výživě parenterální, neboť jsou při ní živiny přiváděny přirozenou cestou, je prevencí vzniku atrofie střevní sliznice a poškození bariérové funkce tenkého střeva, stimuluje střevní motilitu, zmenšuje riziko vzniku infekčních a septických komplikací a znamená nižší náklady. Nevýhodami enterální výživy jsou průjemy, zvracení a riziko aspirace (Papežová, 2010).

Enterální výživa je indikována při gastroenterologických onemocněních (akutní pankreatitida, celiakie, Crohnova choroba, stenóza jícnu, syndrom krátkého střeva), neurologických a neurochirurgických onemocněních (poruchy polykacího aktu, dětská mozková obrna, Alzheimerova choroba, epilepsie), stomatologických a stomatochirurgických komplikacích (fraktury čelisti, tumory jazyka a ztrátová poranění obličeje), otorinolaryngologických onemocněních (tumory laryngu, faryngu či štítné žlázy), onkologických a psychiatrických onemocněních (anorexie, depresivní

stavy, autismus). (Svačina et al., 2008) Enterální výživa má ale samozřejmě nejen indikace, nýbrž i kontraindikace. Mezi kontraindikace enterální výživy patří těžký nestabilizovaný stav klienta, šok, trauma, operace, náhlá příhoda břišní, akutní krvácení do zažívacího traktu či mechanický ileus (Grofová, 2007).

Při aplikaci enterální výživy se mohou vyskytovat i různé komplikace, které rozdělujeme do čtyř skupin – gastrointestinální (nauzea, zvracení, průjem, zácpa, krvácení do gastrointestinálního traktu), infekční (septický stav, absces, infekce, akutní peritonitida), metabolické (porucha minerálního hospodářství, edémy, dumping syndrom) a mechanické (poškození sondy, obturace sondy, zauzlení sondy). (Svačina et al., 2008)

1.7.1 Aplikální systémy enterální výživy

1.7.1.1 Sipping

Pokud klient nepřijímá dostatečné množství základních živin, je „popíjení“ neboli sipping velice výhodnou formou podávání stravy. Tímto způsobem se totiž doplní živiny, které klientovi chybí (Svačina et al., 2008). Sipping je aplikace enterální výživy formou popíjení speciálních výživových přípravků, které obsahují buď jednotlivé živiny, či všechny živiny dohromady a mají různé příchutě (Grofová, 2007). Sipping využíváme spíše jako doplněk stravy při enterální výživě (Kohout a Kotrlíková, 2009). V nejzávažnějších případech může být sipping použit jako kompletní enterální výživa, jako např. při mnohočetných srůstech v dutině břišní (Vytejková et al., 2011). Mezi výhody sippingu patří např. snadné vstřebávání živin, vyvážený poměr tuků, sacharidů, proteinů, vitamínů, stopových prvků, minerálů a tekutin a velký výběr různých variant chuti i konzistence (Vytejková et al., 2011).

1.7.1.2 Aplikace enterální výživy pomocí sond

Pro krátkodobou aplikaci enterální výživy můžeme využít nasogastrickou sondu, což je elastická trubice, jež je zavedena do žaludku. Délka sondy je 60–80 cm.

Kontraindikací nasogastrické sondy je především krvácení ze sliznice nosu a nosohltanu nebo zánět. Do nasogastrické sondy je možno podávat veškeré substráty enterální výživy (Svačina et al., 2008). Pro podávání výživy nasogastrickou sondou si nejprve musíme připravit pomůcky a sondu zavést. Mezi potřebné pomůcky řadíme tácek, náplast, sondu, Mesocain gel, buničinu, fonendoskop, Janettovu stříkačku, rukavice, emitní misku, svorku nebo kolík pro uzavření sondy, sběrný sáček a sklenici s vodou. Nasogastrická sonda je klientovi zavedena přes jednu nosní díрку do hltanu a dále přes jícen až do žaludku. Po zavedení si musíme ověřit za pomoci vzduchu a přitisknutím fonendoskopu na dutinu břišní, zda je sonda umístěna v žaludku (Filausová, 2002–2016). V domácím prostředí používáme spíše nasojejunální sondu, což je sonda zavedená až do prvního úseku tenkého střeva (jejuna). Tato sonda se využívá u klientů s pomalým vyprazdňováním žaludku nebo s krátkodobou překážkou v oblasti jícnu, žaludku či tenkého střeva. Stravu můžeme podávat nepřetržitě; při nárazovém podání výživy mohou vznikat komplikace jako např. nevolnost, průjem nebo zvracení (Šachlová et al., 2012).

Pokud má klient zavedenu sondu, musíme sledovat výdej a charakter tekutiny při odčerpávání žaludečního obsahu, kontrolujeme dislokaci sondy na základě délky zavedení, řádně sondu fixujeme, dbáme na její průchodnost, a když sondu proplachujeme, pravidelně měníme části systému a aplikujeme pouze přípravky určené pro podávání stravy nasoenterální sondou. Při podávání výživy je nutné, aby pacient zaujal vhodnou polohu, pro vyloučení aspirace výživy, a veškerou péči o nasoenterální sondu zapisujeme do dokumentace (Vytejková et al., 2015).

1.7.1.3 Výživové stomie

Při dlouhodobém podávání enterální výživy volíme spíše výživovou stomii, konkrétně zvolíme buď perkutánní endoskopickou gastrostomii (PEG), nebo perkutánní endoskopickou jejunostomii (PEJ), přičemž výživa je podávána sondou zavedenou přes břišní stěnu do žaludku nebo do začátku tenkého střeva (Kohout a Kotrlíková, 2009). Výhodou PEG je možnost používat ji i šest a více týdnů. PEG i PEJ ošetřujeme stejným

způsobem. V prvních dvou týdnech je třeba všimnout si možných změn v okolí sondy, jako např. zarudnutí, hnisu, vytékání stravy apod. Pod přitlačnou destičku můžeme vložit sterilní čtverce. Po dvou týdnech by se měl objevit kolem sondy vazivový kanálek, jenž signalizuje péči o okolí sondy pouze dvakrát týdně. Pokud se vazivový kanálek nevytvoří, musíme pečovat o sondu každodenně. Místo vpichu kryjeme prodyšným obvazem a volný konec sondy lze ke kůži fixovat náplastí (Šachlová et al., 2012).

1.7.2 Aplikační režimy enterální výživy

Enterální výživu můžeme aplikovat různými způsoby, mezi něž řadíme bolusové, kontinuální, cyklické a intermitentní podávání výživy (Kohout a Kotrlíková, 2009). Při bolusovém podávání používáme Janettovu stříkačku a výživa je vedena do žaludku. Aplikujeme množství výživy dané ordinací lékaře. Po podání výživy musíme katétr propláchnout nejlépe 50 mililitry čisté vody nebo čaje (Dastych, 2012). Odměřené množství aplikujeme za pomoci Janettovy stříkačky a přípravek podáváme velice pomalu, abychom zamezili vzniku komplikací. Při kontinuálním podávání výživy aplikujeme stravu buď s noční pauzou, nebo s denní pauzou a pro kontinuální podávání enterální výživy používáme enterální pumpu, jež je pro enterální výživu doporučována jako základní zařízení (Svačina et al., 2008). Během podávání kontinuální výživy je důležitý proplach sondy, a to nejčastěji každé tři hodiny 20 mililitry čisté převařené vody (Dastych, 2012). Cyklické podávání výživy znamená, že stravu podáváme klientovi přes den, aby byl napodoben fyziologický příjem potravy (Vytejková et al., 2015). Intermitentní podávání znamená, že celková denní dávka výživy se rozdělí do několika dílčích dávek, které jsou podávány během dne (Vorlíček et al., 2012).

1.7.3 Přípravky pro enterální výživu

Přípravky pro enterální výživu dělíme na polymerní neboli vysokomolekulární substráty a oligomerní neboli nízkomolekulární substráty. Polymerní přípravky obsahují polypeptidy, škroby a tuky a tento druh výživy se nejvíce podobá výživě přirozené.

Používání polymerních substrátů fyziologicky stimuluje střevní sliznici (Nevoral, 2013). Polymerní výživu lze aplikovat do žaludku, duodena či jejunu (Kohout a Kotrlíková, 2009).

Oligomerní přípravky se doporučují spíše klientům, kteří jsou alergičtí na daný druh proteinu, a používají se tedy např. při alergii na kravské mléko nebo u těžkých malabsorpčních syndromů kojenců. Výhodou oligomerních substrátů je snadnější digesce a absorpce v trávicím traktu. Nevýhodou je naopak vyšší osmolalita, horší chuťové vlastnosti a nižší stimulace střevního epitelu. Zdrojem oligomerní výživy jsou aminokyseliny, oligopeptidy, disacharidy, MCT oleje (Nevoral, 2013).

Modulové substráty obsahují proteiny, sacharidy a lipidy a podáváme je pouze tehdy, pokud chceme navýšit jen jednu složku ze základních živin výživy (Nevoral, 2013).

1.8 Parenterální výživa

Parenterální výživa je termín označující způsob dodávání živin do organismu nikoli skrze zažívací trakt, nýbrž přímo do cévního systému. Takto zprostředkovaná výživa způsobuje organismu více potíží než výživa enterální, jež je v dnešní době upřednostňována. Parenterální výživu podáváme v případě dysfunkcí zažívacího systému a při nemožnosti aplikace výživy enterální. Oba způsoby podávání výživy spolu můžeme také kombinovat a takový případ nazýváme doplňkovou parenterální výživou. Parenterální výživu dodáváme do organismu pomocí periferního nebo centrálního žilního katétru (Kohout a Kotrlíková, 2009).

Důležitým faktorem při aplikaci parenterální výživy je volba vhodné žíly, ať periferní, či centrální. Mezi nejčastější místa vstupu patří v. jugularis interna a externa, v. subclavia, v. femoralis nebo v. cephalica. Pro aplikaci parenterální výživy do periferní žíly není vhodné podávat substráty s vysokým obsahem energetických živin a stejně tak není vhodné užít periferní žílu u klientů, kterým je aplikována parenterální výživa dlouhodobě. Centrální podávání parenterální výživy volíme pro dlouhodobé podávání živin do organismu; do centrální žíly podáváme roztoky, které nemůžeme

aplikovat do periferní žíly. Aplikace parenterální výživy musí probíhat za přísně sterilních podmínek, neboť při poruše sterility může dojít k zásadním komplikacím a ke zhoršení zdravotního stavu. Parenterální výživa zároveň musí odpovídat všem nutričním hodnotám (Zadák, 2008).

Parenterální výživa má své indikace a kontraindikace. Mezi nejčastější indikace pro její zavedení patří kontraindikace enterální výživy, jako například neprůchodnost GIT, peritonitida, pankreatitida, krvácení do GIT, akutní selhání jater či ledvin, malabsorpce, syndrom krátkého střeva, zánětlivá onemocnění střev, nádorová onemocnění, popáleniny nebo traumata (Kholová, 2012). Kontraindikací parenterální výživy jsou terminální stav pacienta, dostatečně funkční trávicí trakt, který klientovi umožňuje jíst a užít se, nebo zlepšování se zdravotního stavu, během něhož důvody k indikaci parenterální výživy pominuly (Grofová, 2007).

Cílem podávání parenterální výživy do organismu je udržet dlouhodobě uspokojivý nutriční stav pacienta a stálost vnitřního prostředí, tedy homeostázu (Kohout a Kotrlíková, 2009).

Parenterální výživa má své výhody i nevýhody. Mezi výhody můžeme zařadit možnost rychlé úpravy případného metabolického rozvratu nebo použitelnost při úplném chybění tenkého střeva. Nevýhodami jsou nefyziologický přístup, vyšší riziko vzniku komplikací a vyšší náklady (Kohout a Kotrlíková, 2009).

Při aplikaci parenterální výživy může, jak právě naznačeno, dojít ke vzniku mnoha komplikací. Mezi nejčastější z nich patří tromboflebitida, dále se mohou vyskytnout komplikace spojené se zavedením centrálního žilního katétru, jakými jsou srdeční arytmie, pneumotorax, poranění, špatná pozice katétru. Komplikace spojené s přítomností katétru jsou vzduchové embolie, žilní trombóza a uzávěr katétru trombem. Do septických komplikací řadíme infekci. Dále může dojít i k jaterní steatóze vlivem zvýšeného podílu tuku ve výživě či rychlým přechodem na enterální výživu (Svačina et al., 2008). Zdrojem metabolických komplikací, jež vznikají při nedodržení doporučených dávek, je hyperglykémie, hyperhydratace, dehydratace nebo minerálová dysbalance. V důsledku nedodržení či překročení dávky může nastat tzv. „overfeeding syndrom“, tzn. stav, během něhož se začne zvyšovat produkce oxidu uhličitého, čímž

vzniká hyperkapnie a vyšší riziko respirační insuficience, hyperglykémie nebo imunologické poruchy. Personál musí proto kontrolovat energetické potřeby klienta a dodržovat rychlost a dávku jednotlivých preparátů (Kohout a Kotrlíková, 2009).

1.8.1 Systémy podávání parenterální výživy

Zpočátku byla parenterální výživa podávána systémem jednotlivých láhví neboli multi bottle systémem. Tento způsob však nebyl ke klientům šetrný a přinášel jim četné komplikace. V mnoha případech docházelo ke vzniku inkompatibility vlivem nedodržení jednotlivých minerálů a infuzních směsí. V dnešní době je proto ve zdravotnictví upřednostňován systém zvaný all-in-one, založený na speciálním vaku, který obsahuje živiny důležité pro organismus. Mezi tyto živiny patří cukry, tuky, aminokyseliny, vitamíny, stopové prvky a minerály. Systém all-in-one aplikujeme 24 hodin (Kohout a Kotrlíková, 2009).

Výhodou vaku all-in-one je snížení finančních nároků během přípravy, jednodušší manipulace a dodávání, dále také lepší asimilace živin, snížení výskytu metabolických komplikací, nižší dráždění žilní stěny v souvislosti s přívodem tukových emulzí a snížené riziko mechanických či septických komplikací (Kholová, 2012). Systémy all-in-one jsou vhodné pro stabilizované klienty či pro klienty s parenterální výživou v domácím prostředí. Pro klienta s těžkými zdravotními problémy se připravují speciální vaky, které dodávají do organismu živiny, jež jsou nejvíce potřeba. Dle ordinace lékaře můžeme podávat parenterální výživu cyklicky, tzn., že kanylu na noc uzavřeme a ráno ve výživě opět pokračujeme. Pokud se jedná o domácí parenterální výživu, musí být živiny dodávány 24 hodin, příjem se tedy nesmí přerušit (Kohout a Kotrlíková, 2009). Vaky mohou být jednokomorové, v nichž jsou veškeré živiny spojené, nebo vícekomorové, v nichž jsou živiny promíchány až těsně před podáním (Zadák, 2008).

V rámci podávání parenterální výživy je důležitá péče o invazivní vstupy, jimiž je klientovi výživa podávána. Vytejková et al. (2015) definují invazivní vstup jako takový nástroj (pomůcku), který proniká přes kůži do organismu. Před každým použitím

invazivního vstupu je důležitá dezinfekce rukou a nasazení nesterilních rukavic, poté následuje příprava směsi s parenterální výživou, dezinfekce invazivního vstupu a nakonec dochází k napojení parenterální výživy. Ta je aplikována do organismu přes infuzní pumpu, na niž si musíme dle ordinace lékaře navolit rychlost podávání. Nesmíme opomenout kontrolovat možné známky infekce. V případě výskytu komplikací, jako je například bolest, pálení, otok, začervenání, nebo při neprůchodnosti katétru se parenterální výživa musí zastavit a zvolí se jiné místo vpichu (Vytejková et al., 2015).

Nesmíme opomenout monitorování klienta se zavedenou parenterální výživou, u něhož sledujeme laboratorní hodnoty, celkový stav, bilanci příjmu a výdeje tekutin, fyziologické funkce nebo tělesnou hmotnost (Křemen a Kotrlíková, 2007).

V případě, že jsou splněny základní podmínky, jako například spolupráce a edukace klienta, eventuálně jeho rodiny v podávání výživy, a stav není komplikován, může být klient se zavedenou parenterální výživou propuštěn do domácího prostředí (Šváb et al., 2008).

1.9 Interní oddělení

Vnitřní neboli interní lékařství je velice rozsáhlá a složitá medicínská disciplína. Je základním medicínským oborem, který se zabývá prevencí, rozpoznáváním (diagnostikou), komplexní léčbou a ošetřováním vnitřních chorob postihujících dospělou populaci. V současné době se obor vnitřního lékařství dělí na celou řadu užších specializací, jako je kardiologie, gastroenterologie, revmatologie, endokrinologie, diabetologie a neurologie (Vrublová, 2011). S interní medicínou spolupracují další obory, jako například infekční medicína, dorostové lékařství, klinická hematologie, respirační nemoci, nemoci z povolání, lékařská genetika, gerontologie nebo nukleární medicína (Slezáková et al., 2007). Léčba interních klientů probíhá zpravidla konzervativně, bez chirurgického zákroku (Šafránková a Nejedlá, 2006).

Dle Slezákové et al. (2007) se interní oddělení člení na čtyři pracoviště, mezi která patří ambulance, vyšetřovací oddělení, lůžkové oddělení a lůžka akutní péče, jako například jednotka intenzivní péče – JIP nebo oddělení intermediární péče.

Do ambulantní části interního oddělení docházejí klienti na základě písemného doporučení od praktického lékaře nebo bez doporučení, jedná-li se o akutní případ. V ambulanci je klient vyšetřen lékařem, poslán na další specializovaná vyšetření nebo je případně přijat do lůžkové části interního oddělení. V ambulanci dochází k prvnímu kontaktu mezi klientem a zdravotnickým personálem, a proto je důležité vystupovat na profesionální úrovni a vhodně s klientem komunikovat. Dostatek informací, úsměv, vlídné slovo, ohled na stud pacienta a empatický přístup přispívají k získání klientovy důvěry, k následné spolupráci se zdravotníky a lepší psychické pohodě klienta (Šafránková a Nejedlá, 2006).

Další částí je vyšetřovací oddělení, kam řadíme rentgenologické pracoviště, ultrazvukové pracoviště, endoskopické pracoviště a laboratoře k vyšetření biologického materiálu. Do vyšetřovací části spadají i oddělení pro speciální vyšetření, jako pneumologické pracoviště se spirometrií, ergometrie a cévní vyšetřovna (Šafránková a Nejedlá, 2006).

Základ interního oddělení tvoří standardní lůžková jednotka. V čele ošetrovací jednotky stojí vedoucí lékař a dále vrchní a staniční sestra, které zodpovídají za organizaci a kvalitu poskytování ošetrovatelské péče zajišťované pracovníky nelékařských zdravotnických oborů. Jedná se o část oddělení, na které je poskytována specializovaná péče klientům, kteří nemohou být léčeni ambulantně. Z tohoto faktu vyplývá, že zde existuje celá řada úkolů pro všeobecnou sestru (Šafránková a Nejedlá, 2006).

Poslední část interního oddělení tvoří intenzivní péče, která je určena klientům s akutními interními chorobami a klientům, kteří jsou ohroženi selháním životně důležitých funkcí (Šafránková a Nejedlá, 2006).

1.10 Imobilizační syndrom

Poledníková et al. (2006) uvádějí, že pohyblivost je základním předpokladem soběstačnosti a nezávislosti. Schopnost volně se pohybovat se mění vlivem přibývajících věku. S přibývajícím věkem se začínají vyskytovat fyziologické anatomické a funkční změny či různá onemocnění, která mohou bránit pohybu (Poledníková et al., 2006). Imobilita je stav, kdy se člověk nemůže volně a rytmicky pohybovat. Při imobilitě je klient připoután dlouhodobě na lůžko a je odkázán na pomoc okolí. Důsledkem imobility je vznik imobilizačního syndromu (Poledníková et al., 2006). Vytečková et al. (2011) uvádějí, že imobilizační syndrom je charakterizován jako celková odezva organismu na klidový režim – imobilitu ležícího člověka, jako stav, při kterém je jedinec ohrožen poškozením jedné nebo několika orgánových soustav. V souvislosti s tím je proto důležité posoudit stav klienta komplexně, například se zohledněním jeho soběstačnosti, schopnosti vykonávání každodenních činností či posouzením kognitivních funkcí (Pejznochová, 2010). Nejvíce jsou ohroženi senioři s omezenou adaptační kapacitou, s poruchou regulačních mechanismů a jedinci, kteří jsou dlouhodobě upoutáni na lůžko (Kalvach et al., 2004).

Mezi nejčastější příčiny, které napomáhají vzniku imobilizačního syndromu, řadíme například dlouhodobou (chronickou) bolest, parézy, plegie, poruchy kostí, svalů, šlach a kloubů, neurologické poruchy, kvantitativní poruchy vědomí (bezvědomí), depresi, špatný zdravotní stav, choroby, zranění, léčbou předepsanou imobilizaci, věk a stav pacienta (Vytečková et al., 2011). Dále vlivem vzniku imobilizačního syndromu dochází k proliferaci tukové, pojivové tkáně a k poškození chrupavky (Hauser et al., 2016). Při postižení pohybového aparátu dochází také ke vzniku svalové atrofie, šlachy se zkracují, vznikají různé deformity páteře a dochází ke vzniku osteoporózy. Dále se též objevuje zkracování měkkých tkání, což s sebou nese riziko flekčních kontraktur, poruch svalové koordinace a chůze (Kalvach et al., 2004).

Imobilizační syndrom způsobuje i poruchy kardiovaskulárního systému, kdy vlivem imobility může nastat ortostatické hypotenze, tj. porucha adaptace krevního oběhu na vzpřímenou polohu. Pokud klienta po dlouhodobém ležení posadíme, dochází

ke snížení krevního tlaku, v důsledku čehož se mu začne točit hlava, je zesláblý, je mu nevolno a může zkolabovat. Dále může dojít ke vzniku žilní trombózy a po uvolnění krevní sraženiny i plicní embolii (Burda a Šolcová, 2015).

Při postižení dýchacího systému klienti dýchají spíše povrchově a mělce, což způsobuje snížení vitální kapacity plic. Potom jsou dýchací cesty ohroženy rizikem zánětlivých procesů a může dojít k rozvoji pneumonie nebo plicní atelektázy (Mlýnková, 2010).

Komplikace imobilizačního syndromu se promítají i do trávicího systému. Dochází k narušení nerovnováhy mezi katabolizmem (odbouráváním bílkovin) a anabolizmem (syntézou bílkovin), vzniká anorexie – nechutenství, malnutrice – podvýživa, hypoproteinémie – snížení množství bílkovin v krevní plazmě, objevuje se zácpa, může dojít i ke ztrátě pocitu žízně a tím k dehydrataci. Někteří klienti vlivem upoutání na lůžko tloustnou a někteří naopak hubnou (Kelnarová et al., 2009).

Může dojít i k poruše močového systému. Klient je ohrožen vznikem ledvinných kamenů, zánětem ledvin a vývodných cest močových vlivem stagnace moči v ledvinách a vývodných močových cestách. U některých klientů se může objevit inkontinence (Burda a Šolcová, 2015).

Vlivem imobility dochází ke vzniku defektů na kůži. Kůže atrofuje, je tenká a méně elastická a většinou se objevují dekubity (Burda a Šolcová, 2015).

Komplikace imobilizačního syndromu postihují nejen stránku somatickou, ale i psychosociální. Velice často se objevují deprese, deprivace, úzkosti nebo dochází k poruchám smyslového vnímání. Mohou se objevovat i pocity beznaděje, zbytečnosti, strach nebo obavy o budoucnost (Burda a Šolcová, 2015). Dále syndrom zahrnuje i složku sociální. Při narušené sociální stránce dochází u klientů ke ztrátě soběstačnosti, sociální izolaci, změně životního stylu či ztrátě životní perspektivy s následným úpadkem kvality života (Németh et al., 2009).

Důležité je předcházet rizikům vedoucím ke vzniku imobilizačního syndromu, nebo je alespoň snižovat. Především musíme klienta aktivizovat. Tuto práci má na starosti sestra a fyzioterapeut. Snažíme se přimět klienty k tělesné i duševní aktivitě a podporujeme je v samostatnosti.

Součástí předcházení imobilizačnímu syndromu je rehabilitace a rehabilitační ošetrovatelství. Rehabilitační ošetrovatelství zajišťuje sestra a cílem je zamezit právě rozvoji imobilizačního syndromu. S klientem provádíme pasivní cviky (polohování a pasivní pohyby) a aktivní cviky (dechová cvičení, kondiční cvičení, aktivní pohyby, změny poloh, nácvik chůze, nácvik komunikace a nácvik všedních činností (Burda a Šolcová, 2015). Důležitou součástí této praxe je zmíněné polohování klienta, neboť správné uložení klienta zabraňuje vzniku deformit, kontraktur, omezení pohybů v kloubech i vzniku dekubitů. Základem polohování je zaujmutí správné polohy vleže nebo vsedě. Polohujeme 24 hodin denně a změna polohy by měla nastat vždy po 2 hodinách a v noci po 3 hodinách nebo dle potřeby. Na lůžku měníme tři základní polohy, a to na zádech, boku a na břiše. K polohování používáme různé polohovací pomůcky, které klientům zajišťují větší komfort (Kelnarová et al., 2009). Dále do prevence patří péče o lůžko. Lůžko musí být čisté, suché a prostěradlo dokonale vypnuté. Při dlouhodobé imobilitě musíme zajistit bandáže dolních končetin, jako prevenci vzniku trombózy. Důležitá je i péče o výživu, kdy se snažíme podávat klientovi dostatečné množství ovoce, zeleniny a vlákniny (Vytejková et al., 2011). Pokud se klientovi objeví na kůži defekt, musíme ránu pečlivě ošetřit, abychom zabránili rozvoji hlubokých dekubitů (Fiala et al., 2016).

2 CÍL PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíl práce

Zmapovat specifika ošetrovatelské péče v oblasti výživy imobilního klienta na standardním oddělení interního typu.

2.2 Výzkumné otázky

Jak je hodnocen nutriční stav pacienta na standardním oddělení interního typu?

Jaké jsou možnosti aplikace výživy u imobilních klientů na standardním oddělení interního typu?

Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče v oblasti výživy u imobilního klienta na standardním oddělení interního typu?

3 METODIKA

3.1 Metodika výzkumu

Empirická část bakalářské práce byla zpracována metodou kvalitativního výzkumného šetření, jež bylo prováděno technikou polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný soubor tvořily všeobecné sestry pracující na standardním oddělení interního typu v Nemocnici České Budějovice, a.s. Vlastní výzkumné šetření bylo povoleno hlavní sestrou a dále také vrchními a staničními sestrami. Šetření probíhalo v období od března do dubna 2016.

Před začátkem šetření byly všeobecné sestry seznámeny s tématem a cílem empirické části bakalářské práce. Následně jim bylo položeno celkem 31 až 34 otázek, které byly zaměřeny na péči o výživu u imobilních klientů na standardní jednotce interního typu. Polostrukturovaný rozhovor byl členěn na pět hlavních témat – identifikační údaje, obecné otázky týkající se výživy, podávání stravy per os, enterální a parenterální výživy. Každé téma zahrnovalo určitý počet souvisejících otázek a v případě potřeby byly položeny další doplňující otázky.

Cílem polostrukturovaného rozhovoru bylo zjistit specifika péče o výživu u imobilních klientů na standardním oddělení interního typu. V rámci zjišťování specifík týkajících se péče o výživu bylo zjišťováno, jakým způsobem všeobecné sestry hodnotí nutriční stav u imobilních klientů a jak postupují při zjištění patologické hodnoty v jeho rámci. Dále bylo zkoumáno, jakými všemi možnými způsoby všeobecné sestry podávají stravu na svém oddělení, zda hodnotí stav polykacích schopností, kdo všechno je zodpovědný za podávání stravy per os nebo enterální a parenterální výživy, co je pro všeobecné sestry důležité sledovat či zda se mohou objevit potenciální komplikace. Zjišťováno bylo také to, jestli všeobecné sestry využívají na svém oddělení metodu sipping, dále, které přípravky nejčastěji podávají klientům, jaké aplikační režimy nejběžněji aplikují při podávání enterální a parenterální výživy a konečně také, jaké ošetřovatelské postupy využívají při péči o parenterálně nebo enterálně vyživovaného klienta.

Rozhovory byly prováděny na denní místnosti sester za přítomnosti probandů a tazatele, byly zaznamenávány na diktafon a následně převedeny do písemné formy. Přepsané rozhovory byly dále zpracovány formou otevřeného kódování, technikou „papír – tužka“.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvoří všeobecné sestry pracující na standardním oddělení interního typu, jež byly vybrány na základě kritériálního výběru. Důležitou roli hrála tři kritéria: prvním byla kvalifikace všeobecné sestry dle zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, druhým platná registrace dle stejné legislativy a třetím kritériálním výběrem byl současný výkon povolání všeobecné sestry na standardním oddělení interního typu. Před začátkem výzkumného šetření se výzkumník představil, sdělil účel výzkumu, typ zjišťovaných informací a ubezpečil probandy o anonymitě. Dále byly všeobecné sestry seznámeny s možností odmítnutí rozhovoru či nezodpovězení některé z otázek a byly ujištěny, že jejich odpovědi nebudou žádným způsobem použity proti nim.

4 VÝSLEDKY

4.1 Základní identifikační údaje

Tabulka 1: Identifikační údaje

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
Věk:	43 let	38 let	26 let	28 let	32 let	47 let	45 let
Pohlaví	Žena	žena	muž	žena	Žena	žena	žena
Vzdělání	SZŠ	VŠ	SZŠ	VOŠZ	VŠ	SZŠ	SZŠ
Délka praxe	3 roky	10 let	2 roky	5 let	4 roky	13 let	10 let

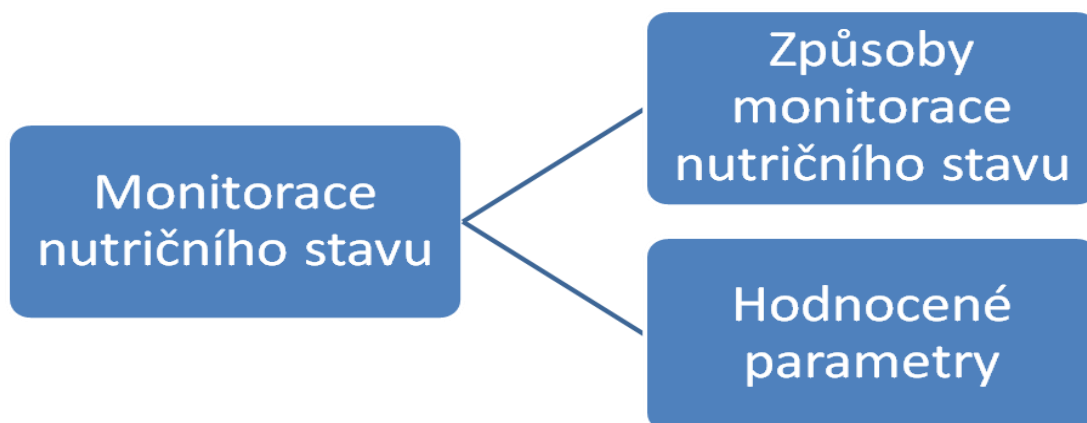
Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 1 shrnuje identifikační údaje týkající se dotazovaných probandů. Výzkumného šetření se účastnilo 6 žen a 1 muž ve věku od 26 let do 47 let. U dvou probandů bylo dosaženo vysokoškolského vzdělání, v jednom případě bylo dosaženo vyššího odborného vzdělání a nejvíce probandů dosáhlo vzdělání středoškolského. Délka praxe na pozici všeobecné sestry na standardním oddělení interního typu byla od 2 do 13 let.

4.2 Kategorie

Kategorie 1: Monitorace nutričního stavu

Diagram: Monitorace nutričního stavu



Kategorie 1 je zaměřena na monitorování nutričního stavu pacienta. Tato kategorie obsahuje 2 podkategorie.

Způsoby monitorace nutričního stavu

Probandi 1 až 5 uvedli, že pro hodnocení nutričního stavu využívají především tabulku s nutričním screeningem, která jim napomůže odhalit problematiku týkající se výživy pacienta. Dva probandi, proband 6 a proband 7, odpověděli, že nutriční screening se na oddělení používá, ale všeobecné sestry se jím neřídí. Tito probandi označili nutriční screening za zbytečnou tabulku, která je zdržuje od práce. Nutriční stav klienta, jak dále vysvětlili, hodnotí totiž spíše metodou pozorování. Při dotazování probandů na otázku, co dělají, nastane-li problém v nutričním stavu pacienta, bylo zjištěno, že všichni probandi o této problematice informují lékaře. Přitom probandi 1 až 3 nevolají nutričního terapeuta, jak popisuje např. proband 1: „*No, tak nejčastěji informujeme lékaře. Měl by se volat i nutriční terapeut, ale my ho moc nevoláme. Je jich tu velice málo a většinou přicházejí až na žádost rodiny.*“ Oproti tomu proband

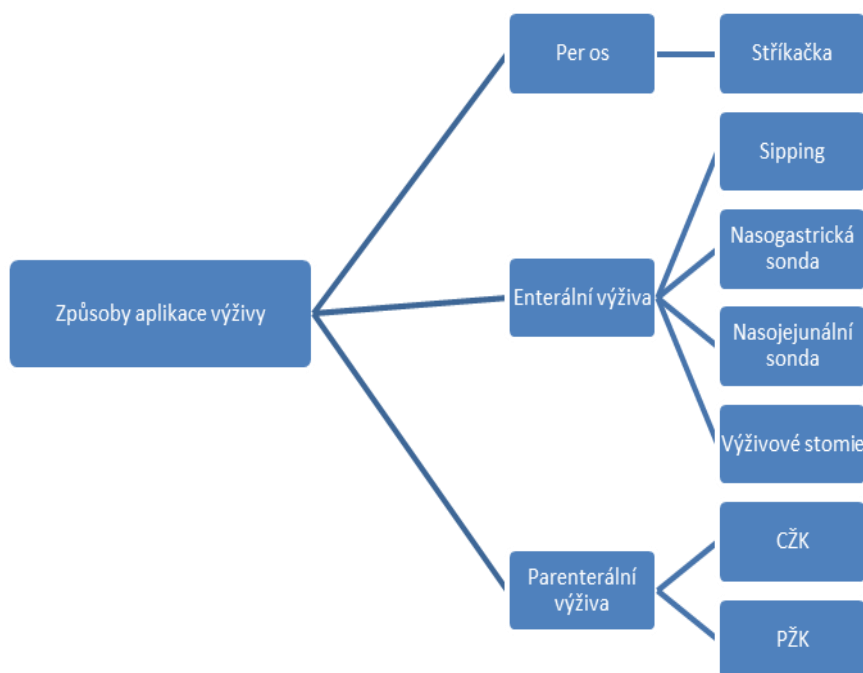
4 a proband 5 říkají, že informují nejen lékaře, ale volají i nutričního terapeuta, jenž po lékařském vyšetření zajišťuje další kroky pro zlepšení nutričního stavu klienta.

Hodnocené parametry

Další otázka, na niž všeobecné sestry v rámci polostrukturovaného rozhovoru odpovídaly, byla, co všechno sledují u imobilního klienta v rámci hodnocení nutričního stavu. Proband 1 odpověděl: *„Tak, sledujeme, kolik toho sní. Používáme talířový systém, kde si zakreslujeme porce, které pacient snědl. Dále sledujeme, zda pacient neubývá na váze či extrémně nepřibývá na váze. Příjem a výdej tekutin se musí také sledovat a veškeré hodnoty se zapisují do dokumentace. Zda klientovi chutná, zda má vhodnou dietu, a to je asi vše.“* Proband 2, podobně jako proband 7, považoval za důležité sledovat, jak klienti jedí, jestli nemají nějaký problém týkající se stravy, a důležité pro něho rovněž bylo hodnocení soběstačnosti pacienta a sledování bilance. Proband 3 odpověděl: *„Tak, určitě hodnotíme, kolik mají lidi příjem, výdej, kolik vypijí, kolik lidé snědí a tak. Většinou o víkendech, pokud se lidé zlepší, jsou jim vyměněny diety. Například z tekutin na tekutou stravu a tak. A když se zhorší, tak se jim také strava změní. To se pak musí zapsat do dokumentace.“* Podobně odpověděli i proband 4 a proband 6. Proband 5 považoval za důležité sledovat, kolik toho klienti sní, mají-li vhodnou dietu, zda zaujímají při jídle správnou polohu, jestli nadměrně nepřibírají na váze nebo naopak na váze neubývají, což, jak uvedl, sleduje pomocí BMI a již zmíněného tzv. talířového systému.

Kategorie 2: Způsoby aplikace výživy

Diagram: Způsoby aplikace výživy



Kategorie 2 je zaměřena na způsoby aplikace výživy u imobilních klientů na standardním oddělení interního typu. Tato kategorie obsahuje několik podkategorií týkajících se nejrůznějších způsobů aplikace výživy.

Způsoby aplikace výživy

Z uskutečněných rozhovorů vyplynulo, že je strava nejčastěji podávána metodou per os, při níž, jak se shodli všichni probandi, je velice často využívána injekční stříkačka.

U některých probandů bylo nutné použití doplňujících otázek, pomocí nichž se zjišťovalo, zda na oddělení využívají také metody enterální a parenterální výživy.

Z odpovědí vyplynulo, že se všeobecné sestry v rámci své práce nejčastěji setkávají s nasogastrickou sondou. Výživové stomie se na oddělení využívají pouze výjimečně, jak podotkl proband 5. Proband 3 jako jediný zmínil i sipping, jenž je na oddělení oproti tomu využíván hojně. Ostatní probandi v této otázce metodu sipping nezmínili. Proband 4 nejprve hovořil o podávání parenterální výživy, teprve poté zmínil podávání stravy per os a enterální výživu. Přesně jeho odpověď zněla: „*Hodně tu podáváme stravu*“

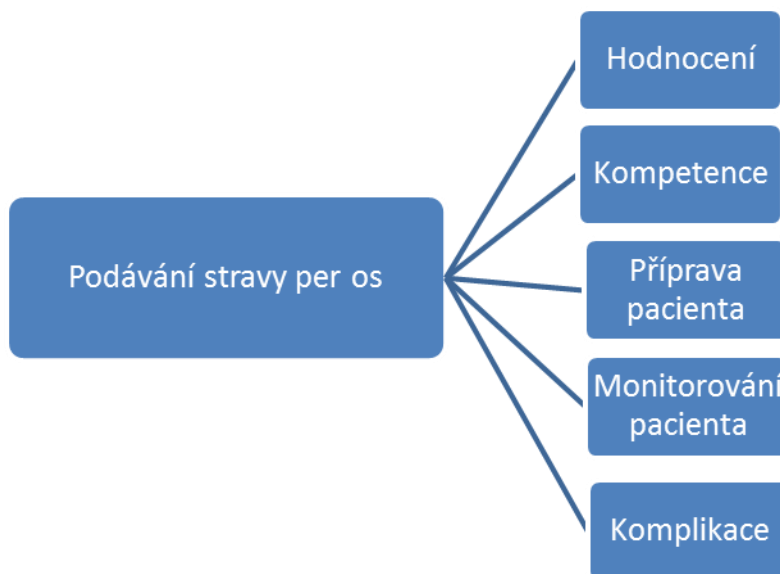
parenterálně, takže i.v. cestou, využíváme jak periferní, tak i centrální přístup. Dále krmíme pacienty, používáme ke krmení i stříkačky nebo tu velice často můžete vidět pacienty se zavedenou nasogastrickou sondou. Občas sem jsou přijímáni klienti se zavedeným PEGem či PEJem nebo nasojejunální sondou, ale spíše se to tu moc neobjevuje.“ Proband 6 a proband 7 vysvětlili, že používají hlavně nasogastrickou sondu, ačkoliv aktuálně přijali pacienta, který má např. zavedenou perkutánní endoskopickou gastrostomii.

Z odpovědí na doplňující otázky lze vyvodit, že probandi velice často pracují i s parenterální výživou, jež se aplikuje hlavně přes periferní žilní katétr, jak podotkl například proband 1. Samozřejmě se může aplikovat i přes centrální žilní katétr, jak upozornil proband 5, který tuto metodu preferuje. Někteří probandi doplnili, že po několika dnech přecházejí také na centrální žilní katétr z důvodu poškození periferní žíly.

Na základě výsledků lze souhrnně říci, že se všeobecné sestry v rámci své práce nejčastěji setkávají s metodou podávání stravy per os. Pokud je indikována enterální výživa, tak se na oddělení nejčastěji setkávají s podáváním stravy přes nasogastrickou sondu a s metodou sipping. S výživovými stomiiemi všeobecné sestry pracují zcela výjimečně. Dále z výsledků bylo zjištěno, že velice často užívanou metodou je také parenterální výživa, přičemž všeobecné sestry nejčastěji aplikují výživu přes periferní žilní katétr. Na oddělení se ovšem setkávají i s podáváním parenterální výživy přes centrální žilní katétr.

Kategorie 3: Podávání stravy per os

Diagram: Podávání stravy per os



Třetí kategorie je zaměřena na specifika týkající se podávání stravy per os a obsahuje 5 podkategorií.

Hodnocení

Z rozhovorů s probandy vyplynulo, že všichni vyhodnocují stav polykacích schopností klienta. Proband 1 odpověděl: „*Jen sledujeme, zda pacientům nedělá příjem stravy problém a asi jestli pacient dobře kouše. Více si dovyšetří lékař.*“ Proband 2 řekl: „*Sledujeme, jak klienti jedí, jak koušou, jestli je strava nedráždí. Kontrolujeme, zda nedochází k aspiraci.*“ Velice podobná byla i odpověď probanda 3. Proband 4 a proband 5 zmínili, že na základě zjištění problému týkajícího se příjmu potravy může lékař indikovat zavedení parenterální či enterální výživy. Proband 6 a proband 7 doplnili, že pokud má klient problémy s polykáním, tak velice často podávají stravu přes stříkačku, přičemž stravu klientům mixují, aby se jim lépe polykala.

Kompetence

Na otázku, kdo má kompetenci pro podávání stravy per os, odpověděli, obdobně jako proband 4, proband 6, proband 7 a proband 1: „*Prakticky všichni, co jsou po ruce.*“ Proband 2 specifikoval, že stravu podávají hlavně ošetřovatelky a studenti.

Proband 3 oproti tomu uvedl, že stravu podává sanitářka a se snídaněmi pomáhá i staniční sestra. Proband 5 dále uvedl i zdravotnického asistenta

Příprava pacienta

Všichni probandi uvedli, že provádějí přípravu před podáním stravy per os, přičemž někteří jsou při tomto velice důslední. Proband 1 a proband 2 např. jako jediní zmínili výměnu inkontinenční pomůcky před podáváním stravy. Ostatní probandi pouze poukázali na nutnost polohování klienta, jako např. proband 3: *„Klienta napolohujeme, dá se výš, připravíme mu stoleček, aby ho měl dostatečně vysoko. Dáme mu k ruce věci k jídlu, aby na vše mohl dosáhnout. Pokud pacienti mají deficit v sebeobsluze, tak se jim třeba maso nakrájí. Když se pacienti musí nakrmit, tak se jim na pokoj jídlo odloží, pak jdeme dál a vrátíme se k němu později.“* Proband 7 jako jediný zmínil, že pokud jsou pacienti schopni si sednout s nohama z postele, pak jim do této polohy dopomůžeme. Proband 5 upozornil na jistě důležitý fakt, a sice že personál musí být vždy trpělivý a nesmí na klienta chvátat.

Monitorování pacienta

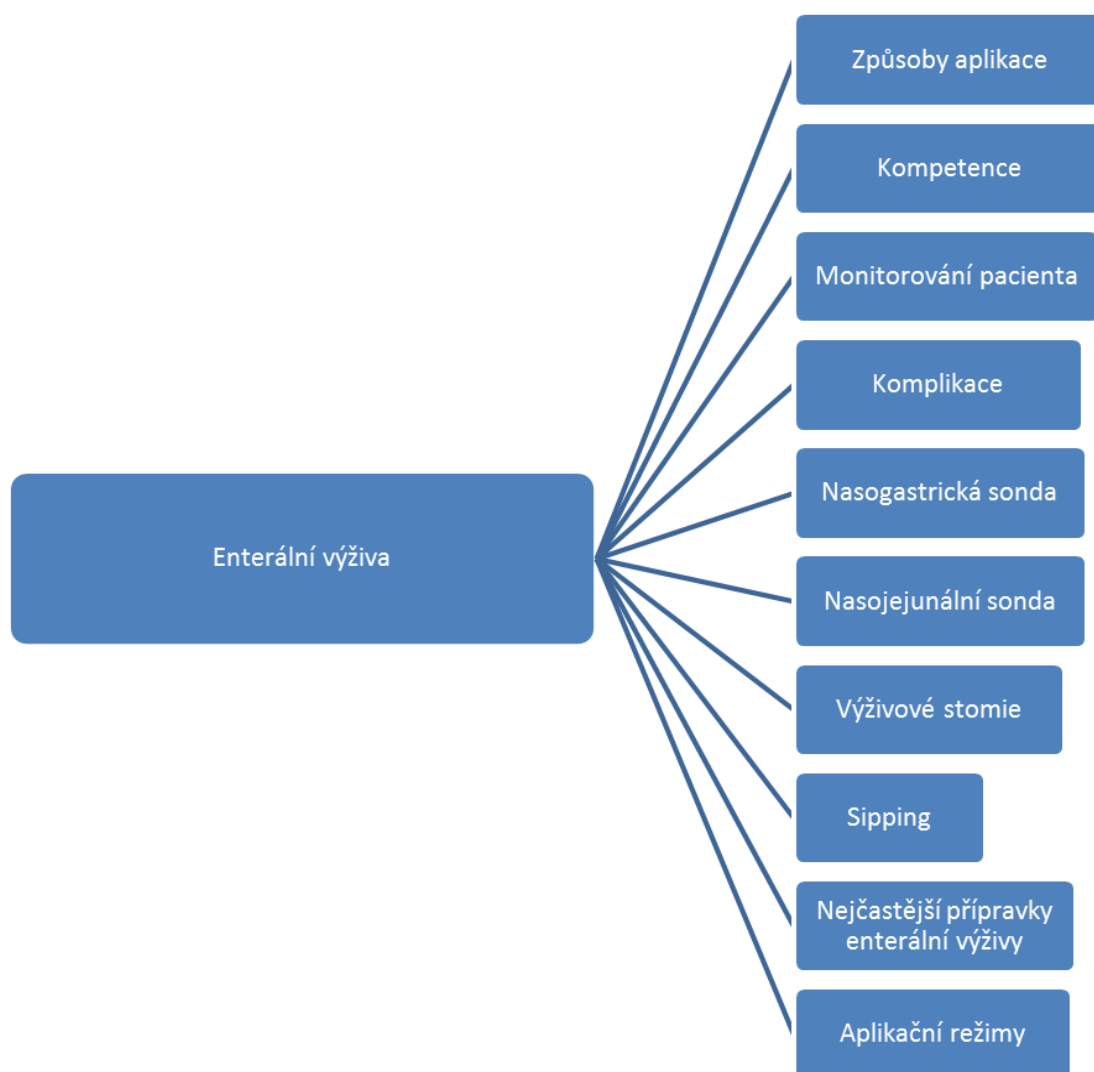
Aby se co nejvíce zamezilo možnému vzniku komplikací, je dle probandů velice důležité při podávání stravy per os pacienta sledovat. Proband 1 uvedl, že je nezbytné pozorovat, jestli klientům nedělá příjem potravy problém, zda nepotřebují pomoc při podávání stravy nebo jestli nevznikají nějaké komplikace. Proband 2 se zaměřil na potenciální komplikace ohledně rizika aspirace. Proband 3 řekl: *„Sledujeme, jak pacienti jedí, zda mají správnou dietu, jestli zaujímají správnou polohu, jestli nedochází k aspiraci, sledujeme i příjem a výdej tekutin, můžeme sledovat i klientovo apetit a vývoj nutričního stavu.“* Pro probanda 4 bylo důležité pouze polohovat pacienta a dát mu potřebné věci na dosah ruky. Proband 5 doplnil odpověď o důležitost kontroly, zda nezůstává jídlo v dutině ústní. Při zjištění problému se informuje lékař, který následně může indikovat parenterální nebo enterální výživu. Poměrně překvapivě odpověděl proband 6, jemuž stačilo pouze sledovat polykací reflexy. Pro probanda 7 byla důležitá přítomnost pracovníka při podávání stravy per os. Pokud by klienti potřebovali dopomoci při podávání stravy, musí být přítomen personál, který tuto pomoc zajistí.

Komplikace

Všichni dotazovaní se shodli, že při podávání stravy per os mohou vzniknout komplikace, přičemž za nejčastější z nich shodně označili aspiraci. Proband 2 dále uvedl, že kromě aspirace může u pacienta docházet k průjmu nebo i zvracení.

Kategorie 4: Enterální výživa

Diagram: Enterální výživa



Čtvrtá kategorie je zaměřena na specifika týkající se enterální výživy a obsahuje deset podkategorií.

Způsoby aplikace

V této části polostrukturovaného rozhovoru musely být probandům velice často pokládány doplňující otázky. Na otázku, jakými všemi možnými způsoby podávají dotyční enterální výživu imobilním klientům, bylo nejčastěji odpovězeno, že se strava podává přes nasogastrickou sondu. Po pobídnutí doplňujícími otázkami několik probandů odpovědělo, že se s výživovými stomiemi setkávají pouze zcela výjimečně. Proband 1 zmínil, že kromě nejčastějšího podávání stravy přes nasogastrickou sondu, využívají na oddělení metodu sipping. Proband 2 odpověděl: *„Nejčastěji podáváme stravu za pomoci nasogastrické sondy. S ostatními enterálními metodami se u nás setkáte zcela výjimečně.“* Proband 6 a proband 7 zmínili častý výskyt pacientů s výživovými stomiemi na jejich oddělení, kupříkladu že aktuálně mají na oddělení pacienta s perkutánní endoskopickou gastrostomií. Z rozhovorů vyplynulo, že se probandi příliš často nepotýkají s perkutánní endoskopickou jejunostomií. O nasojejunální sondě se téměř nezmiňovali s výjimkou probanda 3 a probanda 4, u nichž se tato sonda údajně zcela výjimečně vyskytuje.

Kompetence

Všech 7 probandů se shodlo na tom, že pro podávání enterální výživy je kompetentní pouze všeobecná sestra. Proband 1, podobně jako proband 5, proband 6 a proband 7, odpověděl: *„Pouze sestra nebo pověřený student. Ošetřovatelky se o enterální výživu nestarají.“* Shodně odpověděl proband 2, který ještě doplnil, že je důležité dodržovat pravidelnou dobu aplikace.

Monitorování pacienta

V otázce monitorování pacienta se odpovědi jednotlivých probandů lišily, neboť pro každého bylo důležité sledovat něco jiného. Pro probanda 1 je např. důležité sledovat reakci pacientů na podávaný přípravek, dále zda nedochází k překrmení, kontrolovat sondu, jestli není poškozená nebo ucpaná, a je prováděna zvýšená péče o dutinu ústní, která se vytírá například Pagavitem nebo dezinfekcí na sliznice. Proband 2 poukázal na důležitost podávání výživy v určitých intervalech. Jeho odpověď zněla: *„Je důležité sledovat místo zavedení, zda nedochází k překrmení, dutinu ústní, které věnujeme více pozornosti. Výživa se musí podávat v určitých intervalech, které se musí*

dodržovat, tudíž sledujeme, jestli se plán dodržuje.“ Proband 3 zase poukazoval na nutnost kontroly zavedené sondy, kupříkladu zda nedošlo k jejímu vytržení. Vysvětloval: *„Jakoby u té sondy hlavně teda, zda ji mají stále zavedenou (smích), jinak musíme lidi přikurtovat, jestli není zahleněný, pokud ano, tak ho odsajeme, sledujeme dutinu ústní, kterou vytíráme, dále hydrataci, jestli tam nevznikly dekubity, zapisujeme příjem a výdej, kontrolujeme, zda nejsou překrmení, a tak. Prostě koukneš a vidíš.*“ Na důležitost sledování stavu klientova zahlenění a potřebu hlenu pravidelně odsávat, aby nedošlo ke vzniku některé z komplikací, upozornil také proband 4. Proband 5 zase poukázal na důležitost kontroly přípravku a jeho množství před podáním enterální výživy. Jeho odpověď zněla: *„Tak vždy před každou aplikací výživy si v dokumentaci musíme zkontrolovat, zda nedošlo k nějaké změně. Musíme si ověřit název i množství. Dále sledujeme stav sondy, zda není ucpaná a tak. Výživu bychom měli aplikovat pomalu, protože to zmírňuje riziko vzniku vředu. Pokud pacienta překrmíme, tak velice často dochází k zahlenění. Tudíž musíme pacienta odsát. Sledujeme i dutinu ústní, které při zavedení enterální výživy věnujeme více pozornosti.*“ Probandi 6 a 7 hovořili pouze o sondách, zdůrazňovali nutnost kontroly, zda není sonda ucpaná, a popisovali rovněž specifickou péči týkající se perkutánní endoskopické gastrostomie.

Komplikace

Dle výsledků se odpovědi téměř všech probandů shodovaly. Jako nejčastější možná komplikace bylo označeno zvracení. Proband 1 ve shodě s probandem 6 dále uvedli ještě ucpání nebo vytažení sondy, proband 2, podobně jako proband 4, zmínil také překrmení nebo zahlenění a proband 3 doplnil ještě další komplikaci, a sice možnost poranění trávicí trubice, k němuž může dojít při zavedení nasogastrické sondy. Proband 5 poukázal i na možnost vzniku infekce v okolí zavedení vstupu. Jeho odpověď zněla: *„Tak třeba zahlenění, zvracení, vznik dekubitů, rozvoj infekce v okolí vstupu sondy, někdy třeba i průjem nebo zácpa.*“ Proband 7 se zaměřil hlavně na to, zda se do sondy nedostává vzduch nebo není ucpaná, a v případě výživové stomie upozornil na nutnost sledovat, zda není přirostlá ke kůži a jestli je vytvořen gastrostomický kanál.

Nasogastrická sonda

Z rozhovorů vyplynulo, že všeobecné sestry pro enterální výživu nejvíce používají nasogastrickou sondu. Odpovědi probandů byly téměř stejné, ale přece jen se nepatrně lišily, neboť každý zná trochu jiná specifika týkající se péče o výživu podávanou přes nasogastrickou sondu. Proband 1 řekl: *„Sledujeme, zda nevznikají dekubity, průchodnost sondy, po třech hodinách se musí sonda propláchnout čajem. Sledujeme, jestli je sonda správně zavedena, a musíme dávat pozor, aby si ji klienti například nevytrhli. Do sondy nejčastěji aplikujeme Nutrison.“* Proband 2 vysvětlil poněkud odborněji: *„Pokud má klient zavedenou sondu, musíme sledovat výdej a charakter tekutiny, kontrolujeme dislokaci sondy na základě délky zavedení, řádně sondu fixujeme, dbáme na průchodnost sondy, když sondu proplachujeme, pravidelně měníme části systému a aplikujeme pouze přípravky pro enterální výživu. Při podávání výživy je nutné zaujmout vhodnou polohu, aby nedošlo k aspiraci výživy, a veškerou péči o nasogastrickou sondu zapisujeme do dokumentace.“* Proband 3 ještě doplnil: *„Do sondy podáváme čistý fyziologický roztok, glukózu, čaj, léky nebo ty Nutrisony. Musí se proplachovat, a to každé tři hodiny. Sledujeme, jak dlouho má pacient zavedenou sondu. My tady vyměňujeme sondu po 21 dnech, ale může být zavedena až 30 dní. Dále přelepování sondy dle potřeby.“* Odpověď probanda 4 se téměř shodovala s odpovědí probanda 3, naopak odpověď probanda 5 se více shodovala s odpovědí probanda 2. Shoda byla shledána hlavně v odborném popisu péče o nasogastrickou sondu. Probandi 6 a 7 se ve svých názorech rovněž shodovali, a jejich odpověď zněla: *„No, tak musíme sondu kontrolovat, jestli není vytažená nebo ucpaná. Po každé aplikaci Nutrisonu nebo třeba léků musíme sondu propláchnout vodou nebo čajem. Musíme kontrolovat, zda je správně přilepená k nosu, a poté dle ordinace lékaře se nasogastrická sonda vytáhne.“* Proband 7 ještě doplnil, že by se sonda měla po 21 dnech vyměnit.

Nasojejunální sonda

Nasojejunální sonda se, jak je z rozhovorů patrné, na oddělení opravdu moc nevyskytuje. Proband 1 vysvětlil, že pokud mají pacienti zavedenou nasojejunální sondu, tak se kontroluje místo zavedení a průchodnost sondy, do níž se podávají

speciální přípravky. Pro aplikaci výživy do nasojejunální sondy se využívá kontinuální aplikační režim. Proband 2 na otázku vůbec neodpověděl. Proband 3 doplnil, že pokud si neví rady s aplikací výživy nebo s péčí o sondu, tak se obrátí na lékaře, který je specializovaný na výživu. Jeho odpověď, podobně jako odpověď probanda 4, zněla: *„Na našem oddělení sondu moc nezavádíme, spíše ty lidi s touhle sondou přijímáme. My, když si nevíme rady s péčí, tak tu máme specialistu, pana doktora XY, který nám radí, jak se o sondu starat. Hodně se vyskytuje u lidí, kteří mají problémy s trávicím traktem, například syndrom krátkého střeva. Používají se pumpy pro podávání stravy.“* Probandi 5, 6 a 7 se k této otázce opět nevyjádřili. Vysvětlili pouze, že na oddělení tyto sondy nemají, neboť se u nich spíše objevují sondy nasogastrické.

Výživové stomie

Dále z rozhovorů vyplynulo, že ani perkutánní endoskopická jejunostomie se na oddělení příliš nevyskytuje. Častější jsou oproti tomu případy, kdy jsou klienti na oddělení přijati s perkutánní endoskopickou gastrostomií, na péči o niž se všeobecné sestry zaměřují především. Někteří probandi neuměli popsat specifika péče o perkutánní endoskopickou gastrostomii příliš odborně. Pouze dva probandi se vyjádřili poměrně profesionálním a učeným způsobem. Proband 1 vysvětlil: *„Výživové stomie se každé dva dny pootáčí a vytahují nahoru a dolů, aby se zde vytvořil speciální kanál. Dle ordinace a potřeby pacienta stomie převazujeme. Dále se musí proplachovat po každém podání výživy. Pokud se vyskytnou nějaké komplikace, informujeme lékaře.“* Probandi 2 a 7 popsali specifika týkající se péče o výživové stomie již odborněji. Odpověď probanda 2 zněla: *„Péče o výživové stomie si je také velice podobná. Kdy se po každých dvou dnech otočí o 360 stupňů dokola kolíček a katétr se povytáhne nahoru a zpátky dolů. Katétr nesmí přirůst k břišní stěně, musí se zde vytvořit gastrostomický kanál. Pokud máme stomii přikrytou sterilním krytím, musíme jej dle potřeby převazovat.“* Proband 3 odpověděl, že v případech, v nichž si s aplikací a péčí neví rady, zavolá lékaře-specialistu.

Sipping

Oproti výše diskutované problematice, s níž se všeobecné sestry příliš nesebkávají, je metoda sipping téměř všem probandům známá a na oddělení je hojně používána.

Pouze probandi 6 a 7 nejprve nevěděli, co pojem sipping znamená, ale poté, co jim byl vysvětlen, odpověděli, že tuto metodu využívají také velice často. Proband 1 řekl, že nejčastěji podávají nutridrinky v tekuté či pudinkové formě. Proband 3 dále doplnil, že se sipping využívá jako doplněk stravy. Proband 4 řekl: „*Používáme metodu sipping jako doplněk stravy. Nejčastěji podáváme Nutridrink, který je buď v tekuté formě, nebo ve formě pudingu. Kromě Nutridrinku podáváme i Cubitan.*“ Podobně odpovídal i proband 5.

Nejčastější přípravky enterální výživy

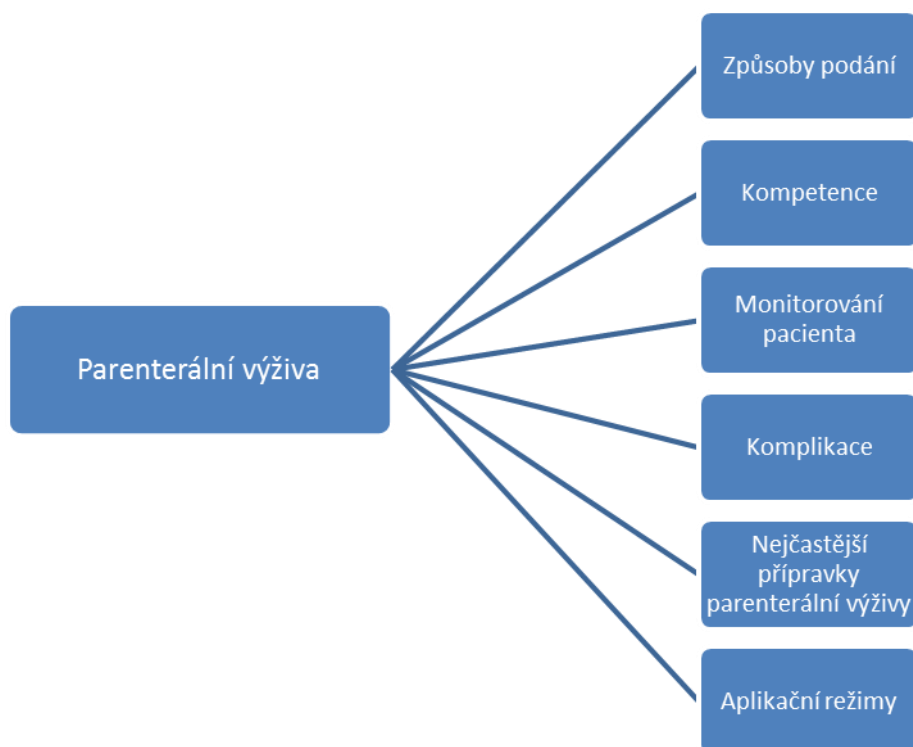
Z provedených rozhovorů vyplynulo, že se pro enterální výživu nejčastěji využívá Nutridrink a Nutrison. Probandi 2 a 3 doplnili odpověď ještě o možnost užívání Cubitanu a Diasipu, probandi 6 a 7 zase zmínili podávání Protifarů, který na oddělení používají velice často.

Aplikační režimy

Nejvíce je využíváno bolusové podání výživy. Probandi se shodli, že pokud se strava podává přes nasogastrickou sondu, volí se bolusový aplikační režim. Oproti tomu intermitentní nebo cyklický aplikační režim nikdo z probandů nezmínil. Proband 1 odpověděl: „*U nasogastrické sondy většinou stravu podáváme bolusově po třech hodinách a po aplikaci přípravku se vždy sonda musí propláchnout čajem nebo vodou. Zpočátku podáváme stravu i kontinuálně s noční pauzou. U výživových stomií podáváme výživu bolusově nejčastěji po třech hodinách s noční pauzou.*“ Proband 2 zmínil ještě kontinuální aplikační režim. Jeho odpověď zněla: „*Co se týká nasogastrické sondy, používáme bolusové podání výživy, kdy stravu podáváme každé tři hodiny s noční pauzou a u výživových stomií podáváme stravu kontinuálně buď s, nebo bez noční pauzy.*“ Shodně odpovídali probandi 3 a 5. Proband 5 ještě doplnil, že se musíme vždy řídit dle ordinace lékaře. Proband 4 řekl, že zpočátku volí kontinuální aplikační režim a později přechází na bolusové podání, kdy je výživa aplikována každé tři hodiny. Probandi 6 a 7 odpověděli, že výživu aplikují bolusově každé tři hodiny s noční pauzou. Rozpis, jímž se řídí, jim ordinuje lékař.

Kategorie 5: Parenterální výživa

Diagram: Parenterální výživa



Kategorie 5 se zaměřuje na specifika týkající se parenterální výživy. Tato kategorie obsahuje šest podkategorií.

Způsoby podání

Parenterální výživa je aplikována za pomoci centrálního nebo periferního žilního katétru, přičemž mnoho probandů uvedlo, že parenterální výživu aplikují hlavně pomocí druhého ze zmíněných. Někteří probandi odpověděli, že se po několika dnech často přechází na centrální žilní katétr, protože periferní žíly tíhu parenterální výživy nezvládnou. Proband 2 vysvětlil: „*Pro parenterální výživu zpočátku volíme periferní žíly. Pokud mají klienti křehké žíly, tak výživu rovnou podáváme do centrální žíly.*“ Preference ve volbě žilního katétru se velice různí. Proband 5 např. preferuje aplikaci parenterální výživy pouze přes centrální žilní katétr, oproti tomu probandi 6 a 7 aplikují parenterální výživu hlavně přes periferní žilní katétr.

Kompetence

Z výzkumu vyplynulo, že pro aplikaci parenterální výživy jsou kompetentní pouze všeobecné sestry. Probandi 1, 2, 4 a 5 doplnili, že parenterální výživu může podávat všeobecná sestra, ale i pověřený student. Probandi 3, 6 a 7 oproti tomu zmínili pouze všeobecnou sestru.

Monitorování pacienta

V otázce monitorování pacienta se odpovědi jednotlivých probandů lišily, neboť pro každého bylo důležité sledovat něco jiného. Proband 1 např. jako jediný zmínil důležitost sledování laboratorních hodnot. Ostatní probandi se spíše zaměřovali na stav žil, okolí kůže, na to, zda se parenterální výživa nedostává do podkoží, anebo nevzniká-li zánět žíly či nedošlo k jejímu úplnému zničení. Probandi 2, 3 a 4 zmínili též důležitost péče o pumpu, např. zda je na pumpě nastaveno správné množství a rychlost nebo zda nás pumpa neupozorňuje na nějaký problém. Proband 5 se hodně zaměřoval na stav žil a sledování celkového stavu pacienta při podávání parenterální výživy. Probandi 6 a 7 vnímali tuto otázku úplně jinak než ostatní, neboť se zaměřili na to, že se parenterální výživa aplikuje často u klientů se sníženou potřebou pocitu žízně. Jejich odpovědi se shodovaly a zněly: *„No, tak funkčnost, že jo, toho permanentního žilního katétru, dále pak stav zarudnutí kůže, jestli nejsou pacienti převodnění, protože pak začínají otékat, jestli dostatečně močí, protože parenterální výživu hodně podáváme u lidí, kteří mají sníženou potřebu žízně a za den vypijí pouze malé množství tekutin. Parenterální výživu indikuje lékař ne pouze z léčebného hlediska, ale i proto, abychom zavodnili organismus. Poté tedy musíme sledovat diurézu a veškeré údaje se musí zapisovat do dokumentace.“*

Komplikace

Při podávání parenterální výživy se mohou objevit komplikace, jak se shodli všichni probandi. Proband 1 popsal komplikace týkající se hlavně žíly a vysvětlil, že nejčastěji dochází ke vzniku zánětu nebo k úplnému zničení žíly. Na stejný problém upozornili i probandi 2 a 4. Proband 3 se zaměřil především na účinky parenterální výživy. Popsal, že při aplikaci parenterální výživy může stoupnout hladina glykémie, tudíž je třeba tuto hladinu sledovat. Proband 5 se zaměřil nejen na obtíže týkající se žil,

ale i na metabolické komplikace, které vznikají při nedodržení předepsaných dávek, následkem čehož dochází k přetížení organismu, a dokonce i k hyperglykémii. Pokud mají pacienti zavedený centrální žilní katétr, může se objevit infekce v místě vstupu, hemotorax či vzduchová embolie. Nesprávné zavedení katétru může také způsobit dysrytmie. Probandi 6 a 7 se ve svých názorech téměř shodovali, jelikož komplikace, které uvedli, se týkaly postižení žil, vzniku zánětu, až úplného zničení žíly.

Nejčastější přípravky parenterální výživy

Z výzkumu vyplynulo, že se pro parenterální výživu nejčastěji používá Nutriflex peri a lipidy. Proband 1 vysvětlil, že Nutriflex peri je velice šetrný přípravek, a proband 2 doplnil, že se může aplikovat jak do periferního žilního katétru, tak i do centrálního žilního katétru. Podobně odpověděli i probandi 3, 4 a 5. Probandi 6 a 7 měli ale jiný názor. Údajně Nutriflex peri nepoužívají. Nejčastěji v rámci parenterální výživy aplikují pouze fyziologický roztok, Ringer roztok, Isolyte a glukózu.

Aplikační režimy

Probandi se téměř shodli na využívání kontinuálního aplikačního režimu, který je aplikován s nebo bez noční pauzy a závisí na ordinaci lékaře. Pouze probandi 6 a 7 uvedli jiný aplikační režim, a sice využívání pouze bolusového podání parenterální výživy, a to dle ordinace lékaře. Kontinuální aplikační režim oproti tomu využívají zcela výjimečně.

5 DISKUZE

Cílem bakalářské práce bylo zjistit specifika péče o výživu u imobilních klientů na standardním oddělení interního typu. V rámci empirické části byly stanoveny tři výzkumné otázky, přičemž první z nich zněla: „**Jak je hodnocen nutriční stav pacienta na standardním oddělení interního typu?**“ Z rozhovorů s všeobecnými sestrami vyšlo najevo, že téměř všichni probandi využívají k hodnocení nutričního stavu klienta nutriční screening, což odpovídá tvrzení Šamánkové et al. (2011), podle níž by se měl screening využívat k hodnocení nutriční ihned po přijetí klienta na oddělení. Probandi 6 a 7 však i přesto, že nutriční screening využívají, považují ho za zbytečný a vyplňují ho pouze z nutnosti. Preferují hodnocení nutričního stavu metodou pozorování, která jim, dle jejich názoru, prozradí více než nutriční screening, jenž pro ně představuje velice orientační vyšetření. Podle některých probandů není tato tabulka vhodná, a proto by bylo užitečné vytvořit tabulku novou, vhodnější, která by všeobecným sestrám dopomohla lépe odhalit problematiku týkající se nutriční klientů.

Z výsledků výzkumu je dále zřejmé, že všeobecné sestry při zjištění patologické hodnoty nutričního stavu klienta téměř nikdy nevolají nutričního terapeuta, ačkoliv by se dle nutričního screeningu měl volat vždy, kdy je patologická hodnota zjištěna (SZŠ a VOŠZ, 2016). Myslíme si, že je velice důležité informovat především lékaře, který při zjištění problému v oblasti nutriční zajistí další postupy. Mezi tyto postupy můžeme například zařadit konzultaci s nutričním terapeutem. Dle Gulášové et al. (2014) nutriční screening zahrnuje jak fyzikální, tak i laboratorní vyšetření. Fyzikální vyšetření obnáší měření hmotnosti, určení indexu tělesné hmotnosti – BMI, měření výšky a inspekci podkoží a svalů. Laboratorní vyšetření se týká sledování hladiny albuminu, transferinu a prealbuminu. Ze všech probandů alespoň jeden, proband 5, uvedl, že nutriční screening je opravdu důležitý, protože obsahuje údaje o BMI, stresu, nechtěném hubnutí, věku, váze a výšce, což jsou důležité faktory pro další hodnocení nutričního stavu. Ostatní probandi uvedli pouze to, že nutriční screening používají, a dále se o jeho využití nezmiňovali. Je ovšem důležité nejen jednorázově provést

nutriční screening, ale zajistit také následnou monitoraci nutričního stavu. Dle Zazuly et al. (2009) by se měla monitorace nutričního stavu týkat klinického zhodnocení, anamnézy a laboratorních a nutričních parametrů. Většina probandů se na tyto parametry nezaměřila. Pro probandy bylo důležité sledovat hlavně, kolik toho pacienti snědí, jestli mají vhodnou dietu, jaká je jejich váha, zda nedochází k jejímu úbytku nebo naopak přibývání, pozoruje se rovněž pacientův apetit, bilance tekutin, hodnotí se soběstačnost, zaujetí správné polohy a veškeré potřebné hodnoty se poté zapisují do dokumentace.

Dalším důležitým parametrem v rámci hodnocení nutričního stavu jsou polykací schopnosti pacienta. Z uskutečněných rozhovorů bylo zjištěno, že probandi sice hodnotí stav polykacích schopností, avšak pouze z hlediska aspirace. Schler a Oster (2010) ale uvádějí nutnost monitorovat všechny aspekty týkající se polykacích funkcí. Polykací funkce tak dle Schlera a Oстера (2010) zahrnují nejen aspiraci, ale dále také schopnost spolykat sliny, funkčnost kašlacího reflexu a vědomí pacienta (Schler a Oster, 2010).

Domníváme se, že by se měly všeobecné sestry více řídit odbornou literaturou, s níž souhlasíme. Vyšetření polykacích funkcí by se nemělo podceňovat, aby nedošlo ke vzniku možných komplikací. V oblasti monitorace nutričního stavu se postupy probandů a odborná literatura liší. Pro každého je důležité monitorovat něco jiného.

Domníváme se, že námi dotazované všeobecné sestry nevyhodnocují nutriční stav klienta na standardním oddělení interního typu dostatečně. Hodnotí jej spíše metodou pozorování, přičemž nutriční screening s klienty pouze vyplní a dále s ním nepracují. Pokud by postupovaly dle odborné literatury, mohli bychom takovou péči považovat za dostatečnou.

Jako druhá výzkumná otázka byla stanovena tato: „**Jaké jsou možnosti aplikace výživy u imobilních klientů na standardním oddělení interního typu?**“ Z výsledků výzkumu vyplynulo, že námi zkoumané všeobecné sestry na standardním oddělení interního typu nejčastěji podávají stravu per os. Schler a Oster (2010) považují podávání stravy per os, jež je indikováno především u klientů, kteří jsou schopni spolykat sliny, tzn. že mají zachovány polykací funkce, za přirozený způsob aplikace výživy.

Dalším způsobem podávání výživy je podávání výživy enterální cestou. V rámci aplikace enterální výživy se nejčastěji výživa podává přes nasogastrickou sondu. Nasojejunální sonda a výživové stomie se na oddělení objevují zcela výjimečně. Z rozhovorů dále vyplynulo, že všeobecné sestry využívají velice často metodu sipping, jíž se využívá u klientů, kteří nepřijímají dostatečné množství základních živin. Popíjení neboli sipping je velice výhodnou formou podávání stravy, neboť se tímto způsobem mohou doplnit živiny, jež klientovi chybí (Svačina et al., 2008). Dle našeho názoru je metoda sipping velice prospěšná, protože klienti si s její pomocí během dne doplňují veškeré živiny, které potřebují, a organismu tak nechybí žádné důležité látky. Existuje navíc mnoho příchutí, což rovněž můžeme vnímat jako pozitivum, neboť si každý klient může vybrat přípravek dle svého apetitu.

Z odpovědí lze vyvodit, že probandi velice často pracují i s parenterální výživou, jež se aplikuje hlavně přes periferní žilní katétr, ale může se aplikovat i přes centrální žilní katétr, což se slučuje s tvrzením Kohouta a Kotrlíkové (2009). Dle Kohouta a Kotrlíkové (2009) se parenterální výživa aplikuje nejčastěji do v. jugularis interna a externa, v. subclavia, v. femoralis nebo v. cephalica.

Na základě tvrzení probandů bylo zjištěno, že u imobilních klientů na standardním oddělení interního typu může být výživa podávána všemi možnými způsoby od perorální přes enterální až po parenterální aplikaci.

Třetí výzkumná otázka zněla: „**Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče v oblasti výživy u imobilního klienta na standardním oddělení interního typu?**“ V této výzkumné otázce jsme se zaměřili na popis specifík jednotlivých způsobů aplikace výživy, neboť všechny způsoby popsané v rámci druhé výzkumné otázky určitá specifika vykazují.

V problematice podávání stravy per os spatřují Schler a Oster (2010) jedno výrazné specifikum, a sice sledování polykacích funkcí. S tímto tvrzením souhlasíme. Mezi polykací schopnosti dle Schlera a Oстера (2010) řadíme zachování kašlacího reflexu a vědomí, přičemž u klientů nesmí docházet k aspiraci. Naopak pro probandy je důležité sledovat příjem stravy, proces jejího zpracování, a zda nedochází k aspiraci.

Na základě výsledků uskutečněných rozhovorů se domníváme, že by se měla pozornost soustředit na stav polykacích funkcí. Dalším důležitým faktorem při podávání stravy per os je příprava před podáváním. Vytejšková et al. (2011) uvádí, že je důležité napolohovat klienta do sedu nebo polosedu. Strava by se měla podávat pomalu a měl by být zajištěn dostatečný příjem tekutin. U nesoběstačných klientů můžeme využívat různé kompenzační pomůcky, jakými jsou např. brčko, speciální přístroje nebo láhev. Probandi s tímto tvrzením souhlasí, avšak někteří zmínili další možnosti, které můžeme provádět před podáním stravy per os. Například probandi 1 a 2 uvedli výměnu inkontinenční pomůcky. Proband 3 zmínil, že pokud klient potřebuje, tak mu pomůžeme potraviny nakrájet. Myslíme si, že je důležitá i péče po jídle. Je např. vhodné, aby se po konzumaci potravin klientovi otřela ústa, dle potřeby se provedla výměna inkontinenční pomůcky a aby byl klient následně napolohován do pohodlné polohy.

V rámci enterální výživy můžeme říci, že se na standardním oddělení interního typu podává výživa nejčastěji přes nasogastrickou sondu. Pro podávání výživy nasogastrickou sondou si nejprve musíme připravit pomůcky a sondu zavést (Filausová 2002 – 2016). O těchto postupech ani o jednotlivých druzích pomůcek se žádný z probandů nezmiňoval. Zaměřili se totiž především na popis následné péče po zavedení nasogastrické sondy

Probandi poukazovali na důležitost kontroly přípravku a jeho množství před podáním enterální výživy, nutnost podávat výživu v určitých intervalech a dále také na potřebu kontroly zavedené sondy, kupříkladu zda nedošlo k jejímu vytržení. Pro probandy bylo rovněž důležité sledovat stav klientova zahlenění a zdůrazňovali potřebu pravidelně hleny odsávat, neboť v opačném případě by mohlo dojít ke vzniku komplikací. V tomto směru se probandi shodují s tvrzením Vytejškové et al. (2015), kteří rovněž hovoří o všech těchto postupech při podávání enterální výživy přes nasogastrickou sondu a dále doplňují, že je při podávání výživy nutné zaujmout vhodnou polohu, aby nedošlo k aspiraci výživy a zapisovat veškerou péči o nasogastrickou sondu do dokumentace (Vytejšková et al., 2015). Většina probandů je s tímto tvrzením v souladu a někteří ještě doplnili tvrzení o názoru, že je potřeba

sledovat místo zavedení, jako například proband 1, který uvedl: „*Sledujeme, zda nevznikají dekubity, průchodnost sondy, po třech hodinách se musí sonda propláchnout čajem.*“

Jak už bylo zmíněno výše, někteří probandi se kromě nasogastrické sondy zmínili i o sondě nasojejunální. Zásadním zjištěním bylo, že probandi spatřují péči o nasogastrickou a nasojejunální sondu jako zcela shodnou. V tomto směru se odborná literatura s tvrzením probandů neshoduje. Například Grofová (2007) uvádí, že nasogastrická sonda se využívá pouze krátkodobě, protože při dlouhodobé aplikaci výživy přes nasogastrickou sondu hrozí větší riziko vzniku dekubitů. Dále dochází k omezení dýchání nosem a horší snášenlivosti sondy klientem. Při podávání stravy by měl být klient alespoň v sedě nebo v polosedě. Před podáním stravy by měl být odčerpán žaludeční obsah a až poté by měla být aplikována výživa. Po podání stravy by se měla nasogastrická sonda propláchnout čajem nebo převařenou vodou. Za nevhodné tekutiny můžeme naopak považovat například ovocné čaje, džusy nebo fyziologický roztok. Výživa by měla být podávána vždy po třech hodinách. Jako nejčastější aplikační režim se u nasogastrické sondy využívá bolusové podání výživy. Též všichni probandi uvedli, že nejvíce podávají stravu bolusově. Zde můžeme porovnat rozdíly v aplikačním režimu. U nasojejunální sondy nelze podat přípravek bolusově, protože střevo neumí zpracovat bolusové podání většího objemu výživného roztoku. Pokud bychom do střeva aplikovali větší množství výživy, mohli bychom klientovi způsobit nevolnost nebo vyvolat zvracení. Výživa podávaná přes nasojejunální sondu se může aplikovat pouze kontinuálně, tedy 24 hodin, anebo cyklicky, kdy je strava podávána pouze během dne s nočním klidem. Podává se za pomoci enterální pumpy a musí být vždy sterilní. Po podání výživy se sonda proplachuje nejčastěji aquou pro injectio. Pokud s výživou začínáme, volíme vždy nižší dávkování, např. 20 ml/h (Grofová, 2007).

Jednou z metod podávání enterální výživy je podávání výživy pomocí výživových stomií. Z odpovědí probandů lze vyvodit, že se, až na dva z nich, setkávají s výživovými stomiemi jen velmi zřídka. Výživové stomie se dělí na dva druhy – PEG a PEJ. Většina probandů se shodla v názoru, že je péče o PEG i PEJ velice podobná,

s čímž nesouhlasíme, neboť je naopak zcela odlišná. Podle Kohouta a Kotrlíkové (2009) je v prvních dvou týdnech po zavedení výživové stomie zapotřebí všimnout si možných změn v okolí sondy, jakými jsou např. zarudnutí, hnis, vytékání stravy apod. Pod přitlačnou destičku můžeme vložit sterilní čtverce. Při vytvoření vazivového kanálku kolem sondy provádíme péči dvakrát týdně. Pokud se vazivový kanálek nevytvoří, musíme pečovat o sondu každodenně. Místo vpichu kryjeme prodyšným obvazem a volný konec sondy lze ke kůži fixovat náplastí (Šachlová et al., 2012). Probandi 2 a 7 toto tvrzení dále doplnili o informaci, že se musí po každých dvou dnech pootočit kolíček o 360 stupňů a katétr se povytahuje nahoru a dolů. Katétr nesmí přirůst k břišní stěně, protože se zde musí vytvořit gastrostomický kanál. Pokud máme stomii přikrytou sterilním krytím, musíme ji dle potřeby převazovat. ČOS ČLS JEP (2016) doplňuje, že v rámci podávání stravy přes PEG můžeme využít bolusový nebo kontinuální aplikační režim. Stravu můžeme aplikovat 4 – 6 týdnů. Před každou bolusovou aplikací se nejdříve musí odsát žaludeční obsah a až poté se aplikuje výživa. Bolusy se aplikují v sedě nebo v polosedě, aby se zabránilo vzniku aspirace. Po aplikaci výživy by se měla sonda proplachovat hořkým čajem nebo vlažnou vodou (SZŠ a VOŠZ HK, 2016). Většina probandů se také shodla na bolusovém a kontinuálním podání výživy. Pokud aplikujeme výživu přes PEJ, využívá se nejčastěji intermitentní a kontinuální aplikační režim. U PEJ se aplikuje pouze sterilní výživa a po aplikaci stravy se sonda proplachuje fyziologickým roztokem nebo aquou pro injectio (SZŠ a VOŠZ HK, 2016). Tyto odborné postupy při péči o výživové stomie většina probandů, vyjma dva výše zmíněné, neznala a v případě nutnosti spoléhala na radu lékaře specialisty. Myslíme si, že by bylo vhodné, aby ošetřující personál tyto odborné informace znal.

Důležitým specifickým v rámci aplikace enterální výživy je i prevence a včasná monitorace hrozících komplikací. Probandi ve svých odpovědích jako nejčastější komplikace označili zvracení, ucpaní sondy/stomie, její vytržení, zahlenění nebo možnost vzniku infekce v okolí zavedení sondy/stomie. Naopak Grofová (2007) rozděluje komplikace na mechanické, metabolické a gastrointestinální. Do mechanických komplikací můžeme zařadit dislokaci nebo poškození sondy.

Metabolické komplikace se týkají nesprávného dávkování, infekce, průjmů nebo septického stavu a gastrointestinální komplikace zahrnují aspiraci, nauzeu, zvracení nebo bolesti břicha.

Třetím ze způsobů podávání výživy je metoda parenterální, která se na standardním oddělení interního typu využívá velice hojně. Na základě výsledků rozhovorů můžeme říci, že se parenterální výživa aplikuje nejčastěji přes periferní žilní katétr. Např. proband 2 vysvětlil: „*Pro parenterální výživu zpočátku volíme periferní žíly. Pokud mají klienti křehké žíly, tak výživu rovnou podáváme do centrální žíly.*“ Při aplikaci parenterální výživy je důležité sledovat celkový stav klienta. Pro probandy je důležité sledovat laboratorní hodnoty, stav žil, okolí kůže, záněty žil a hydrataci. Dále nesmíme opomenout ani péči o infuzní pumpu. Dle SZŠ a VOŠZ HK (2016) je také nutné sledovat klinická vyšetření, fyziologické funkce, bilanci tekutin, tělesnou hmotnost a laboratorní výsledky. Křemen a Kotrlíková (2007) s tvrzením probandů a SZŠ a VOŠZ HK (2016) také souhlasí a uvádí, že dobrý monitoring klienta včas indikuje možný nástup komplikací a dovoluje včasný zásah před jejich plným rozvojem. I parenterální výživa s sebou přináší možné komplikace. Jako nejčastější z nich probandi uvedli zánět žil nebo až úplné zničení žíly. Pokud mají pacienti zavedený centrální žilní katétr, může také vzniknout infekce v místě vstupu, hemotorax, vzduchová embolie nebo, při nesprávném zavedení katétru, dysrytmie. Křemen a Kotrlíková (2007) rozdělují komplikace na mechanické, které jsou spojené s punkcí periferní kanyly nebo kanylací centrální žíly, na komplikace způsobené uložením katétru v periferní či centrální žíle, na komplikace infekční, komplikace metabolické a orgánové. Výživa je aplikována pomocí infuzní nebo nutriční pumpy. V rámci podávání výživy je zde rozdíl v tom, je-li výživa podávána přes PŽK, nebo CŽK. PŽK se využívá pouze pro krátkodobou aplikaci výživy. Výhodou podávání výživy přes PŽK je hlavně snadný přístup do žilního systému, nižší počet katéetrových sepsí a komplikací s ní spojených. Pro parenterální výživu je vhodné volit velké žíly na předloktí nebo v loketní jamce. Do periferní žíly nesmí být podávány roztoky, které mají osmolalitu nad 1200 mosmol/l. Většinou se do výživy přidává heparin, a to 1 j. na 1 ml roztoku (Vytejčková et al., 2015).

Oproti tomu CŽK využíváme hlavně při dlouhodobé aplikaci parenterální výživy. Kanylaci centrální žíly indikuje a provádí vždy lékař za přísně sterilních podmínek. Většinou se ke kanylaci využívá Seldingerova metoda. Dnes se v rámci parenterální výživy nejvíce aplikuje strava pomocí systému all-in-one. Výživa je nejvíce aplikována kontinuálně nebo intermitentně (Kohout a Kotrlíková, 2009). S tímto tvrzením se shodují i odpovědi probandů, avšak dva z nich využívají jiný aplikační režim, a sice bolusové podání výživy.

Výše zmíněné odborné údaje týkající se péče o PŽK a CŽK, které jsou pro Vytečkovou et al. (2015) a Kohouta a Kotrlíkovou (2009) velice důležité, žádný z probandů nezmínil, přestože je znalost těchto odborných postupů při podávání výživy velice důležitá. Myslíme si proto, že by bylo vhodné pořádání pravidelných seminářů či školení pro sestry, aby si znalosti o péči rozšiřovaly, či případně alespoň připomínaly.

Z uskutečněných rozhovorů je zřejmé, že probandi mají povědomí o každé ze zmíněných problematik týkajících se podávání výživy imobilním pacientům na standardním oddělení interního typu. Jejich znalosti však mnohdy nejsou dostačující, neboť mnoho z důležitých faktorů v péči o výživu klienta tak, jak je uvádí odborná literatura, pouze nastínili či nezmínili vůbec.

6 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce s názvem „Péče o výživu imobilního klienta na standardním oddělení interního typu“ se zabývala problematikou péče o výživu u imobilního klienta na standardním oddělení interního typu, a to z pohledu všeobecných sester. Hlavním cílem bakalářské práce bylo zmapovat specifika ošetrovatelské péče v oblasti výživy imobilního klienta na standardním oddělení interního typu. V návaznosti na tento cíl byly stanoveny 3 výzkumné otázky. Výzkumné otázky byly zaměřeny na hodnocení nutričního stavu, dále na nejruznější možnosti aplikace výživy a nakonec i na zjištění specifík ošetrovatelské péče v oblasti výživy u imobilního klienta na standardním oddělení interního typu.

Zodpovězení těchto otázek přineslo řadu pozitivních i negativních poznatků. Mezi negativní poznatky patří neprofesionální odpovědi probandů týkající se péče o výživu a někdy i nedostatečná péče o výživu u imobilních klientů na standardním oddělení interního typu. Do pozitivních poznatků můžeme zařadit to, že probandi znají alespoň základní péči v oblasti enterální a parenterální výživy. Na základě výsledků můžeme dále říci, že většina probandů využívá nutriční screening, avšak některým z nich nutriční screening nevyhovuje a přijde jim nedostatečný. I přesto je však důležité, aby všechny všeobecné sestry využívaly k hodnocení nutričního stavu formulář pro hodnocení nutričního stavu a dle tohoto screeningu zjišťovaly problematiku týkající se výživy. Dále můžeme konstatovat, že je dodržena pouze základní péče při zavedení enterální i parenterální výživy. Specifika péče o enterální a parenterální výživu probandi neznají. Některé všeobecné sestry se snaží vykonávat ošetrovatelské postupy na profesionální úrovni, a některé méně.

Dle výsledků rozhovorů se všeobecné sestry nejčastěji setkávají s podáváním stravy per os. Pokud mají klienti problémy s polykáním stravy, tak se velice často aplikuje výživa za pomoci injekční stříkačky. Všeobecné sestry znají specifika péče o klienta při podávání výživy per os. Můžeme říci, že je při tomto způsobu podávání stravy poskytována dostačující ošetrovatelská péče. Pokud hovoříme o enterální výživě,

probandi se nejčastěji setkávají s nasogastrickou sondou; nasojejunální sonda a výživové stomie se na oddělení vyskytují pouze zřídka.

Z výsledků empirické části vyplývá, že probandi znají pouze základní ošetrovatelskou péči v rámci aplikace enterální výživy. To přináší do ošetrovatelské péče veliké negativum, jelikož se může zvýšit riziko vzniku komplikací, a také nastat situace, kdy není při podávání enterální výživy zajištěna kvalitní a odborná ošetrovatelská péče. Taktéž v rámci parenterální výživy bylo zjištěno, že probandi znají pouze základní ošetrovatelskou péči týkající se tohoto způsobu aplikace. O některých odborných informacích, které uvádí ošetrovatelská literatura, nemá většina probandů ani ponětí.

S ohledem na odhalení nedostatků ve znalostech všeobecných sester, které se v rámci péče o výživu imobilního klienta na standardním oddělení interního typu vyskytují, spatřujeme jako vhodné pořádání pravidelných seminářů či školení pro sestry, prostřednictvím kterých by si informace o zmíněné péči rozšiřovaly či alespoň připomínaly.

Výsledkem této práce je shrnutí specifík péče o výživu u imobilních klientů na standardním oddělení interního typu. Tato bakalářská práce je určena všeobecným sestrám a studentům nelékařských zdravotních oborů. Dále může sloužit také jako podklad pro další výzkumné šetření.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

BURDA, Patrik a Lenka ŠOLCOVÁ, 2015. *Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel*. 1. vyd. Praha: Grada. 228 s. ISBN 978-80-247-5333-1.

BRYCHTA, Jan, 2009-2010. *Sacharidy*. [online]. [cit. 2016-02-27]. Dostupné z: <http://www.aktin.cz/clanek/32-sacharidy>.

ČESKÁ ONKOLOGICKÁ SPOLEČNOST ČESKÉ LÉKAŘSKÉ SPOLEČNOSTI JANA EVANGELISTY PURKYNĚ, 2008. *Výživové sondy*. [online]. [cit. 2016-02-27]. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/doporuceni-pro-vyzivu-v-nemoci/vyzivove-sondy-1/>.

DASTYCH, Milan, 2012. *Enterální výživa v klinické praxi*. [online]. [cit. 2016-02-27]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2012/04/04.pdf>.

FIALA, Radovan et al., 2016. *Proleženiny*. Meditiorial. [online]. [cit. 2016-02-27]. Dostupné z: <http://www.hojeni-ran.cz/prolezeniny>.

FILAUSOVÁ, Drahomíra, 2002–2016. *Enterální výživa*. [online]. [cit. 2016-02-27]. Dostupné z: http://eamos.pf.jcu.cz/amos/kos/modules/low/kurz_text.php?id_kap=18&kod_kurzu=kos_392.

FREJ, David, 2006. *Dietní sestra: diety ve zdraví a nemoci*. 1. vyd. Praha: Triton. 309 s. ISBN 80-725-4537-X.

GITTLEMAN, A. L., J. TEMPLETON a W. C. VERSACE, 2008. *Výživa podle metabolických typů: revoluční stravovací program, který vám zaručí optimální tělesnou váhu a hojnost energie*. 1. vyd. Praha: Eminent. 181 s. ISBN 978-80-7281-372-8.

GROFOVÁ, Zuzana, 2007. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada. 248 s. ISBN 978-80-247-1868-2.

GULÁŠOVÁ, Ivica et al., 2014. Nedostatečná výživa seniorů a její zdravotní rizika. Bratislava: Urologická klinika s Centrom pre transplantácie obličiek. In: *Sestra*. Roč 2014, č 5. S 33. ISSN 1210-0404.

- HAINER, Vojtěch et al., 2011. *Základy klinické obezitologie*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. 464 s. ISBN 978-80-247-3252-7.
- HAUSER et al., 2016. *Treatment of Immobilization Syndrome*. [online]. [cit. 2016-02-27]. Dostupné z: <http://www.caringmedical.com/treatment/immobilization-syndrome/>.
- HELD, Lubomír, 2006. *Teória a prax výchovy k zdravej výžive v školách*. 1. vyd. Bratislava: Typi Universitatis Tyrnaviensis. 769 s. ISBN 80-808-2077-5.
- CHADIM, Vlastimil, 2016. *Sacharidy – základní informace a rozdělení*. [online]. [cit. 2016-02-27]. Dostupné z: <http://www.nutricoach.cz/sacharidy-zakladni-informace-a-rozdeleni--c24>.
- CHRPOVÁ, Diana, 2010. *S výživou zdravě po celý rok*. 1. vyd. Praha: Grada. 133 s. ISBN 978-80-247-2512-3.
- KALVACH, Zdeněk et al., 2004. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
- KASPER, Heinrich, 2015. *Výživa v medicíně a dietetika*. 1. české vyd. Praha: Grada. 555 s. ISBN 978-80-247-4533-6.
- KELNAROVÁ, Jarmila et al., 2009. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy*. 1. vyd. Praha: Grada. 236 s. ISBN 978-80-247-3106-3.
- KHOLOVÁ, Petra, 2012. Parenterální výživa. In: *Florence*. Roč. 2012, č.3. S 36-37. ISSN 1801-464X.
- KOHOUT, Pavel, 2010. *Potraviny - součást zdravého životního stylu*. 1. Vyd. Olomouc: Solen. 106 s. ISBN 978-80-87327-39-5.
- KOHOUT, Pavel a Eva KOTRLÍKOVÁ, 2009. *Základy klinické výživy*. 1. vyd. Praha: Forsapi. 112 s. ISBN 978-80-87250-05-1.
- KRÁLOVÁ, Věra, 2010. *Zásady zdravé výživy*. [online]. [cit. 2016-02-27]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-pacientske-listy/zasady-zdrave-vyzivy-449464>.

- KŘEMEN, Jaromír a Eva KOTRLÍKOVÁ, 2007. *Parenterální výživa*. [online]. [cit. 2016-02-27]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/parenteralni-vyziva-319054>.
- KUNOVÁ, Václava, 2011. *Zdravá výživa*. 2. přeprac. vyd. Praha: Grada. 140 s. ISBN 978-80-247-3433-0.
- MERKUNOVÁ, Alena a Miroslav OREL, 2008. *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. 1. vyd. Praha: Grada. 302 s. ISBN 978-80-247-1521-6.
- MLÝNKOVÁ, Jana, 2010. *Pečovatelství: učebnice pro obor sociální péče – pečovatelská činnost*. 1. vyd. Praha: Grada. 276 s. ISBN 978-80-247-3184-1.
- MOUREK, J., M. VELEMÍNSKÝ a M. ZEMAN, 2013. *Fyziologie, biochemie a metabolismus pro nutriční terapii*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. 1. vyd. 99 s. ISBN 978-80-7394-438-4.
- NÉMETH, František, 2009. *Geriatra a geriatrické ošetrovatelství*. 1. vyd. Martin: Osveta. 193 s. ISBN 978-808-0633-141.
- NEVORAL, Jiří, 2013. *Praktická pediatriká gastroenterologie, hepatologie a výživa*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta. 677 s. ISBN 978-80-204-2863-9.
- PAPEŽOVÁ, Hana et al., 2010. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. 1. vyd. Praha. 432 s. ISBN 978-80-247-2425-6.
- PEJZOCHOVÁ, Irena, 2010. *Lokální ošetřování ran a defektů na kůži*. 1. vyd. Praha: Grada. 74 s. ISBN 978-80-247-2682-3.
- POLEDNE, Rudolf et al., 2013. *PYRAMIDA FZV*. [online]. [cit. 2016-02-27]. Dostupné z: <http://www.fzv.cz/pyramida-fzv/>.
- POLEDNÍKOVÁ, Lubica et al., 2006. *Geriatrické a gerontologické ošetrovatelství*. 1. vyd. Martin: Osveta. 216 s. ISBN 80-806-3208-1.
- SCHULER, Matthias a Peter OSTER, 2010. *Geriatraie od A do Z pro sestry*. 1. české vyd. Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4.

- SLEZÁKOVÁ, Lenka et al., 2007. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty*. 1. vyd. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-1775-3.
- SMOLIN, Lori A. a Mary B. GROSVENOR, 2005. *Basic nutrition*. 3 vyd. Philadelphia: Chelsea House. 190 p. ISBN 07-910-8015-3.
- STRANOVSKÁ, Tamara a Eva CHOCENSKÁ, 2006. *Nutriční terapie*. 1. vyd. Praha: Galén. 39 s. ISBN 80-726-2387-7.
- STRÁNSKÝ, Miroslav a Pavel KOHOUT, 2011. *Referenční hodnoty pro příjem živin*. 1. vyd. Praha: Společnost pro výživu. 192 s. ISBN 978-802-5469-873.
- STRÁNSKÝ, Miroslav a Lydie RYŠAVÁ, 2010. *Fyziologie a patofyziologie výživy*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. 182 s. ISBN 978-80-7394-241-0.
- SVAČINA, Štěpán a Lydie RYŠAVÁ, 2008. *Klinická dietologie: obecná část*. 1. vyd. Praha: Grada. 381 s. ISBN 978-80-247-2256-6.
- ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ, 2006. *Interní ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada. 284 s. ISBN 80-247-1148-6.
- ŠACHLOVÁ, Ivana et al., 2012. *Péče o pacienta se sondou*. [online]. [cit. 2016-02-27]. Dostupné z: <http://www.vyzivavnemoci.cz>.
- ŠAMÁNKOVÁ, Marie, 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada. 134 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
- ŠVÁB, Jan, 2008. *Chirurgie vyššího věku*. 1. vyd. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-2604-5.
- TOMAGOVÁ, Martina a Ivana BÓRIKOVÁ, 2008. *Potřeby v ošetrovatelství: diety ve zdraví a nemoci*. 1. vyd. Martin: Osveta. 196 s. ISBN 978-808-0632-700.
- TRACHTOVÁ, E., G. TREJTNAROVÁ a D. MASTILIAKOVÁ, 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vyd. Brno: NCO NZO. 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.

- VORLÍČEK, J., J. ABRAHÁMOVÁ a H. VORLÍČKOVÁ, 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. 450 s. ISBN 978-80-247-3742-3.
- VOŠ zdravotnická a SZŠ, Hradec Králové, 2016. *Enterální výživa*. [online]. [cit. 2016-02-27]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/terapie.aspx?tid=107>.
- VOŠ zdravotnická a SZŠ, Hradec Králové, 2016. *Hodnocení nutričního stavu*. [online]. [cit. 2016-02-27]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/media/p5818.pdf>.
- VRUBLOVÁ, Yveta, 2011. *Ošetrovatelská péče v interních oborech*. [online]. [cit. 2016-02-27]. Dostupné z: http://www.uzs.tul.cz/data/studijni_opory/oi1_vrublova.pdf.
- VYTEJČKOVÁ, Renata et al., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. 1. vyd. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-3419-4.
- VYTEJČKOVÁ, Renata et al., 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. 1. vyd. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-3420-0.
- VYTEJČKOVÁ, Renata et al., 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: speciální část*. 1. vyd. Praha: Grada. 308 s. ISBN 978-80-247-3421-7.
- ZADÁK, Zdeněk, 2008. *Výživa v intenzivní péči*. 2. rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada. 542 s. ISBN 978-80-247-2844-5.

8 PŘÍLOHY

Příloha 1 – Polostrukturovaný rozhovor vlastní konstrukce pro sestry

PODKLAD PRO ROZHOVOR

A) Identifikační údaje

Věk:

Pohlaví:

Vzdělání: Jaké máte vzdělání?

Jak dlouho pracujete na interním oddělení?

A) Obecné otázky

Jakým způsobem hodnotíte nutriční stav u imobilního klienta na Vašem oddělení?

Co všechno sledujete u imobilního klienta v rámci hodnocení nutričního stavu?

Jak postupujete v případě zjištění patologického stavu v nutriční anamnéze?

Jakými všemi možnými způsoby podáváte výživu imobilním klientům na Vašem oddělení?

B) Podávání stravy per os

Pokud podáváte stravu per os u imobilních klientů, hodnotíte a sledujete stav polykacích schopností?

Pokud ano jakým způsobem hodnotíte stav polykacích schopností?

Kdo je na Vašem oddělení zodpovědný za podávání stravy per os imobilním klientům?

Jakou provádíte přípravu u imobilních klientů před podáváním stravy per os?

Co všechno je pro Vás důležité sledovat při podávání stravy per os u imobilního klienta na Vašem oddělení?

C) Enterální výživa

Jakými všemi možnými způsoby podáváte enterální výživu imobilním klientům?

Kdo je na Vašem oddělení zodpovědný za podávání enterální výživy?

Co je podle Vás důležité sledovat u imobilních klientů se zavedenou enterální výživou?

Myslíte si, že při podávání enterální výživy u imobilních klientů mohou vzniknout nějaké komplikace?

Jaká je specifická péče o nasogastrickou sondu?

Jaká je specifická péče o nasojejunální sondu?

Jaká je specifická péče o PEG?

Jaká je specifická péče o PEJ?

Využíváte na Vašem oddělení metodu sipping?

Jaké nejčastější přípravky enterální výživy podáváte na Vaše oddělení?

Jaké nejčastější aplikační režimy enterální výživy používáte u imobilních klientů na Vašem oddělení?

D) Parenterální výživa

Jakými způsoby podáváte na Vašem oddělení parenterální výživu u imobilních klientů?

Kdo je zodpovědný za podávání parenterální výživy?

Co je podle Vás důležité sledovat u imobilních klientů se zavedenou parenterální výživou?

Myslíte si, že při podávání parenterální výživy u imobilních klientů mohou vzniknout nějaké komplikace?

Jaké nejčastější přípravky parenterální výživy podáváte na Vašem oddělení?

Jaké nejčastější aplikační režimy parenterální výživy používáte u imobilních klientů na Vašem oddělení?