

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2014

Klára Homolková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Klára Homolková

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

EDUKACE KLIENTŮ S ENTERÁLNÍ VÝŽIVOU

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Romana Freiová

PLZEŇ 2014

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 3. 2014

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Romaně Freiové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. A dále děkuji všeobecným sestřím za vyplnění mého dotazníku.

Anotace

Příjmení a jméno: Homolková Klára

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Edukace klientů s enterální výživou

Vedoucí práce: Mgr. Romana Freiová

Počet stran – číslované: 61

Počet stran – nečíslované: 27

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 27

Klíčová slova: Edukace - nazogastrická sonda - perkutánní endoskopická gastrostomie - enterální výživa - ošetrovatelská péče

Souhrn:

Bakalářská práce zkoumá úroveň znalostí všeobecných sester v oblasti enterální výživy. V teoretické části jsou shrnuty základní informace o enterální výživě, způsoby podávání, indikace, kontraindikace a v dalších kapitolách jsou informace o ošetrovatelské péči pacientů. V neposlední řadě se také práce zabývá edukací pacientů v této oblasti. Výzkumná část zjišťuje souvislost teoretických znalostí v oblasti enterální výživy s délkou praxe a s dosaženou výší vzdělání všeobecných sester.

Annotation

Surname and name: Homolková Klára

Department: Faculty of Nursing and Obstetrics Assistance

Title of thesis: Education of patients with enteral nutrition

Consultant: Mgr. Romana Freiová

Number of pages – numbered: 61

Number of pages – unnumbered: 27

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 27

Keywords: Education - nasogastric tube - percutaneous endoscopic gastronomy - enteral nutrition - nursing care

Summary:

The bachelor thesis examines the level of knowledge of nurses in the study of enteral nutrition. In the theoretical section there is a basic summary of information about enteral nutrition, the way it is implicated, indication, contraindication, and in the other chapters there is information about nursing care. In addition, the thesis also looks at the education of patients in this area. The research section deals with the connection between theoretical knowledge in the study of enteral nutrition, the length of work experience and the level of the nurses educational achievements.

OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 LÉČEBNÁ VÝŽIVA.....	10
1.1 Malnutrice	10
2 ENTERÁLNÍ VÝŽIVA.....	12
2.1 Výhody enterální výživy.....	12
2.2 Indikace enterální výživy.....	12
2.3 Kontraindikace enterální výživy	13
2.4 Komplikace enterální výživy	14
2.4.1 Mechanické komplikace	14
2.4.2 Metabolické komplikace.....	14
2.4.3 Klinické komplikace.....	14
2.5 Technika enterální výživy.....	15
2.6 Bezpečnostní pravidla pro podávání enterální výživy	16
2.7 Cesty podání enterální výživy.....	16
2.7.1 Sipping.....	16
2.7.2 Výživa nazogastrickou sondou.....	17
2.7.3 Výživa gastrostomií či jejunostomií	18
2.8 Způsob podání enterální výživy.....	18
2.9 Metody aplikace enterální výživy	19
2.10 Složení enterální výživy	19
2.11 Vlákna	20
2.12 Modifikované přípravky pro enterální výživu	20
2.13 Léky upravující střevní flóru.....	20
2.14 Přípravky na zvýšení chuti k jídlu.....	21
2.15 Přípravky určené pro sipping	21
2.15.1 Druhy přípravků	22
2.16 Domácí enterální výživa.....	23
2.17 Sledování a kontrola pacienta	23
3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S ENTERÁLNÍ VÝŽIVOU	24
3.1 Příprava nemocného před zavedením perkutánní endoskopické gastrostomie.....	24
3.2 Péče o nemocného po zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie.....	25
3.3 Péče o pacienta po zavedení nazogastrické sondy	25
3.4 Péče o pacienta před aplikací výživy do nazogastrické sondy	26
4 EDUKACE	27

4.1	Vymezení základních pojmů v edukaci	27
4.2	Fáze edukačního procesu	28
4.3	Zásady správné edukace	28
4.4	Edukace pacientů o enterální výživě	28
4.4.1	Edukace pacienta o převazu perkutánní endoskopické gastrostomie	29
4.4.2	Edukace pacienta o podávání stravy do perkutánní endoskopické gastrostomie	29
	PRAKTICKÁ ČÁST	30
5	FORMULACE PROBLÉMU	30
6	CÍL VÝZKUMU	31
7	METODOLOGIE	32
8	ANALÝZA ÚDAJŮ	33
9	PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	64
10	DISKUZE	66
	ZÁVĚR	69
	LITERATURA A PRAMENY	70
	SEZNAM ZKRATEK	74
	SEZNAM TABULEK	76
	SEZNAM GRAFŮ	79
	SEZNAM OBRÁZKŮ	80
	SEZNAM PŘÍLOH	81

ÚVOD

Výživa je jednou ze základních fyziologických potřeb člověka, a proto je také hlavní součástí Maslowovy hierarchie potřeb. Je to jedna z nejdůležitějších potřeb, která se musí uspokojovat proto, aby člověk mohl žít. Pokud není uspokojena, nemůžou se budovat žádné jiné vyšší potřeby. Výživa nepatří pouze do fyzické stránky člověka, ale zasahuje i do jeho psychiky, čímž ovlivňuje jeho pozitivní emoce a přispívá tak ke spokojenosti každého jedince.

Výživa by měla být jedním ze základních úkolů v ošetrovatelství. U pacientů v těžkém stádiu malnutrice nebo mentální anorexie atd., je nutné zahájení enterální nebo parenterální výživy. U jiných pacientů, kteří tolerují běžnou stravu, není péče o výživu tak nutná, jako u těchto nemocných (20, str. 5).

Pokud dojde k zahájení enterální výživy, měli bychom mimo jiné myslet i na to, jak se asi pacient cítí. Myslím, že pro nikoho z nás by určitě nebyl příjemný pohled na „čouhající hadičku“ z nosu nebo třeba ven skrz stěnu břišní. V praxi jsem se setkala s tím, že mnoho pacientů se zavedenou sondou, bylo vystrašených a bálo se, že už se nikdy nevrátí ke svému běžnému životu. Říká se, že pokud je člověk v psychické pohodě, zlepšuje se i jeho zdravotní stav, proto bychom tuto myšlenku neměli opomíjet.

Také je samozřejmě nutná kontrola a sledování enterální výživy a ošetrovatelská péče o sondu, ale důležitá je i správná edukace pacienta a psychická podpora pacienta i jeho rodiny.

Problematika týkající se výživy pacientů je v dnešní době hodně probírána a znalosti a zvyklosti všeobecných sester by se mohly v některých případech lišit. Mělo by docházet ke správné a efektivní edukaci pacientů a k tomu jsou potřebné určité teoretické znalosti, na které jsem se zaměřila v souvislosti se vzděláním a délkou odborné praxe všeobecných sester.

TEORETICKÁ ČÁST

1 LÉČEBNÁ VÝŽIVA

V nemocnicích se výživa pacientů stává součástí léčebného režimu, a proto mluvíme o výživě léčebné. Podle stavu pacienta a typu onemocnění, lékař předepisuje vhodnou výživu. Na přípravu stravy dohlížejí nutriční terapeuti, kteří mimo jiné dohlížejí na správnou skladbu jídelníčků (21, str. 317).

Základním kritériem pro volbu enterální výživy je funkčnost trávicího systému. Pokud je trávicí systém nefunkční, zahajuje se výživa parenterální. Enterální výživa zahrnuje veškeré množství energetických suplementů, a proto je důležité ji zahájit při malnutrici nebo u pacientů s hrozící malnutricí (20, str. 6).

1.1 Malnutrice

Malnutrice (podvýživa) je stav vzniklý nedostatečným příjmem živin, neschopností vstřebávat živiny při onemocnění trávicího traktu nebo nadměrným odbouráváním tělesných zásob, například při nádorovém onemocnění. Malnutrice, ale také může být naopak z nadměrného příjmu živin, tzv. obezita.

Rozdělujeme dva typy malnutrice. *Energetická malnutrice* neboli marasmus, což je typ podvýživy, kterou provází nedostatečný přívod energie. Nemocný bývá pohublý díky úbytku podkožního tuku, ale bílkovin v krvi je dostatek a imunita je v normě. Druhým typem je takzvaná (tzv.) *proteinová malnutrice* neboli kwashiorkor. Nemocný mává časté otoky, kvůli postižené obranyschopnosti organismu a v krvi je nedostatek bílkovin, způsobený tzv. stresovým hladověním. Bílkovinou malnutricí často provází i malnutrice energetická. Tímto se rozvíjejí komplikace jako špatné hojení ran, rozvoj dekubitů a vznik infekcí. Tato podvýživa může postihnout i obézního člověka.

V nemocnici se s podvýživou můžeme běžně setkat, proto je potřeba po ni pátrat a včasné zahájit výživu umělou (8, str. 191 - 192). První reakcí na klinický znak podvýživy, ať už kvůli kachexii nebo hladovění, by mělo být adekvátní zvýšení nutričního příjmu (24, str. 19). Podvýživu lze posoudit vážením klienta, měřením podkožního tuku a

vyšetřováním krevních bílkovin. Řada osob v energetické malnutrici má snížený Body Mass Index (BMI) pod hranici normy. V případě úrazu nebo infekce může dojít k rozvoji proteinové malnutrice a k ohrožení života. Příznakem závažnosti stavu mohou být otoky (8, str. 191 - 192).

2 ENTERÁLNÍ VÝŽIVA

Enterální výživa (EV) je chápána podáváním farmaceuticky připravených roztoků do trávicího traktu. V užším slova smyslu se tím rozumí podávání farmaceutických nutričních přípravků do tenkého střeva pomocí, nazogastrické a nazojejunální sondy, dále pomocí perkutánní endoskopické gastrostomie (PEG) či jejunostomie (PEJ), (1, str. 45).

Perorální cesta výživy je přirozeným způsobem aplikace. Její největší výhodou je ochrana imunitních i bariérových střevních funkcí, což je příčinou vlivu EV na snížení pooperačních komplikací. Toto je významné, pokud se zahájí do 24 hodin po operaci. EV se obvykle pokryje 50 - 70 % energetických potřeb pacienta. Je velmi nutné její sledování, úpravy množství a rychlosti jejího podání. Přehlížení nebo nedokonalosti by mohly vést k selhání (2, str. 127 - 128). Mohlo by dojít k realimentačnímu syndromu, tzv. refeeding syndrom, který se vyskytuje u pacientů s podvýživou (7, str. 317). Organismus není schopen zpracovat velké množství nabízených substrátů, a proto dochází k rozvoji urémie a hypertonické dehydrataci (9, str. 52).

2.1 Výhody enterální výživy

Výhodou EV je přívod živin přirozenou cestou, která stimuluje střevní motilitu. Slouží k prevenci vzniku atrofie sliznice a peptického vředu. Další výhodou je zmenšení rizika vzniku sepse, zlepšení hojení ran, zkracuje dobu hospitalizace, uspokojuje nutriční požadavky, stimuluje tvorbu gastrointestinálních hormonů a je levnější metodou než výživa parenterální. Také oproti totální parenterální výživě je výskyt komplikací nižší (3, str. 42). Výhodou perorálních nutričních přípravků (sippingu) je rychlá dostupnost k okamžitému použití, dobrá vstřebatelnost, může se využívat i u postižení DÚ a chrupu, obsahuje všechny potřebné živiny, které jsou přesně stanoveny (22).

2.2 Indikace enterální výživy

EV je indikována u pacientů při hrozící malnutrici, jejichž trávicí trakt je funkční. Indikace můžeme rozdělit na gastroenterologické, neurologické, stomatologické,

otorinolaryngologické, onkologické, gerontologické, psychiatrické, akutní stavy, pediatrické a další (3, str. 42 - 44). Ke *gastroenterologickým indikacím* patří patologické stavy v oblasti dutiny ústní (DÚ), hltanu, hrtanu, jícnu i žaludku (nádory, záněty, pankreatitida, syndrom krátkého střeva, Ogilvieho syndrom a tak dále (atd.)), (4, str. 46-47). K *neurologickým indikacím* patří poruchy polykacího aktu, stav po centrální mozkové příhodě (CMP), některé stavy po kardiopulmonální resuscitaci (KPR), amyotrofická laterální skleróza (ALS), tumor mozku nebo míchy, obstrukční hydrocefalus, dětská mozková obrna (DMO), Alzheimerova choroba, senilní demence, Parkinsonova nemoc, epilepsie. Ke *stomatologickým indikacím* můžeme zahrnout frakturu čelisti, tumory jazyka a dutiny ústní, ztrátové poranění obličeje. K *otorinolaryngologickým indikacím* patří tumory faryngu, tumory laryngu a Kiliánova ústí, tumory štítné žlázy, stavy po ozáření krku. K *onkologickým indikacím* se zahrnují nádory trávicí trubice a nádorová kachexie. *Gerontologické indikace* jsou demence, stavy po CMP. *Psychiatrické indikace* mohou být mentální anorexie, těžké depresivní stavy, těžké případy schizofrenie, autismus. K *akutním indikacím* patří polytraumata, poranění hlavy a krku s poškozením mozku či míchy, stavy po KPR, septický šok, popáleniny. K *pediatrickým indikacím* se zahrnují DMO, cystická fibróza a *dalšími indikacemi* mohou být chronická respirační insuficience, kardiální kachexie nebo Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) s malnutricí (3, str. 42 - 44).

2.3 Kontraindikace enterální výživy

Kontraindikace můžeme rozdělit na absolutní a relativní. V akutní fázi onemocnění, v průběhu operace nebo po ní, není indikována žádná forma umělé výživy. Je nutné stabilizovat zdravotní stav pacienta, aby byl organismus schopen přijímat živiny. Proto je při šokovém stavu kontraindikována jakákoliv forma výživy. Například (např.) při těžké hypoxii nebo acidóze.

Absolutní kontraindikací enterální výživy jsou náhlé příhody břišní (NPB), akutní krvácení do gastrointestinálního traktu (GIT) nebo mechanický ileus.

Relativními kontraindikacemi jsou akutní pankreatitida, paralytický ileus, žaludeční atonie nebo zvracení. V těchto případech je EV podávána jen v minimálním množství k výživě střevních buněk. Nevhodné je také podávat EV při průjmech nebo u enterokutánních píštělí se sekrecí (3, str. 44 - 45).

2.4 Komplikace enterální výživy

Komplikace EV můžeme rozdělit do tří skupin – metabolické, mechanické a klinické.

2.4.1 Mechanické komplikace

Mechanické komplikace, někdy označené jako sondové, vznikají realizací EV. Do této skupiny řadíme nemožnost zavedení nebo komplikace vznikající ze zavádění sondy (krvácení, poranění sliznice, perforace) nebo gastrostomie (infekce, poruchy hojení rány, dále také krvácení, perforace a tak dále (atd.)). K problémům zavedené sondy řadíme ucpání nebo extrakci u pacientů při neklidu. Mechanickým tlakem také mohou vzniknout dekubity, nekrózy, ulcerace nebo krvácení sliznice. Objevit se také může zánět kůže nebo obtékání kolem gastrostomie.

2.4.2 Metabolické komplikace

Mezi metabolické komplikace řadíme poruchy vodního a minerálního hospodářství, hyperglykémii, hypoglykémii. Méně častými jsou refeeding a dumping syndrom.

Dumping syndrom je označení pro soubor potíží vzniklých rychlým přesunem nezpracovaného obsahu žaludku do tenkého střeva. Nejčastěji se objevují u pacientů po chirurgických výkonech žaludku, které poškozují funkci pylorického svěrače. Prevencí je kontinuální podávání stravy.

Refeeding syndrom je pozorován u malnutričních nemocných. Organismus není schopen zpracovat velké množství nabízených substrátů. Prevencí je postupné zatěžování organismu v rámci realimentace (9, str. 51 - 52).

2.4.3 Klinické komplikace

Nejčastější klinickou komplikací je *průjem*. V mnoha případech nelze rozhodnout, zdali je průjem důsledkem enterální výživy. Vysoké incidenci průjmu lze z části předcházet. Průjem lze charakterizovat třemi a více stolicemi za den s vodnatou konzistencí. Při hodnocení průjmu je vždy zapotřebí hodnotit konzistenci, objem i frekvenci stolice. Rizikovými faktory průjmu při EV jsou medikace, rychlost podání a

složení EV, malnutrice, gastrointestinální choroby a infekce nebo střevní dysmikrobie. Mezi léky, které často způsobují průjem, řadíme antibiotika (ATB). ATB vedou ke změně střevní flóry, které mění živiny na plyn a krátké mastné kyseliny a dále zvyšují motorickou aktivitu střeva (7, str. 308 - 309).

Kontaminace přípravku je poměrně častou příčinou nežádoucích projevů. Zdrojem mikrobů ve formulích připravených instantně jsou ruce personálu. Nejčastěji jsou kontaminovány nozokomiálními organismy, které jsou běžně přítomny ve zdravotnických zařízeních (7, str. 311 - 312). *Aspirace* je jedna z nejzávažnějších a život ohrožujících komplikací. Aspirace znamená proniknutí přípravku EV do plic. Důsledkem je kašel, dušení, infekce až respirační selhání a asfyxie. Závažnost aspirace závisí na množství aspirovaného objemu. Dalším rizikovým faktorem je *horizontální poloha* nemocných, při které dochází k pronikání žaludečního sekretu podél sondy až do dýchacích cest. Pro prevenci aspirace je důležité sledování tekutiny v žaludku. Zbytkový objem kolem 50 ml se pokládá za přijatelný (7, str. 312 - 313).

2.5 Technika enterální výživy

Pro podání enterální výživy je nutné vybrat správnou techniku, proto musíme brát v úvahu více faktorů. Musí být vhodně zvolena cesta a místo zavedení (nazogastrická sonda - NGS, nazojejunální sonda - NJS, perkutánní endoskopická gastrostomie - PEG, perkutánní endoskopická jejunostomie - PEJ). Zajištěna musí být správná rychlost přívodu EV. Vitální funkce pacienta by měli být v normě, přiměřené k věku a přidruženému onemocnění. Měli bychom zjistit věk, spolupráci a pohyblivost nemocného. Dále zvolit vhodný typ enterální formule, stav vyprazdňování žaludku a rozvrhnout potřebu proteinů a energie.

Veškeré zařízení, jako jsou enterální sondy, přívodní soupravy a kontejnery, musí být vybíráno podle určitých kritérií. Většina výrobců dodává již kompletně do sebe zapadající systémy (7, str. 293).

2.6 Bezpečnostní pravidla pro podávání enterální výživy

U pacientů s poruchami GIT, s poruchou pasáže nebo se sníženou rezistencí proti infekcím je zahájení enterální výživy nutné. Ohroženi jsou pacienti při léčbě ATB, onkologicky nemocní, nemocní s popáleninami a polytraumaty. Rychlost přívodu živin musí být v těchto případech pečlivě dodržována.

Ke zmenšení rizika vzniku infekcí u pacientů s nižší imunitou, musí být všechny potřebné pomůcky použity jen u jednoho nemocného a bez resterilizace. Sety je doporučeno měnit každých 24 hodin. Rezervoáry mohou být použity jen jednou. Enterální přípravek nesmí být používán déle, než je doporučeno výrobcem, nesmí být kontaminován a sondy se musí pravidelně proplachovat (7, str. 303).

2.7 Cesty podání enterální výživy

Enterální výživu je možno podávat do různých částí zažívacího traktu, v různých režimech. Při způsobu podání se musí zohlednit indikace, předpokládaná délka aplikace, celkový stav nemocného a jeho prognóza.

2.7.1 Sipping

Sipping je nejjednodušší způsob aplikace EV, tzv. popíjením. Jako jediný stimuluje sekreci slin a tím zabraňuje hnisavému zánětu slinných žláz. Je často používán jen jako doplňková forma výživy, k standardně podávané dietě. Jen v omezených indikacích se může použít jako plná enterální výživa (4, str. 47 - 48).

Při doplňkové formě se podává 2x denně mezi jídly a pokud je sipping jediná forma výživy, podává se 5 - 7 lahvíček denně (14, str. 36).

Přípravky pro sipping jsou dostupné v nepřeberném množství od chuťově neutrálních po různé ovocné či kávové příchutě, v mléčném provedení i v provedení juice. Mají své využití i jako přísada do omáček, kaší apod. Dodávané jsou v různých velikých balení od 125 ml do 300 ml. Některé řady mají upravené složení se zaměřením na podporu léčby ran nebo pro diabetiky (9, str. 57). Někteří pacienti rádi využívají pudinkovou formu sippingu.

2.7.2 Výživa nazogastrickou sondou

NGS je používána v případě krátkodobé nebo doplňkové výživy. U předčasně narozených dětí se používá orogastrická sonda, protože NGS brání dýchání nosem, které je u dětí obligátní. Často se používá i u pacientů s maxilofaciálním traumatem (7, str. 293).

Sondy zavádíme nejčastěji přes nos. Umožňují podání do žaludku (NGS), duodena (NDS) a do proximální části jejunu za Treitzovu řasu (NJS). Nazogastrická sonda se zavádí do hloubky 50-60 cm. Šířka sondy se pohybuje v rozmezí 12 - 18 Charriere (Ch), (1 Ch = 0,33 mm) a její délka je 60 - 80 cm. Pro intenzivní péči je výhodnější zavedení NDS nebo NJS. Výhodná je NJS, protože v oblasti za Treitzovou řasou nejsou antiperistaltické pohyby. Tyto sondy jsou široké 8 - 10 Ch a dlouhé 110 cm pro aplikaci do duodena a pro aplikaci do jejunu jsou dlouhé 130 cm. Komplikovanější je však jejich zavedení. Nejjednodušší cestou je tzv. zaplavení sondy ze žaludku na určitou pozici nebo pod rentgenovou (RTG) či endoskopickou kontrolou. Tenké sondy jsou komfortnější pro pacienta, mohou se použít i v domácím prostředí a nevyklučují současnou perorální výživu. K dispozici jsou i sondy se dvěma až třemi lumeny, umožňující podávat výživu do jejunu a současně odsávat žaludeční obsah (freka). Nevýhodou je bohužel jejich vysoká cena. Sondy jsou většinou vyrobené z polyvinylchloridu (PVC), polyuretanu nebo silikonu. Nevýhodou PVC je kontakt s kyselým prostředím, ve kterém se stává křehčím a tvrdším. Proto jejich zavedení je využitelné pouze na dva týdny. Polyuretanové sondy můžeme ponechat až tři měsíce. Silikonové sondy jsou výhodnější, protože minimálně traumatizují sliznici, ale často kolabují při zpětné aspiraci (4, str. 48 - 49).

Pozici enterální sondy můžeme zjistit pomocí podání malého množství vzduchu, Janettovou stříkačkou do sondy a poslechem v oblasti žaludku nebo odsátím malého množství sekretu (7, str. 297 - 298). Zkontrolovat umístění sondy, lze také pomocí indikačních papírků pH. PH nižší než 5,5 označuje umístění v žaludku a pH 6 - 8 označuje umístění v tenkém střevě (23). Nejpresnější je však kontrola pod RTG nebo skiaskopií. Technika zabezpečení NGS je u neklidných pacientů velmi obtížná. U nemocného s teplotami, může dojít k odlepení fixačních náplastí a u neklidných, zmatených pacientů může dojít k vytažení a k následné dislokaci do nesprávného místa (7, str. 297 - 298).

2.7.3 Výživa gastrostomií či jejunostomií

Gastrostomie a jejunostomie se využívá k dlouhodobému podávání enterální výživy. Tyto vstupy lze zajistit i méně invazivně, pak hovoříme o tzv. PEGu či PEJu. Perkutánní jejunostomii preferujeme po operačních výkonech a při vysokém riziku regurgitace stravy a aspirace. PEG byla poprvé popsána v roce 1980. Zavádí se při gastrofibroskopii. Sety jsou dlouhé 40 cm a v průměru mají 12 - 14 Ch. Při endoskopické kontrole je vyhledáno místo pro punkci žaludku. Po lokální anestezii se provede incize a zavede se punkční jehla tzv. Pull technika – zavedení vlákna, které je extrahováno dutinou ústní ven. Na vlákno je navázán gastrostomický katétr, který je vytažen žaludkem před břišní stěnu. Zvláštním druhem PEGu je tzv. button – výživový knoflík. Používá se krátký set, na jejímž konci je knoflík na úrovni břišní stěny. Je vhodný pro domácí enterální výživu. Zavádí se kanálem po gastrostomii, která je provedena laparoskopicky, což je miniinvazivní zákrok. Pro katétr je vytvořen speciální kanál, pomocí stapleru nebo je vnořen do žaludku. Klasický způsob pro vytvoření gastrostomie je otevření dutiny břišní laparotomií. Katétr o průměru 20 - 24 Ch je fixován dvěma tabáčkovými stehy nebo je vyveden seromuskulárním kanálem. Zevní konec katétru se vyvádí přes stěnu břišní a je fixován stehy. U pacientů, kteří podstupují větší operační výkon na GIT, je vhodné založení jejunostomie, protože v oblasti jejunu dochází rychleji k obnově peristaltiky. K provedení PEJ jsou používány sondy o délce 90 cm a šířce 6 - 8 Ch. Po zavedení do žaludku je konec sondy umístěn na optimální místo v jejunu. Dále se vyvedení a fixace sondy provádí jako u PEGu (4, str. 49 - 50).

2.8 Způsob podání enterální výživy

Podávání EV je prováděno ve 4 různých režimech. Vždy začínáme nízkou dávkou přípravku – 20 ml/hod kontinuálně nebo 50 ml bolusově. Při toleranci je dávka zvýšena až na úroveň nutriční podpory. *Bolusové podávání* se může aplikovat do NGS nebo PEG. Výhodou je, že se nemusí používat sety ani pumpa. Nejčastěji se aplikuje 200 - 300 ml po 3 hodinách s noční pauzou. Před každým podáním se kontroluje reziduum žaludečního obsahu. Pokud je v žaludku stagnace více jak 50 ml, dávku nepodáváme a lékař ordinuje například prokinetika, což jsou léky podporující větší peristaltickou aktivitu. *Kontinuální podávání* se podává do žaludku, duodena nebo jejunu, pomocí enterální pumpy nebo gravitačního setu. Přípravek se aplikuje trvale gravitačním setem nebo enterální pumpou, někdy s noční pauzou 4-6 hodin. *Kontinuální noční podávání* je režim, který se používá

pro domácí enterální výživu, aby pacient nebyl během dne omezován ve svých běžných denních činnostech. *Intermitentní podávání* je střídání intervalů 3 hodin, kde se výživa aplikuje kontinuálně a 2 hodin bez podávání. Tento interval se opakuje 24 hodin (4, str. 52).

2.9 Metody aplikace enterální výživy

Enterální výživa lze aplikovat pomocí *Janettovy stříkačky*, kdy se aplikuje objem 200 - 300 ml, k bolusové aplikaci všech forem EV do žaludku. Před každou další aplikací se musí sledovat množství zbytků žaludečního obsahu. *Samospádový systém* je vhodný pro všechny formy EV, ale méně vhodný pro aplikaci do jejunu. *Enterální pumpa* se používá ke kontinuální aplikaci. Je stacionární nebo přenosná a je vybavena nezávislým zdrojem energie. Podle vybavení poskytuje uživatelský komfort a je vhodná k aplikaci intestinální nutrice (5, str. 38 - 39).

2.10 Složení enterální výživy

1. Polymerní výživa – využitelná u většiny pacientů
2. Oligomerní výživa – je vyhrazena pro pacienty s narušeným trávením substrátů o vysoké molekulové hmotnosti

EV je průmyslově vyráběná. Některé přípravky jsou ve formě prášku, které se před podáním ředí převařenou vodou. Tyto přípravky bývají levnější. Polymerní EV obsahuje živiny ve své původní formě, intaktní proteiny, polysacharidy a tuk. Osmolarita přípravků je kolem 400 mOsmol/l. Podává se především do žaludku a duodena.

Oligomerní přípravky jsou používány jen tehdy, pokud polymerní výživa není dobře snášena. Tyto přípravky jsou nízkomolekulární, rozštěpené a nevyžadují přítomnost trávicích enzymů. Obsahují látky, které jsou lépe stravitelné než triglyceridy s dlouhými řetězci (LCT tuky). Jejich osmolarita je ale vyšší než 450 mOsmol/l a neobsahují vlákninu. Podávají se do tenkého střeva. Indikace je méně častá, ale podávají se např. u syndromu krátkého střeva nebo u pokročilých stádií Crohnovy choroby, dále se často indikují u těžké akutní pankreatitidy. Množství energie v 1 ml se pohybuje od 0,75 kilokalorií (kcal), (hypokalorická), 1 kcal (izokalorická) a do 2 kcal (hyperkalorická). Izokalorická výživa má

význam pro sondové podání. Hyperkalorická výživa je vhodná pro sipping nebo u pacientů s renální insuficiencí. A hypokalorické přípravky jsou vhodné pro diabetiky.

Polymerní i oligomerní výživa obsahuje 50 - 60 % energie formou sacharidů, 30-40 % lipidů a zbytek jsou peptidy a bílkoviny. Přípravky dále obsahují vitamíny, minerály a stopové prvky. Neobsahují lepek, puriny ani laktózu. Objem dané výživy, zahrnuje i dostatečný příjem tekutin (1, str. 47 - 48).

2.11 Vlákna

Polymerní EV by měla obsahovat vlákninu. Její příznivý efekt je v redukcí průjmů, ale i zácpy. Vlákna totiž obsahuje rozpustnou i nerozpustnou složku. Složky vlákniny jsou štěpeny na mastné kyseliny, které snižují pH v tlustém střevě. Denní přísun vlákniny by se měl pohybovat kolem 10 - 30 gramů (g). Vlákna se nesmí podávat v případě zúžení střevního lumen a exacerbaci střevních zánětů (1, str. 48 - 49).

2.12 Modifikované přípravky pro enterální výživu

Modifikované přípravky jsou přípravky polymerní výživy, které se liší složením, obsahem energie v mililitrech atd. K dispozici jsou imunomodulační preparáty určené pro intenzivní péči pacientů. Modulární dietetika obsahují jednotlivé složky výživy. Dále jsou k dispozici přípravky pro úpravu potravy nebo ztužovač tekuté stravy při poruchách polykání (1, str. 49).

2.13 Léky upravující střevní flóru

V klinické výživě se často setkáváme s dysmikrobiemi. Ty jsou vyvolány působením ATB, které zabíjejí i bakterie přirozeně kolonizující střevo. Snahou je pozitivní ovlivnění mikroflóry, užíváním tzv. probiotik nebo prebiotik.

Probiotika jsou živé mikroorganismy zažívacího traktu prospěšné pro zdraví. Musí být zaručena čistota preparátu. Obsaženy jsou kmeny laktobacilů, bifidobakterů a *Escherichia coli*. Tyto lékové skupiny mají význam pro pacienty v intenzivní péči a

dlouhodobě užívající ATB. Podání probiotik se zvažuje, když hrozí translokace živých bakterií. Například u radioterapie, krvavých průjmů, imunosuprese nebo po operacích GIT.

Prebiotika jsou oligosacharidy nestravitelné v žaludku a tenkém střevě. Jsou štěpeny bakteriemi za vzniku mastných kyselin a vytvářejí tak prostředí pro růst bakterií. Mezi prebiotika řadíme například inulin nebo laktulózu. Pro prebiotika je kontraindikací stav, kdy je nežádoucí podávat vlákninu (1, str. 49 - 50).

2.14 Přípravky na zvýšení chuti k jídlu

Cílem nutriční podpory je zvýšit chuť k jídlu. Řešením je individualizace diety, zatraktivnění jídla a správné servírování. I při EV by měla být možnost výběru příchutě. U některých pacientů při dlouhodobém hladovění je možno využít přípravků pro ovlivnění chuti k jídlu. Jedním z nich je hormonální cytostatikum – megesterol acetát, které se podává v dávce 480 - 1600 mg/den. Nevýhodou je řada nežádoucích příznaků. Mohou se podávat i kortikosteroidy v malých dávkách nebo některá psychofarmaka (1, str. 50-51).

2.15 Přípravky určené pro sipping

Přípravky pro sipping se liší tím, že jsou ochucené sladkou nebo slanou příchutí. Podle použití obsahují nebo neobsahují vlákninu. Existují i přípravky bez obsahu tuku (fat - free varianty), džusy nebo nápoje s jogurtovou příchutí (3, str. 58).

Přípravky tekuté výživy, ve formě drinků, doplňují stravu nemocných. Jejich složení je přesně definované na bílkoviny, tuky, cukry, minerální látky, stopové prvky a vitaminy. Obsahují všechny důležité živiny v mnoha chuťových variantách. Jejich výhodou je připravenost k okamžitému použití. Přípravky se snadno vstřebávají a nezatěžují organismus, jsou vhodné k popíjení mezi jídly. Podávají se buď občasně při výpadku stravy, při horečkách nebo zánětech dutiny ústní nebo se podávají pravidelně při nutném doplňování energie a dalších živin. Je-li to nutné, mohou běžnou stravu i zcela nahradit. Díky složení přípravků, můžeme zvolit ten nejvhodnější pro dané onemocnění pacienta (14, s. 15 - 16, 23).

2.15.1 Druhy přípravků

Pro příklad uvádím zástupce přípravků jedné z největších firem (Nutricia) na EV.

Nutridrink	Univerzální tekutá výživa, obsahující veškeré živiny. Pro pacienty trpícími nedostatečným příjmem energie.
FortiCare	Vhodný pro podporu onkologické léčby, obsahuje ω -3 mastné kyseliny a má nízký glykemický index.
Nutridrink Compact protein	Je vysoce energetická výživa, vhodná pro pacienty po operacích a úrazech nebo pro seniory.
Diasip	Přípravek upravený pro diabetiky. Neobsahuje laktózu.
Nutridrink Compact	Sipping nové generace. Pro pacienty trpící nechutenstvím, kteří mohou přijímat pouze malé porce. Vhodný také pro dlouhodobé užívání.
Nutridrink Protein	Výživa se zvýšeným obsahem bílkovin. Vhodná pro pacienty po operacích a úrazech pro seniory nebo onkologicky nemocné.
Cubitan	Výživa vhodná pro seniory, pacienty s proleženinami. Obsahuje zvýšené množství vitaminů.
Nutridrink Multi Fibre	Výživa s obsahem vlákniny. Pro pacienty se zažívacími potížemi nebo s onemocněním trávicího traktu.
Nutridrink Yoghurt	Svěží chuť jogurtu, pro pacienty trpící suchostí v ústech.
Nutridrink Juice style	Svěží chuť džusu, pro pacienty s onemocněním jater, slinivky břišní a žlučníku. Neobsahuje tuk a funguje jako alternativa k mléčné chuti.
Nutridrink Crème	Krémová výživa pro pacienty, kteří potřebují zvýšený obsah energie. Usnadňuje polykání a má skvělou chuť.

Zdroj: (15)

Všechny tyto přípravky jsou vyrobené v různých příchutích, bez obsahu lepku a množství výživy se pohybuje od 125 - 200 ml (15).

Drinky se popíjejí po malých dávkách mezi jídly nejlépe 2x denně. Podávají se vychlazené, ale lze je i ohřát nebo použít do vaření. Lze je rozmixovat s ovocem nebo přidat do polévek, vhodné jsou také jako dochucovadlo omáček. Záleží na druhu a příchuti výživy (14, s. 37 - 38).

2.16 Domácí enterální výživa

Domácí enterální výživu (DEV) lze mimo jiné aplikovat také výživovým knoflíkem (feeding button neboli skin-level gastrostomy), který je využíván pro dlouhodobou enterální výživu a je zaváděn již maturovaným kanálem po vytažené gastrostomické sondě.

Kontinuální DEV, je vhodné ponechat na noční hodiny, ale není to vždy pravidlem. Záleží na ordinaci lékaře. Důležité jsou však kontroly, 1x za 2 měsíce (3, str. 59).

2.17 Sledování a kontrola pacienta

Sledování a kontrola pacienta je základním předpokladem prevence nejrůznějších komplikací. Je součástí realizace EV. Sledujeme hmotnost pacienta, toleranci, bilanci tekutin, laboratorní výsledky, např. krevní obraz (KO), ionty, kreatinin, ureu, transaminázy, bilirubin, cholesterol. Režim kontrol pacientů je individuální a záleží vždy na určení lékařem (5, str. 41).

3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S ENTERÁLNÍ VÝŽIVOU

Po zavedení PEG by měl pacient zůstat 24 hodin v klidu. Pokračujeme v podávání ATB, dle ordinace lékaře. PEG bychom měli převazovat první týden každý den a poté minimálně 1x týdně. Je nutné kontrolovat okolí katétru, aby nedocházelo k zarudnutí. Dále je nutné katétr „procvičovat“ lehce povytahovat a zatahovat, aby nepřirostl ke kůži.

Výživa

1. den by se nemělo podávat nic per os. Dle ordinace lékaře se nejčastěji podává pomalu bolusově 100 ml vody po 3 hodinách.
2. den pokud je vše bez komplikací, zahajujeme kompletní výživu sondou.

U pacientů s PEG je vhodné bolusové podávání. Nejčastěji se podává 300 ml v intervalu dvou až tří hodin pomocí Janettovy stříkačky. Můžeme podávat i nadrcené léky. Po použití sondy je důležité důkladné propláchnutí vodou, aby se sonda neucpala (10).

U NGS by neměla být opomenuta, především je-li sonda zavedena déle, možná rizika vzniku proleženin v nosním průchodu, způsobena tlakem sondy. Proto je důležité, aby při hygieně nebo změnách fixace sondy, byla změněna i poloha sondy. Před fixací je vhodné použít lihobenzin na šetrné odmaštění kůže k dobrému upevnění sondy. K fixaci sondy se používají speciální náplasti, uzpůsobené svým tvarem a vyrobené z nedráždivé lepenky. Lepenka asi 7 cm dlouhá a 6 - 8 mm široká se rozstříhne do 2/3 délky na polovinu, na dva stejně široké proužky. Kratší část se přilepí na hřbet nosu a ta delší se obtočí kolem sondy pro lepší fixaci. Výměna fixace záleží na potivosti kůže, znečištění a plnění funkce, a proto je zcela individuální. Po každé hygieně je nutné dokonalé osušení povrchu sondy a jejího okolí (13, str. 18,21).

3.1 Příprava nemocného před zavedením perkutánní endoskopické gastrostomie

Lékař vysvětlí pacientovi důležitost zavedení PEG, postup výkonu a péči po výkonu, požádá pacienta o podepsání informovaného souhlasu a vše zaznamená do

dokumentace. Dále zkontroluje KO a srážlivost krve. Pokud by se pacient ještě na něco zeptal, sestra by to měla znovu vysvětlit. Také by se měla zaměřit na psychickou podporu v rámci tělesného vzhledu a změnu životního stylu pacienta (18, str. 181).

Den před operačním výkonem se začnou podávat ATB, zpravidla Augmentin i. v., nejčastěji po 8 hodinách nebo jinak dle ordinace lékaře. Večer před výkonem sestra dohlédne na důkladnou hygienu pacienta nebo ho sama umyje. Doporučuje se i hygiena DÚ. Sestra edukuje pacienta o tom, aby od půlnoci nejedl, nepil ani nekouřil. V den výkonu se oholí břicho pacienta od mečovitého výběžku, až k pupku (12, str. 44 - 45). Minimálně hodinu před výkonem se aplikují naordinované léky na uklidnění a k uvolnění pacienta (léky per os nejpozději ráno, kvůli lačnění), (18, str. 181).

3.2 Péče o nemocného po zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie

Po výkonu vždy zhodnotíme celkový stav pacienta - kontrolujeme fyziologické funkce (FF), jako je tělesná teplota (TT), krevní tlak (TK) a pulz (P), každých třicet minut po dobu dvou hodin. Dále pak ještě 1x za hodinu, po dobu dvou hodin nebo jinak dle ordinace lékaře. FF sledujeme kvůli prevenci šoku a hypovolemii. Kontrolujeme, jestli místo po zavedení PEGu nekrvácí a nedochází k rozvoji infekce. Zajistíme, aby pacient 6 hodin po výkonu zůstal lačný (18, str. 181).

3.3 Péče o pacienta po zavedení nazogastrické sondy

Pacienta seznámíme se správnou polohou, kterou by měl minimálně 30 minut po výkonu dodržet. Pacient by měl být vsedě nebo polosedě, aby nedošlo k pronikání žaludečního obsahu do dýchacích cest. Během této doby pacienta sledujeme a v případě komplikací vše zaznamenáme do dokumentace. Dále nesmíme zapomenout na hygienu dutiny nosní a ústní. Zkontrolujeme nosní průduch, ve kterém je zavedena sonda. Pokud je místo zarudlé, ošetříme vhodnou masťou a štětíčkami vyčistíme nečistoty z okolí nosu. Taktéž zkontrolujeme dutinu ústní a pacientovi umožníme výplach úst. V rámci hygieny pečujeme také o fixaci sondy, musí být pravidelně přelepována, aby nedošlo k otláčením až dekubitům na sliznici. K fixaci sondy používáme nedráždivé materiály, abychom předešli možným alergiím. Pacient by neměl být fixací sondy nijak omezen v pohybu, ale také

musíme správným upevněním minimalizovat riziko její dislokace. Rovněž je nutné zaznamenat do dokumentace na kolik centimetrů je sonda zavedena, abychom mohli i pohledem zkontrolovat její správnou polohu, taktéž je možné u místa fixace udělat nesmývatelným popisovačem čárku (20, str. 23 - 24).

3.4 Péče o pacienta před aplikací výživy do nazogastrické sondy

Pacientovi zajistíme soukromí a požádáme ho o zaujmutí Fowlerovy polohy. Před každým podáním výživy je nutné překontrolovat polohu zavedené sondy, za kterou je sestra zodpovědná, aby předešla k vzniku komplikací u pacienta. Zkontrolujeme množství žaludečního odpadu, pokud není žádný nebo velmi malý, můžeme zahájit výživu. Ke zkontrolování funkčnosti žaludku, je také vhodné těsně před zahájením výživy užít vodu. Pokud je žaludečního obsahu velké množství, aplikujeme pouze 50 ml vody a informujeme lékaře (20, str. 20 - 21).

4 EDUKACE

Pojem edukace znamená výchova a vzdělání jedince s cílem navodit změny v jeho postojích, návycích a vědomostech. Podle Průchy je výchova: „ *proces záměrného působení na osobnost člověka s cílem dosáhnout pozitivních změn v jejich vývoji. Jde přitom především o záměrné utváření a ovlivňování podmínek umožňujících optimální rozvoj jedince v souladu s jejich individuálními dispozicemi a stimulujících jeho vlastní snahu stát se autentickou vnitřně integrovanou a socializovanou osobností* “ (Průcha, 1997).

Edukační proces je činnost, při které dochází k záměrnému nebo nezáměrnému učení. Probíhá od prenatálního života po smrt jedince. V procesu edukace jsou nezbytné čtyři determinanty – edukant, edukátor, edukační prostředí a edukační standard (6, str. 9 - 11).

4.1 Vymezení základních pojmů v edukaci

Edukantem je subjekt učení. V nemocničním prostředí je to pacient, ale může to být i zdravotník, který si prohlubuje a osvojuje své vědomosti v rámci celoživotního vzdělávání. *Edukátor* je aktér edukační činnosti. Nejčastěji to bývá všeobecná sestra, dále porodní asistentka, lékař atd. *Edukační prostředí* je místo, kde edukace probíhá. Ovlivňují ho ergonomické podmínky jako je světlo, barva, prostor, zvuk, sociální klima nebo atmosféra edukace. *Edukační standard* je norma pro udržení požadavků kvality edukace. V nemocnici se používají standardy ošetrovatelské péče (6, str. 9 - 11).

Edukace zahrnuje takové informace, které by pacient měl znát v průběhu hospitalizace a informace, které by měl znát po přeložení nebo propuštění domů. Informace by se měly týkat zdrojů potřebné péče v okolí bydliště pacienta, rozsahu kontrol nebo v případě akutních stavů pacienta i jejich řešení. K efektivní edukaci se používá elektronické a vizuální sdělování informací a další způsoby výuky (16, str. 173).

4.2 Fáze edukačního procesu

1. Posouzení - sběr informací o nemocném, tzv. anamnéza, posouzení potřeb pacienta v rámci jeho dovedností, návyků a schopností učit se.
2. Stanovení edukační diagnózy – identifikujeme problémy pacienta a specifikujeme dovednosti a vědomosti, které by měl mít.
3. Plánování – sestra stanoví prioritu edukace, vybere metodu edukace, naplánuje učivo a stanoví cíle v motorické, afektivní a kognitivní oblasti edukace.
4. Realizace – dosahování žádoucího výsledku s přihlédnutím na individualitu nemocného.
5. Zhodnocení – posouzení zda bylo stanovených cílů dosaženo, zda byl pacient naučen novým vědomostem a dovednostem. Na závěr se do dokumentace musí provést zápis o proběhlé edukaci (19).

4.3 Zásady správné edukace

Nejdůležitější zásadou správné edukace je motivace pacienta, která je podmíněna jeho znalostmi a kulturními vlivy. Jazyk, kterým edukujeme, by měl být jednoduchý, srozumitelný a měl by vyplívat z věku a inteligence pacienta. Systém vysvětlování by měl být seřazený od jednoduchého po složitější nebo od základního k podrobnějšímu. Měli bychom využívat modelových situací k názornosti a vyžadovat aktivní účast nemocného. Na závěr edukace je důležitá kontrola vědomostí pacienta nebo následné zopakování. Chybou edukace může být nerespektování individuality, vedení monologu, použití odborných výrazů nebo málo praktických ukázek (19).

4.4 Edukace pacientů o enterální výživě

O nutnosti enterální výživy informuje pacienta lékař, předepíše ji nebo eventuálně vysvětlí postup při jednání s pojišťovnou. Sestra by měla pacienta edukovat názorně o proplachu sondy a vysvětlit péči o ni a ukázat mu všechny potřebné pomůcky. Poté znovu vysvětlí a ověří si, zda ji pacient porozuměl. Pacient by si také měl vše vyzkoušet. Čím lépe je informovaná sestra, tím lépe může poučit pacienta. Proto jsou k edukaci vhodné také brožury nebo obrázkové knihy. Pokud pacient bude domů vybaven enterální pumpou, sestra mu vysvětlí ovládání a vhodně pumpu polepí štítky s vysvětlivky. V případě přípravků pro sipping je nutné pacienta poučit, že se nejedná o ochucené mléko, ale o

kompletní tekutou výživu. Sestra by měla vědět, že tyto přípravky lépe chutnají vychlazené, proto by se měly uchovávat v lednici. Podáváme je mezi jídly, aby pacienta nezasytily již před ním (17, str. 182 - 184).

4.4.1 Edukace pacienta o převazu perkutánní endoskopické gastrostomie

Pacient by měl být informován o technice převazu a manipulaci s PEG. Tahem za sondu uvolníme fixační svorku a úchyty zevního disku, posuneme zevní disk asi 5 cm od břišní stěny a zkontrolujeme a očistíme místo zavedení a obě strany zevního disku. Místo vpichu dezinfikujeme a zevní disk vypoďložíme nastříženým mulovým čtvercem. Tahem za sondu posuneme zevní disk zpět ke kůži a uzavřeme úchyty a fixační svorku. Nakonec zkontrolujeme, zda zevní disk dosedá na kůži. *Pacient by měl být informován o komplikacích v místě zavedení sondy.* Pacienta upozorníme, že se může objevit zarudnutí, nebo hnisavá sekrece v okolí PEGu. Může také dojít k vytékání výživy okolo PEGu, kterému předcházíme pravidelným proplachováním sondy vodou, aby nedocházelo k ucpání. Pokud se objeví granulace – krvácející ložisko, musí se chirurgicky odstranit (11).

4.4.2 Edukace pacienta o podávání stravy do perkutánní endoskopické gastrostomie

Informujeme pacienta o jaký přípravek se jedná, o jeho složení, v jakém množství a balení je k dispozici apod. Pacienta edukujeme o možné kontaminaci stravy a o vhodných pomůckách k podávání stravy. Pacientovi vysvětlíme nutnost podávání pouze naordinovaných přípravků a informujeme o správném proplachu sondy vodou. Informujeme o správné technice podávání stravy. Pacient, by si nejdříve měl umýt ruce a poté zaujmout polohu v polosedě, aby nedošlo k regurgitaci. Odtážením, pomocí Janettovy stříkačky, zkontrolujeme obsah žaludku. Po odtážení velkého množství se další strava již nepodává a odtah se vrací zpět do žaludku. Pokud je zbytkové množství v žaludku přijatelné, podá se naordinovaná dávka a poté se sonda propláchně vodou. Nepoužíváme kyselé roztoky, z důvodu sražení nebo ucpání sondy. Upozorníme pacienta, aby si alespoň 30 minut neležal, z důvodu aspirace. Můžeme současně se stravou podávat léky ve formě kapek, sirupů nebo jako rozdrčené s řádným proplachem sondy. Dále informujeme pacienta o možných komplikacích enterální výživy (11).

PRAKTICKÁ ČÁST

5 FORMULACE PROBLÉMU

Edukace - nebo-li informovanost pacientů, je jedním z aktuálních témat a je na ni kladen velký důraz. Proto je potřeba, aby edukace probíhala správně, pečlivě a se zpětnou vazbou. Díky tomu se pacient cítí lépe, bezpečně a zároveň tak můžeme naplňovat i jeho práva. V každé nemocnici by měl být zpracovaný standard pro správnou edukaci pacienta s určitým onemocněním. Ve směrnicích, by měly být popsány kompetence zdravotnických pracovníků, protože všeobecná sestra má jiné kompetence než lékař apod.

Díky rychlému rozvoji výzkumu u klinické výživy je dnes již běžné, že pacienti užívající (dlouhodobě) EV mohou být v domácím prostředí. Tímto se EV podílí na zlepšení kvality života. Myslím si, že problémem by mohla být nedostatečná edukace v rámci špatně zvolené metody nebo neověření si zda tomu pacient porozuměl. U pacientů je efektivní edukace důležitá, protože onemocnění spojené s malnutricí je pro pacienty ve většině případů psychicky náročné a špatně se s ním vyrovnávají. Sestra, která bude pacienta edukovat, by se měla řídit danými standardy, musí být proškolená a k tomuto dostatečně vzdělaná.

Edukace se realizuje ve všech zdravotnických zařízeních, ale záleží pouze na zdravotnickém personálu, jak edukaci pacientům poskytují. Myslím si, že vzdělanost nebo délka odborné praxe všeobecných sester může souviset s kvalitou poskytování informací. Vzhledem k tomu bych chtěla zmapovat úroveň znalostí všeobecných sester v oblasti enterální výživy. Jaká je úroveň znalostí všeobecných sester v oblasti enterální výživy?

6 CÍL VÝZKUMU

Hlavní cíl výzkumu – zhodnotit úroveň znalostí všeobecných sester v oblasti enterální výživy.

Cíl 1. Zjistit souvislost výše vzdělání s úrovní znalostí všeobecných sester v oblasti enterální výživy.

Výzkumný předpoklad č. 1: *Většina všeobecných sester má dostatečné znalosti v oblasti enterální výživy. (kritérium 70%)*

P 1 – 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14

Cíl 2. Zjistit souvislost výše vzdělání s úrovní znalostí všeobecných sester v oblasti zásad edukačního procesu.

Výzkumný předpoklad č. 2: *Většina všeobecných sester má dostatečné znalosti zásad edukačního procesu v oblasti enterální výživy. (kritérium 70%)*

P2 – 1, 2, 15, 16, 17, 18, 19, 20

Cíl 3. Zjistit, zda úroveň znalostí všeobecných sester souvisí s délkou jejich praxe.

Výzkumný předpoklad č. 3: *Úroveň znalostí všeobecných sester v oblasti enterální výživy, ve většině souvisí s délkou jejich praxe. (kritérium 70%)*

P3 – 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14

7 METODOLOGIE

Cílem výzkumného šetření bylo zhodnotit úroveň znalostí všeobecných sester v oblasti enterální výživy a úroveň znalostí zásad edukačního procesu. Úroveň znalostí byla zjišťována v souvislosti s výší vzdělání a s délkou odborné praxe.

Ke sběru dat byla zvolena kvantitativní metoda pomocí strukturovaných dotazníků, které se skládaly z 20 otázek. U některých otázek bylo na výběr z více možností. Otázky č. 17, 19, 20 byly otevřené, pro kvalitnější získání dat. Tři otázky byly demografického původu. První otázka byla pouze informativní, zkoumající věkové zastoupení respondentů. Zbylé dvě otázky se záměrně zabývaly výší vzdělání a délkou odborné praxe všeobecných sester. Další otázky zkoumaly teoretické znalosti respondentů v oblasti enterální výživy. Dotazníky byly anonymní a jejich vyplněním respondent souhlasil se zpracováním dat.

Dotazníky byly po schválení vedením fakultní nemocnice v Plzni rozdány na interních, onkologických a hematoonkologických odděleních. Tato oddělení byla zvolena z důvodu toho, že se touto problematikou zabývají, a proto by všeobecné sestry měly mít určitou úroveň znalostí. Dotazníky byly určené všeobecným sestřím. Po rozdáni 100 dotazníků, byla návratnost 74%. Dotazníky jsem osobně rozdala sestřím a po vyplnění jsem si je vybrala. Výhodou dotazníku bylo rychlé výzkumné šetření, ale bohužel nevýhodou byla neúplná návratnost.

Dotazníky byly vyhodnoceny pomocí tabulek v programu Microsoft Office Excel 2007. K některým otázkám byly také pro názornost vytvořeny grafy, v programu Microsoft Office Excel 2007.

U každé zkoumané otázky, která směřovala k teoretickým znalostem sester, byly vyhotoveny dvě tabulky, pro lepší orientaci. Jedna tabulka obsahovala vždy výši dosaženého vzdělání všeobecných sester a danou zkoumanou otázku. Druhá tabulka obsahovala tutéž zkoumanou otázku, ale s porovnáním k délce odborné praxe respondentů.

8 ANALÝZA ÚDAJŮ

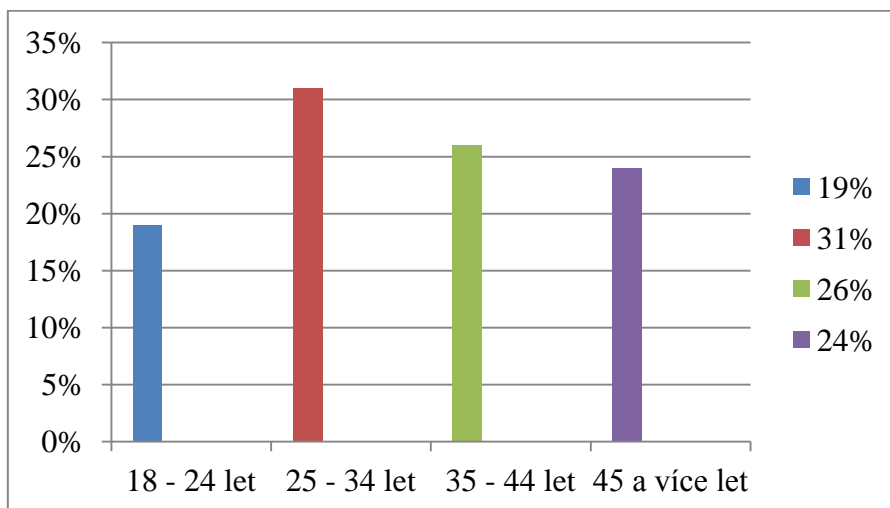
Tabulka č. 1 – Věk respondentů

VĚK	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
18 - 24	14	19%
25 - 34	23	31%
35 - 44	19	26%
45 a více	18	24%
CELKEM	74	100%

Zdroj: vlastní

Největší počet oslovených respondentů byl ve věku 25 - 34 let, což bylo 23 respondentů (31%). Ve věkové skupině 18 - 24 let bylo zastoupeno pouze 14 respondentů (19%). Do další věkové kategorie 35 - 44 let spadalo 19 respondentů (26%) a 18 respondentů (24%) tvořilo věkovou skupinu 45 a více let. V následujícím grafu jsou zpracovány výsledky.

Graf č. 1 – Věk respondentů



Zdroj: vlastní

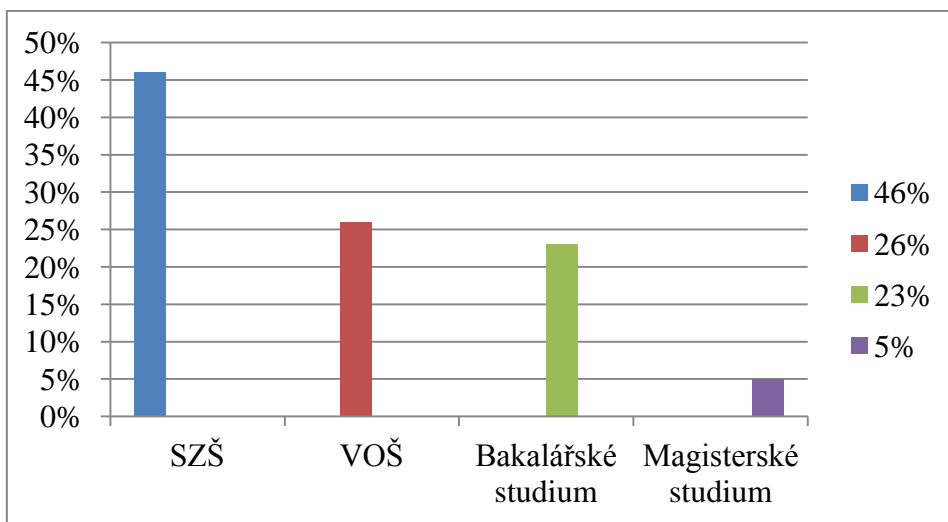
Tabulka č. 2 – Nejvyšší dosažené vzdělání

NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
SZŠ	34	46%
VOŠ	19	26%
Bakalářské studium	17	23%
Magisterské studium	4	5%
CELKEM	74	100%

Zdroj: vlastní

Nejvyšší počet, respondentů 34 (46%), označilo jako nejvyšší dosažené vzdělání, středoškolské vzdělání s maturitou (SZŠ). Vyšší odbornou školu (VOŠ) udává 19 respondentů (26%). Bakalářské studium označilo 17 respondentů (23%) a nejmenší počet, respondentů 4 (5%), označil jako své nejvyšší dosažené vzdělání magisterské studium. V následujícím grafu jsou zpracovány výsledky.

Graf č. 2 – Nejvyšší dosažené vzdělání



Zdroj: vlastní

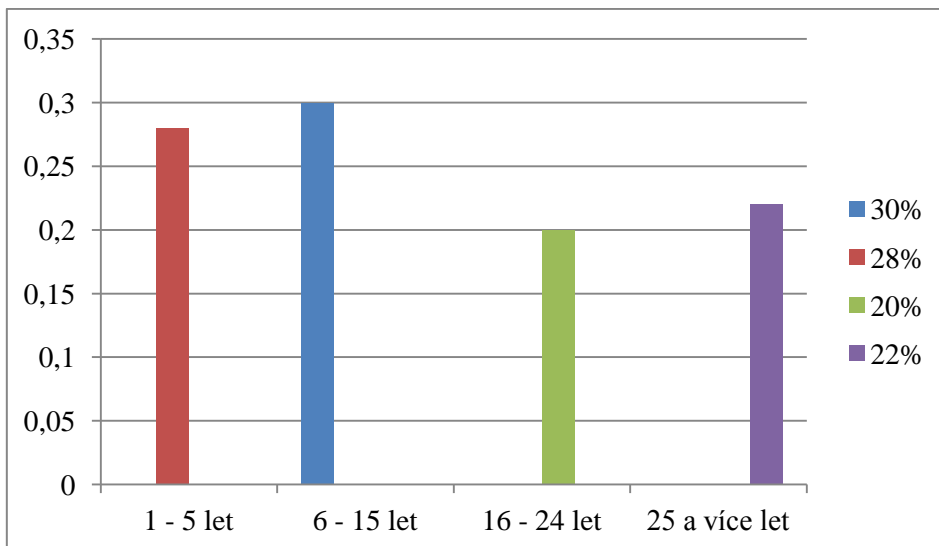
Tabulka č. 3 – Celková délka odborné praxe

DÉLKA ODBORNÉ PRAXE	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
1 - 5 let	21	28%
6 - 15 let	22	30%
16 - 24 let	15	20%
25 a více let	16	22%
CELKEM	74	100%

Zdroj: vlastní

Nejvíce respondentů 22 (30%), označilo jako délku své odborné praxe 6 - 15 let. Pouze o jednoho méně, což činí 21 respondentů (28%), udává jako délku své praxe 1 - 5 let. 16 respondentů (22%), označilo délku praxe na 25 a více let. Nejmenší počet respondentů 15 (20%), označil 16 - 24 let, jako celkovou délku své odborné praxe. V následujícím grafu jsou zpracovány výsledky.

Graf č. 3 – Celková délka odborné praxe



Zdroj: vlastní

Analýza průzkumu – cíl 1

Tabulka č. 4 – Co se používá při proplachu enterální sondy

ČÍM SE PROPLACHUJE SONDA	POČET RESPONDENTŮ	POČET SPRÁVNÝCH ODPOVĚDÍ	ÚSPĚŠNOST %	POČET SPRÁVNÝCH ODPOVĚDÍ CELKEM	CELKEM ÚSPĚŠNOST %
SZŠ	34	23	68%	55	81%
VOŠ	19	13	68%		
Bc.	17	15	88%		
Mgr.	4	4	100%		

Zdroj: vlastní

U této položky byla správná pouze jedna možnost, a to stolní neperlivá voda. Na 100% správně odpověděli 4 respondenti s magisterským vzděláním. Na 88% úspěšnost odpovědělo 17 respondentů s bakalářským vzděláním. 19 respondentů s vyšším odborným vzděláním odpovědělo v 68% úspěšnosti a také 68% úspěšnosti získalo 34 respondentů se středoškolským vzděláním. Celková úspěšnost všech respondentů činila 81%.

Tabulka č. 5 – Co se používá při proplachu enterální sondy

ČÍM SE PROPLACHUJE SONDA	POČET RESPONDENTŮ	POČET SPRÁVNÝCH ODPOVĚDÍ	ÚSPĚŠNOST %	POČET SPRÁVNÝCH ODPOVĚDÍ CELKEM	CELKEM ÚSPĚŠNOST %
1 - 5 let	21	14	67%	55	75%
6 - 15 let	22	16	73%		
16 - 24 let	15	11	73%		
25 a více let	16	14	88%		

Zdroj: vlastní

U této položky byla správná pouze jedna možnost, a to stolní neperlivá voda. Největší úspěšnost mělo 16 respondentů (88%) s délkou praxe 25 a více let. 73% úspěšnosti mělo 15 respondentů s délkou praxe 16 - 24 let a 22 respondentů s délkou praxe 6 - 15 let a nejméně 67% mělo 21 respondentů s délkou praxe 1 - 5 let. Celková úspěšnost všech respondentů činila 75%.

Tabulka č. 6 – Indikace k zahájení enterální výživy

INDIKACE	POČET RESPONDENTŮ	POČET SPRÁVNÝCH ODPOVĚDÍ	ÚSPĚŠNOST %	POČET SPRÁVNÝCH ODPOVĚDÍ CELKEM	CELKEM ÚSPĚŠNOST %
SZŠ	34	21	62%	50	71%
VOŠ	19	12	63%		
Bc.	17	14	82%		
Mgr.	4	3	75%		

Zdroj: vlastní

Indikace k zahájení enterální výživy v této položce byly, akutní pankreatitida, stenózy jícnu a syndrom krátkého střeva. Jako správnou odpověď jsem považovala pouze tu, u které byly označeny všechny správné možnosti. Největší úspěšnost 82% správných odpovědí zodpovědělo 17 respondentů bakalářského vzdělání. 4 respondenti magisterského vzdělání byli úspěšní na 75%. 19 Respondentů, s vyšším odborným vzděláním mělo úspěšnost v 63% a 34 respondentů se středoškolským vzděláním odpovědělo správně na 62%. Celková úspěšnost všech respondentů činila 71%.

Tabulka č. 7 – Indikace k zahájení enterální výživy

INDIKACE	POČET RESPONDENTŮ	POČET SPRÁVNÝCH ODPOVĚDÍ	ÚSPĚŠNOST %	POČET SPRÁVNÝCH ODPOVĚDÍ CELKEM	CELKEM ÚSPĚŠNOST %
1 - 5 let	21	12	57%	50	69%
6 - 15 let	22	13	59%		
16 - 24 let	15	10	67%		
25 a více let	16	15	94%		

Zdroj: vlastní

Indikace k zahájení enterální výživy v této položce byly, akutní pankreatitida, stenózy jícnu a syndrom krátkého střeva. Jako správnou odpověď jsem považovala pouze tu, u které byly označeny všechny správné možnosti. Nejmenší úspěšnost v odpovědích 57% mělo 21 respondentů s délkou praxe 1 - 5 let. Pouze o 2% více (59%) úspěšnosti získalo 22 respondentů s délkou praxe 6 - 15 let. Skupina respondentů s délkou odborné praxe 16 - 24 let, 15 respondentů, získalo 67% úspěšnosti a největší úspěšnost 94%,

získalo 16 respondentů s délkou praxe 25 a více let. Celková úspěšnost všech respondentů činila 69%.

Tabulka č. 8 – Může dojít špatnou fixací nazogastrické sondy k otláčeninám

MŮŽE DOJÍT K OTLAČENINÁM	POČET RESPONDENTŮ	POČET SPRÁVNÝCH ODPOVĚDÍ	ÚSPĚŠNOST %	POČET SPRÁVNÝCH ODPOVĚDÍ CELKEM	CELKEM ÚSPĚŠNOST %
SZŠ	34	34	100%	74	100%
VOŠ	19	19	100%		
Bc.	17	17	100%		
Mgr.	4	4	100%		

Zdroj: vlastní

Respondenti vybírali z možností ano/ne/nevím, kdy správná odpověď zněla ano. Ve všech případech byla úspěšnost 100%. Celková úspěšnost tedy činila 100%.

Tabulka č. 9 – Může dojít špatnou fixací nazogastrické sondy k otláčeninám

MŮŽE DOJÍT K OTLAČENINÁM	POČET RESPONDENTŮ	POČET SPRÁVNÝCH ODPOVĚDÍ	ÚSPĚŠNOST %	POČET SPRÁVNÝCH ODPOVĚDÍ CELKEM	CELKEM ÚSPĚŠNOST %
1 - 5 let	21	21	100%	74	100%
6 - 15 let	22	22	100%		
16 - 24 let	15	15	100%		
25 a více let	16	16	100%		

Zdroj: vlastní

Respondenti vybírali z možností ano/ne/nevím, kdy správná odpověď zněla ano. Ve všech případech, byla úspěšnost 100%. Celková úspěšnost tedy činila 100%.

Tabulka č. 10 – U jakých pacientů se používá nízkomolekulární výživa

NÍZKOMOLEKULÁRNÍ VÝŽIVA	POČET RESPONDENTŮ	POČET SPRÁVNÝCH ODPOVĚDÍ	ÚSPĚŠNOST %	POČET SPRÁVNÝCH ODPOVĚDÍ CELKEM	CELKEM ÚSPĚŠNOST %
SZŠ	34	22	65%	47	66%
VOŠ	19	10	53%		
Bc.	17	12	71%		
Mgr.	4	3	75%		

Zdroj: vlastní

Nízkomolekulární výživa se používá u pacientů s průjmy a u pacientů s vomitem. Jako správnou odpověď jsem považovala pouze tu, u které byly označeny všechny správné možnosti. Největší úspěšnost 75% získali 4 respondenti s magisterským vzděláním. 71% úspěšnost získalo 17 respondentů s bakalářským vzděláním. Všeobecné sestry (34) se středoškolským vzděláním, získaly 65% úspěšnosti. A respondenti (19) s vyšším odborným vzděláním získali pouze 53% úspěšnosti. Celková úspěšnost správně zvolených odpovědí byla v 66%.

Tabulka č. 11 – U jakých pacientů se používá nízkomolekulární výživa

NÍZKOMOLEKULÁRNÍ VÝŽIVA	POČET RESPONDENTŮ	POČET SPRÁVNÝCH ODPOVĚDÍ	ÚSPĚŠNOST %	POČET SPRÁVNÝCH ODPOVĚDÍ CELKEM	CELKEM ÚSPĚŠNOST %
1 - 5 let	21	10	48%	47	65%
6 - 15 let	22	13	59%		
16 - 24 let	15	11	73%		
25 a více let	16	13	81%		

Zdroj: vlastní

Nízkomolekulární výživa se používá u pacientů s průjmy a u pacientů s vomitem. Jako správnou odpověď jsem považovala pouze tu, u které byly označeny všechny správné možnosti. Největší úspěšnost (81%), získalo 16 respondentů s délkou praxe 25 a více let. Druhou největší úspěšnost (73%), mělo 15 respondentů s délkou praxe 16 - 24 let. Dále (59%) úspěšnosti získali respondenti s délkou praxe 6 - 15 let, kterých bylo celkem 22. A nejmenší úspěšnost (48%), získalo 21 respondentů s délkou praxe 1 - 5 let. Celková úspěšnost všech respondentů činila 65%.

Tabulka č. 12 – Co znamená zkratka PEG

ZKRATKA PEG	POČET RESPONDENTŮ	POČET SPRÁVNÝCH ODPOVĚDÍ	ÚSPĚŠNOST %	POČET SPRÁVNÝCH ODPOVĚDÍ CELKEM	CELKEM ÚSPĚŠNOST %
SZŠ	34	34	100%	74	100%
VOŠ	19	19	100%		
Bc.	17	17	100%		
Mgr.	4	4	100%		

Zdroj: vlastní

U této otázky byla pouze jedna správná odpověď, a to perkutánní endoskopická gastrostomie. Ve všech případech byla úspěšnost 100%. Celková úspěšnost tedy činila 100%.

Tabulka č. 13 – Co znamená zkratka PEG

ZKRATKA PEG	POČET RESPONDENTŮ	POČET SPRÁVNÝCH ODPOVĚDÍ	ÚSPĚŠNOST %	POČET SPRÁVNÝCH ODPOVĚDÍ CELKEM	CELKEM ÚSPĚŠNOST %
1 - 5 let	21	21	100%	74	100%
6 - 15 let	22	22	100%		
16 - 24 let	15	15	100%		
25 a více let	16	16	100%		

Zdroj: vlastní

U této otázky byla pouze jedna správná odpověď, a to perkutánní endoskopická gastrostomie. Ve všech případech byla úspěšnost 100%. Celková úspěšnost tedy činila 100%.

Tabulka č. 14 – Může dojít ke kontaminaci enterálního přípravku?

KONTAMINACE PŘÍPRAVKU	POČET RESPONDENTŮ	POČET SPRÁVNÝCH ODPOVĚDÍ	ÚSPĚŠNOST %	POČET SPRÁVNÝCH ODPOVĚDÍ CELKEM	CELKEM ÚSPĚŠNOST %
SZŠ	34	34	100%	73	99%
VOŠ	19	18	95%		
Bc.	17	17	100%		
Mgr.	4	4	100%		

Zdroj: vlastní

U této položky respondenti mohli označit odpovědi ano/ne/nevím, kdy správná odpověď je ano. Respondenti (19), s vyšším odborným vzděláním získali (95%) úspěšnosti. Jinak ve všech ostatních případech byla úspěšnost 100%. Celková úspěšnost všech respondentů činila 99%.

Tabulka č. 15 – Může dojít ke kontaminaci enterálního přípravku

KONTAMINACE PŘÍPRAVKU	POČET RESPONDENTŮ	POČET SPRÁVNÝCH ODPOVĚDÍ	ÚSPĚŠNOST %	POČET SPRÁVNÝCH ODPOVĚDÍ CELKEM	CELKEM ÚSPĚŠNOST %
1 - 5 let	21	20	95%	73	99%
6 - 15 let	22	22	100%		
16 - 24 let	15	15	100%		
25 a více let	16	16	100%		

Zdroj: vlastní

U této položky respondenti mohli označit odpovědi ano/ne/nevím, kdy správná odpověď je ano. Respondenti (21), s délkou praxe 1 - 5 let získali (95%) úspěšnosti. Jinak ve všech ostatních případech byla úspěšnost 100%. Celková úspěšnost všech respondentů činila 99%.

Tabulka č. 16 – Co znamená intermitentní podávání enterální výživy

INTERMITENTNÍ PODÁVÁNÍ	POČET RESPONDENTŮ	POČET SPRÁVNÝCH ODPOVĚDÍ	ÚSPĚŠNOST %	POČET SPRÁVNÝCH ODPOVĚDÍ CELKEM	CELKEM ÚSPĚŠNOST %
SZŠ	34	24	71%	55	75%
VOŠ	19	14	74%		
Bc.	17	14	82%		
Mgr.	4	3	75%		

Zdroj: vlastní

Správná odpověď byla pouze jedna. Intermitentním podáváním enterální výživy se rozumí podávání přípravku, po dobu 3 hodin, poté následuje 2 hodiny pauza a celý proces se opakuje po dobu 24 hodin. Největší úspěšnost (82%) získalo 17 respondentů s bakalářským vzděláním. Respondenti (4) s magisterským vzděláním, získali 75% úspěšnosti. 74% úspěšnosti, mělo 19 respondentů s vyšším odborným vzděláním a 71% úspěšnosti označilo 34 respondentů se středoškolským vzděláním. Celková úspěšnost všech respondentů činila 75%.

Tabulka č. 17 – Co znamená intermitentní podávání enterální výživy

INTERMITENTNÍ PODÁVÁNÍ	POČET RESPONDENTŮ	POČET SPRÁVNÝCH ODPOVĚDÍ	ÚSPĚŠNOST %	POČET SPRÁVNÝCH ODPOVĚDÍ CELKEM	CELKEM ÚSPĚŠNOST %
1 - 5 let	21	15	71%	55	74%
6 - 15 let	22	18	82%		
16 - 24 let	15	12	80%		
25 a více let	16	10	63%		

Zdroj: vlastní

Správná odpověď byla pouze jedna. Intermitentním podáváním enterální výživy se rozumí podávání přípravku, po dobu 3 hodin, poté následuje 2 hodiny pauza a celý proces se opakuje po dobu 24 hodin. Největší úspěšnost (82%), získali respondenti (22) s délkou praxe 6 - 15 let. 80% úspěšnost mělo 15 respondentů s délkou praxe 16 - 24 let. 21 respondentů s délkou praxe 1 - 5 let, získalo 71% úspěšnosti a pouze 63% úspěšnosti získalo 16 respondentů s délkou praxe 25 a více let. Celková úspěšnost všech respondentů činila 74%.

Tabulka č. 18 – Na co upozorníme pacienta při zavádění NGS

ZAVÁDĚNÍ NGS	POČET RESPONDENTŮ	POČET SPRÁVNÝCH ODPOVĚDÍ	ÚSPĚŠNOST %	POČET SPRÁVNÝCH ODPOVĚDÍ CELKEM	CELKEM ÚSPĚŠNOST %
SZŠ	34	30	88%	69	96%
VOŠ	19	19	100%		
Bc.	17	16	94%		
Mgr.	4	4	100%		

Zdroj: vlastní

Na výběr byla pouze jedna správná odpověď, a to taková, že upozorníme pacienta, aby při zavádění NGS polykal. 100% úspěšnost měli respondenti s magisterským vzděláním (4) a vyšším odborným vzděláním (19). Respondenti (17) s bakalářským vzděláním měli 94% úspěšnost a 34 respondentů se středoškolským vzděláním mělo 88% úspěšnost. Celková úspěšnost všech respondentů činila 96%.

Tabulka č. 19 – Na co upozorníme pacienta při zavádění NGS

ZAVÁDĚNÍ NGS	POČET RESPONDENTŮ	POČET SPRÁVNÝCH ODPOVĚDÍ	ÚSPĚŠNOST %	POČET SPRÁVNÝCH ODPOVĚDÍ CELKEM	CELKEM ÚSPĚŠNOST %
1 - 5 let	21	21	100%	69	92%
6 - 15 let	22	21	95%		
16 - 24 let	15	13	87%		
25 a více let	16	14	88%		

Zdroj: vlastní

U této otázky byla na výběr jedna správná odpověď, a to taková, že upozorníme pacienta, aby při zavádění NGS polykal. 100% úspěšnost mělo 21 respondentů s délkou praxe 1 - 5 let. 22 respondentů s délkou praxe 6 - 15 let získalo 95% úspěšnosti. 88% úspěšnost mělo 16 respondentů s délkou praxe 25 a více let a pouze o jedno procento méně (87%), získalo 15 respondentů s délkou praxe 16 - 24 let. Celková úspěšnost všech respondentů činila 92%.

Tabulka č. 20 – Jak lze zkontrolovat správnou polohu zavedené enterální sondy

KONTROLA POLOHY	POČET RESPONDENTŮ	POČET SPRÁVNÝCH ODPOVĚDÍ	ÚSPĚŠNOST %	POČET SPRÁVNÝCH ODPOVĚDÍ CELKEM	CELKEM ÚSPĚŠNOST %
SZŠ	34	33	97%	72	98%
VOŠ	19	18	95%		
Bc.	17	17	100%		
Mgr.	4	4	100%		

Zdroj: vlastní

U této otázky bylo více správných odpovědí. Sestra může zkontrolovat polohu sondy aspirací žaludečního obsahu nebo poslechem. Za správnou odpověď jsem považovala pouze tu, u které byly označeny obě správné možnosti. Respondenti bakalářského vzdělání (17) a magisterského vzdělání (4) měli 100% úspěšnost. 34 respondentů se středoškolským vzděláním mělo 97% úspěšnost a respondenti (19) s vyšším odborným vzděláním mělo 95% úspěšnost. Celková úspěšnost všech respondentů činila 98%.

Tabulka č. 21 – Jak lze zkontrolovat správnou polohu zavedené enterální sondy

KONTROLA POLOHY	POČET RESPONDENTŮ	POČET SPRÁVNÝCH ODPOVĚDÍ	ÚSPĚŠNOST %	POČET SPRÁVNÝCH ODPOVĚDÍ CELKEM	CELKEM ÚSPĚŠNOST %
1 -5 let	21	20	95%	72	98%
6 - 15 let	22	21	95%		
16- 24 let	15	15	100%		
25 a více let	16	16	100%		

Zdroj: vlastní

U této otázky bylo více správných odpovědí. Sestra může zkontrolovat polohu sondy aspirací žaludečního obsahu nebo poslechem. Za správnou odpověď jsem považovala pouze tu, u které byly označeny obě správné možnosti. Respondenti s délkou praxe 16 - 24 let (15) a 25 a více let (16) měli 100% úspěšnost. Respondenti s délkou praxe 1 - 5 let (21) 6 - 15 let (22), měli 95% úspěšnost. Celková úspěšnost všech respondentů činila 98%.

Tabulka č. 22 – Co patří do technických komplikací při zahájení enterální výživy

TECHNICKÉ KOMPLIKACE	POČET RESPONDENTŮ	POČET SPRÁVNÝCH ODPOVĚDÍ	ÚSPĚŠNOST %	POČET SPRÁVNÝCH ODPOVĚDÍ CELKEM	CELKEM ÚSPĚŠNOST %
SZŠ	34	29	85%	62	87%
VOŠ	19	15	79%		
Bc.	17	14	82%		
Mgr.	4	4	100%		

Zdroj: vlastní

Zde byla na výběr pouze jedna správná odpověď, a to ucpání sondy. 100% úspěšnost měli 4 respondenti s magisterským vzděláním. 34 respondentů se středoškolským vzděláním mělo 85 % úspěšnost. Respondenti (17) s bakalářským vzděláním měli 82% úspěšnost. 79% úspěšnosti získalo 19 respondentů s vyšším odborným vzděláním. Celková úspěšnost všech respondentů činila 87%.

Tabulka č. 23 – Co patří do technických komplikací při zahájení enterální výživy

TECHNICKÉ KOMPLIKACE	POČET RESPONDENTŮ	POČET SPRÁVNÝCH ODPOVĚDÍ	ÚSPĚŠNOST %	POČET SPRÁVNÝCH ODPOVĚDÍ CELKEM	CELKEM ÚSPĚŠNOST %
1 - 5 let	21	18	86%	62	84%
6 - 15 let	22	17	77%		
16- 24 let	15	12	80%		
25 a více let	16	15	94%		

Zdroj: vlastní

Zde byla na výběr pouze jedna správná odpověď, a to ucpání sondy. Největší úspěšnost (94%), získalo 16 respondentů s délkou praxe 25 a více let. 86 % úspěšnost mělo 21 respondentů s délkou praxe 1 - 5 let. 80% úspěšnost mělo 15 respondentů s délkou praxe 16 - 24 let. A nejmenší úspěšnost mělo 22 respondentů s délkou praxe 6 - 15 let. Celková úspěšnost všech respondentů činila 84%.

Tabulka č. 24 – Kolika mililitry by se měla proplachovat enterální sonda

KOLIK MILILITRŮ NA PROPLACH	POČET RESPONDENTŮ	POČET SPRÁVNÝCH ODPOVĚDÍ	ÚSPĚŠNOST %	POČET SPRÁVNÝCH ODPOVĚDÍ CELKEM	CELKEM ÚSPĚŠNOST %
SZŠ	34	19	56%	49	75%
VOŠ	19	13	68%		
Bc.	17	13	76%		
Mgr.	4	4	100%		

Zdroj: vlastní

I zde byla na výběr pouze jedna správná odpověď. Enterální sonda by se měla proplachovat 20 ml tekutiny. 100% úspěšnost měli 4 respondenti s magisterským vzděláním. 17 respondentů s bakalářským vzděláním mělo 76% úspěšnost. 68% úspěšnost, mělo 19 respondentů s vyšším odborným vzděláním a nejméně 56% úspěšnosti mělo 34 respondentů se středoškolským vzděláním. Celková úspěšnost všech respondentů činila 75%.

Tabulka č. 25 – Kolika mililitry by se měla proplachovat enterální sonda

KOLIK MILILITRŮ NA PROPLACH	POČET RESPONDENTŮ	POČET SPRÁVNÝCH ODPOVĚDÍ	ÚSPĚŠNOST %	POČET SPRÁVNÝCH ODPOVĚDÍ CELKEM	CELKEM ÚSPĚŠNOST %
1 - 5 let	21	15	71%	49	64%
6 - 15 let	22	19	86%		
16- 24 let	15	9	60%		
25 a více let	16	6	38%		

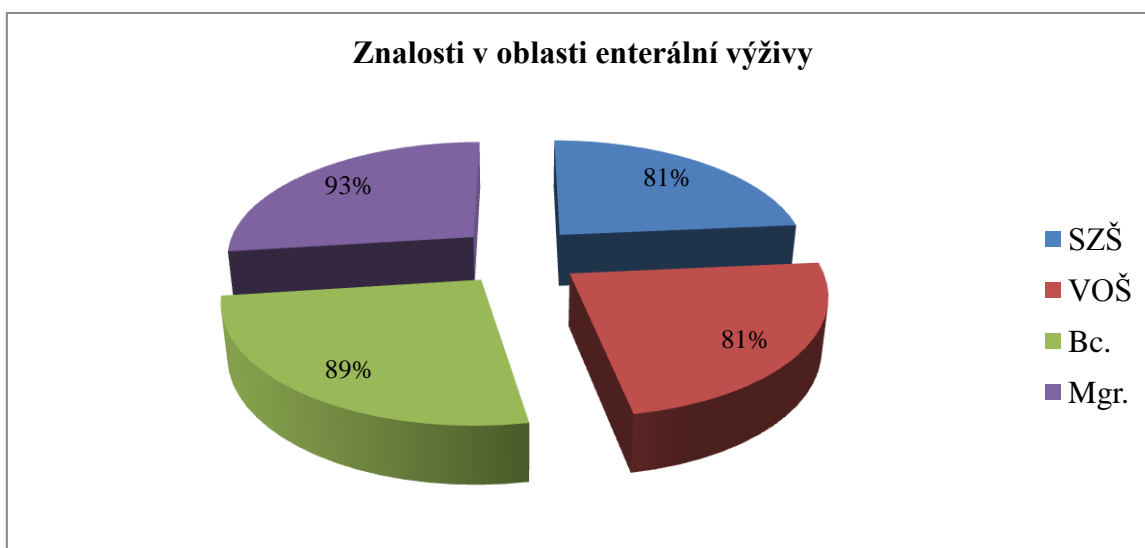
Zdroj: vlastní

Na výběr byla pouze jedna správná odpověď. Enterální sonda by se měla proplachovat 20 ml tekutiny. U této otázky mě překvapila pouze 38% úspěšnost 16 respondentů s délkou praxe 25 a více let. 60% úspěšnost mělo 15 respondentů s délkou praxe 16 - 24 let. Respondenti (21) s délkou praxe 1 - 5 let měli úspěšnost 71% a největší úspěšnost mělo 22 respondentů s délkou praxe 6 - 15 let, která byla 86%. Celková úspěšnost všech respondentů činila 64%.

Hodnocení znalostních položek – cíl 1

Dotazník obsahoval celkem 20 otázek, z toho 11 znalostních v oblasti enterální výživy a to otázky č. 4 – 14. Otázka, u které bylo více správných odpovědí, byla hodnocena jako dobře zodpovězena, pouze v případě vyplnění všech správných odpovědí. Procentuální úspěšnost u všech otázek byla sečtena a pro zpřehlednění zprůměrována do následujícího grafu, který vyjadřuje úspěšnost s ohledem na vzdělání respondentů.

Graf č. 4 – Úspěšnost vyjádřená v procentech s ohledem na vzdělání respondentů



Zdroj: vlastní

Největší úspěšnost (93%), ve všech odpovědích týkajících se znalostí enterální výživy měli respondenti (4) s magisterským vzděláním. 89% úspěšnosti získalo 17 respondentů s bakalářským vzděláním a 19 respondentů s vyšším odborným vzděláním. 34 respondentů se středoškolským vzděláním, získalo 81% úspěšnosti.

Analýza průzkumu – cíl 2

Tabulka č. 26 – Jakou nejčastější výukovou metodu při edukaci pacienta používáte

VÝUKOVÁ METODA PŘI EDUKACI	Přednáška	Rozhovor	Názorná ukázka	Jiné
SZŠ	3	7	24	0
Celkem respondentů SZŠ	34	34	34	34
Relativní četnost	9%	21%	71%	0%

Zdroj: vlastní

Tato položka byla spíše informativního charakteru, u kterého se dalo předpokládat, že nejvíce označených odpovědí bude u názorné ukázky. Z 34 (100%) respondentů se středoškolským vzděláním, označili 3 respondenti (9%), jako nejčastější výukovou metodu při edukaci přednášku. Rozhovor označilo 7 (21%) respondentů a 24 (71%) respondentů označilo, jako nejčastější výukovou metodu při edukaci názornou ukázku. 0 (0%) respondentů označilo položku jiné.

Tabulka č. 27 – Jakou nejčastější výukovou metodu při edukaci pacienta používáte

VÝUKOVÁ METODA PŘI EDUKACI	Přednáška	Rozhovor	Názorná ukázka	Jiné
VOŠ	3	4	12	0
Celkem respondentů VOŠ	19	19	19	19
Relativní četnost	16%	21%	63%	0%

Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 19 (100%) respondentů s vyšším odborným vzděláním, označili 3 (16%), jako nejčastější výukovou metodu při edukaci přednášku. Rozhovor označili 4 (21%) respondentů, názornou ukázku 12 (63%) respondentů a položku jiné označilo 0 (0%) respondentů.

Tabulka č. 28 – Jakou nejčastější výukovou metodu při edukaci pacienta používáte

VÝUKOVÁ METODA PŘI EDUKACI	Přednáška	Rozhovor	Názorná ukázka	Jiné
Bc.	1	2	14	0
Celkem respondentů Bc.	17	17	17	17
Relativní četnost	6%	12%	82%	0%

Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 17 (100%) respondentů s bakalářským vzděláním měla názorná ukázka největší procentuální zastoupení 82% (14). Rozhovor označili 2 (12%) respondenti. Přednášku označil pouze 1 (6%) respondent a položku jiné označilo 0 (0%) respondentů.

Tabulka č. 29 – Jakou nejčastější výukovou metodu při edukaci pacienta používáte

VÝUKOVÁ METODA PŘI EDUKACI	Přednáška	Rozhovor	Názorná ukázka	Jiné
Mgr.	0	0	4	0
Celkem respondentů Mgr.	4	4	4	4
Relativní četnost	0%	0%	100%	0%

Zdroj: vlastní

Celkový počet respondentů s magisterským vzděláním 4 (100%) označil názornou ukázkou, jako nejčastější výukovou metodu při edukaci pacienta. Další položky neoznačil žádný respondent.

Tabulka č. 30 – Jak si nejčastěji ověřujete efekt edukačního procesu

OVĚŘENÍ EDUKAČNÍHO PROCESU	Položení otázky	Požádám pacienta o názornou ukázkou	Nijak si ho neověřuji
SZŠ	11	23	0
Celkem respondentů SZŠ	34	34	34
Relativní četnost	32%	68%	0%

Zdroj: vlastní

Tato otázka byla opět informativního charakteru. 11 respondentů (32%) z celkového počtu 34 respondentů se středoškolským vzděláním si ověřuje edukační proces položením otázky. 23 (68%) respondentů požádá pacienta o názornou ukázkou a 0 (0%) respondentů si ho neověřuje vůbec.

Tabulka č. 31 – Jak si nejčastěji ověřujete efekt edukačního procesu

OVĚŘENÍ EDUKAČNÍHO PROCESU	Položení otázky	Požádám pacienta o názornou ukázkou	Nijak si ho neověřuji
VOŠ	9	10	0
Celkem respondentů VOŠ	19	19	19
Relativní četnost	47%	53%	0%

Zdroj: vlastní

9 respondentů (47%) z celkového počtu 19 respondentů s vyšším odborným vzděláním si ověřuje edukační proces položením otázky. 10 (53%) respondentů požádá pacienta o názornou ukázkou a 0 (0%) respondentů si ho neověřuje vůbec.

Tabulka č. 32 – Jak si nejčastěji ověřujete efekt edukačního procesu

OVĚŘENÍ EDUKAČNÍHO PROCESU	Položení otázky	Požádám pacienta o názornou ukázkou	Nijak si ho neověřuji
Bc.	5	12	0
Celkem respondentů Bc.	17	17	17
Relativní četnost	29%	71%	0%

Zdroj: vlastní

5 respondentů (29%) z celkového počtu 17 respondentů s bakalářským vzděláním si ověřuje edukační proces položením otázky. 12 (71%) respondentů požádá pacienta o názornou ukázkou a 0 (0%) respondentů si ho neověřuje vůbec.

Tabulka č. 33 – Jak si nejčastěji ověřujete efekt edukačního procesu

OVĚŘENÍ EDUKAČNÍHO PROCESU	Položení otázky	Požádám pacienta o názornou ukázkou	Nijak si ho neověřuji
Mgr.	0	4	0
Celkem respondentů Mgr.	4	4	4
Relativní četnost	0%	100%	0%

Zdroj: vlastní

0 respondentů (0%) z celkového počtu 4 respondentů s bakalářským vzděláním si ověřuje edukační proces položením otázky. 4 (100%) respondenti požádají pacienta o názornou ukázkou a 0 (0%) respondentů si ho neověřuje vůbec.

Tabulka č. 34 – Jaké zásady při edukaci dodržujete

JAKÉ ZÁSADY PŘI EDUKACI DODRŽUJETE	Výborně	Dobře	Dostatečně	Nedostatečně
SZŠ	5	18	11	0
Celkem respondentů SZŠ	34	34	34	34
Relativní četnost	15%	53%	32%	0%

Zdroj: vlastní

U této položky, jsem vybrala 5 nejdůležitějších zásad, ve kterých se respondenti převážně shodovali. Nejvíce bylo zmiňované srozumitelné vyjadřování, vysvětlování od nejjednoduššího po složitější, nacvičování dovedností, snaha pacienta motivovat, opakování a kontrola, zda pacient porozuměl. Pokud respondenti odpověděli 5 a více správných zásad, mají výborné znalosti v této oblasti. 4 správné zásady znamenají dobré znalosti a alespoň 3 správně vyjmenované zásady potvrzují dostatečné znalosti. Pokud respondenti uvedli 2 a méně zásad, pak jejich znalosti byly hodnoceny jako nedostatečné.

Z celkového počtu respondentů 34 (100%) se středoškolským vzděláním má výborné znalosti zásad edukace 5 (15%) respondentů. Dobré znalosti má 18 (53%) respondentů. Dostatečné znalosti má 11 (32%) respondentů a nedostatečné znalosti má 0 (0%) respondentů se středoškolským vzděláním.

Tabulka č. 35 – Jaké zásady při edukaci dodržujete

JAKÉ ZÁSADY PŘI EDUKACI DODRŽUJETE	Výborně	Dobře	Dostatečně	Nedostatečně
VOŠ	6	12	1	0
Celkem respondentů VOŠ	19	19	19	19
Relativní četnost	32%	63%	5%	0%

Zdroj: vlastní

Z celkového počtu respondentů 19 (100%) s vyšším odborným vzděláním má výborné znalosti zásad edukace 6 (32%) respondentů. Dobré znalosti má 12 (63%)

respondentů. Dostatečné znalosti má 1 (5%) respondentů a nedostatečné znalosti má 0 (0%) respondentů s vyšším odborným vzděláním.

Tabulka č. 36 – Jaké zásady při edukaci dodržujete

JAKÉ ZÁSADY PŘI EDUKACI DODRŽUJETE	Výborně	Dobře	Dostatečně	Nedostatečně
Bc.	9	8	0	0
Celkem respondentů Bc.	17	17	17	17
Relativní četnost	53%	47%	0%	0%

Zdroj: vlastní

Z celkového počtu respondentů 17 (100%) s bakalářským vzděláním má výborné znalosti zásad edukace 9 (53%) respondentů. Dobré znalosti má 8 (47%) respondentů. Dostatečné znalosti má 0 (0%) respondentů a nedostatečné znalosti má také 0 (0%) respondentů s bakalářským vzděláním.

Tabulka č. 37 – Jaké zásady při edukaci dodržujete

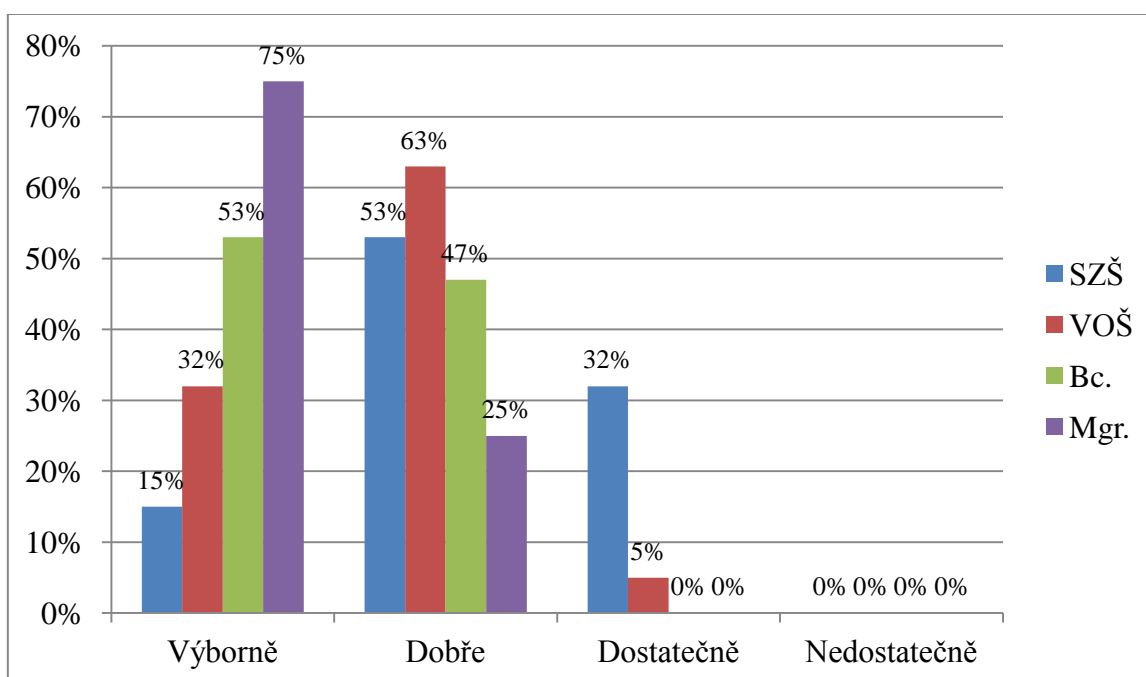
JAKÉ ZÁSADY PŘI EDUKACI DODRŽUJETE	Výborně	Dobře	Dostatečně	Nedostatečně
Mgr.	3	1	0	0
Celkem respondentů Mgr.	4	4	4	4
Relativní četnost	75%	25%	0%	0%

Zdroj: vlastní

Z celkového počtu respondentů 4 (100%) s magisterským vzděláním má výborné znalosti zásad edukace 3 (75%) respondenti. Dobré znalosti má 1 (25%) respondentů. Dostatečné znalosti má 0 (0%) respondentů a nedostatečné znalosti má také 0 (0%) respondentů s magisterským vzděláním.

Pro lepší znázornění byl vyhotoven následující graf.

Graf č. 5 – Jaké zásady při edukaci dodržujete



Zdroj: vlastní

Ve složce – výborně, měli největší procentuální zastoupení (75%), respondenti (4), s magisterským vzděláním. Dále 53% respondentů (17) s bakalářským vzděláním. 32% výborných znalostí, měli respondenti (19) s vyšším odborným vzděláním a 15% výborných znalostí mělo 34 respondentů se středoškolským vzděláním.

Tabulka č. 38 – Kolik fází má edukační proces

KOLIK FÁZÍ MÁ EDUKAČNÍ PROCES	POČET RESPONDENTŮ	POČET SPRÁVNÝCH ODPOVĚDÍ	ÚSPĚŠNOST %
SZŠ	34	31	91%
VOŠ	19	18	95%
Bc.	17	17	100%
Mgr.	4	4	100%

Zdroj: vlastní

Zde byla na výběr pouze jedna správná odpověď. Edukační proces má 5 fází. 100% úspěšnost měli 4 respondenti s magisterským vzděláním a 17 respondentů s bakalářským vzděláním. 95% úspěšnost mělo 19 respondentů s vyšším odborným vzděláním a 34 respondentů se středoškolským vzděláním mělo 91% úspěšnosti.

Tabulka č. 39 – Jak připravíte pacienta na edukaci v oblasti enterální výživy

JAK PŘIPRAVÍTE PACIENTA NA EDUKACI	Výborně	Dobře	Dostatečně	Nedostatečně
SZŠ	4	8	22	0
Celkem respondentů SZŠ	34	34	34	34
Relativní četnost	12%	24%	65%	0%

Zdroj: vlastní

U této položky, jsem vybrala 5 nejdůležitějších věcí, jak připravit pacienta na edukaci, ve kterých se respondenti převážně shodovali. Nejvíce bylo zmiňované zajištění vhodného a klidného prostředí, aktivní zapojení pacienta do rozhovoru, vysvětlení nutnosti edukace, nechat prostor pro pacientovy otázky a vyčkat na přijatelnější zdravotní nebo psychický stav pacienta. Pokud respondenti odpověděli 5 a více správných odpovědí, mají výborné znalosti v této oblasti. Pokud zaznamenali 4 správné odpovědi, mají dobré znalosti. Alespoň 3 správně vyjmenované položky potvrzují dostatečné znalosti respondentů. Pokud respondenti uvedli 2 a méně věcí, pak jejich znalosti jsou nedostatečné.

Z celkového počtu respondentů 34 (100%) se středoškolským vzděláním má výborné znalosti u této otázky 4 (12%) respondenti. Dobré znalosti má 8 (24%) respondentů. Dostatečné znalosti má 22 (65%) respondentů a nedostatečné znalosti má 0 (0%) respondentů se středoškolským vzděláním.

Tabulka č. 40 – Jak připravíte pacienta na edukaci v oblasti enterální výživy

JAK PŘIPRAVÍTE PACIENTA NA EDUKACI	Výborně	Dobře	Dostatečně	Nedostatečně
VOŠ	1	10	8	0
Celkem respondentů VOŠ	19	19	19	19
Relativní četnost	5%	53%	42%	0%

Zdroj: vlastní

Z celkového počtu respondentů 19 (100%) s vyšším odborným vzděláním má výborné znalosti u této otázky 1 (5%) respondentů. Dobré znalosti má 10 (53%) respondentů. Dostatečné znalosti má 8 (42%) respondentů a nedostatečné znalosti má 0 (0%) respondentů s vyšším odborným vzděláním.

Tabulka č. 41 – Jak připravíte pacienta na edukaci v oblasti enterální výživy

JAK PŘIPRAVÍTE PACIENTA NA EDUKACI	Výborně	Dobře	Dostatečně	Nedostatečně
Bc.	12	3	2	0
Celkem respondentů Bc.	17	17	17	17
Relativní četnost	71%	18%	12%	0%

Zdroj: vlastní

Z celkového počtu respondentů 17 (100%) s bakalářským vzděláním má výborné znalosti u této otázky 12 (71%) respondentů. Dobré znalosti mají 3 (18%) respondenti. Dostatečné znalosti mají 2 (12%) respondenti a nedostatečné znalosti má 0 (0%) respondentů s bakalářským vzděláním.

Tabulka č. 42 – Jak připravíte pacienta na edukaci v oblasti enterální výživy

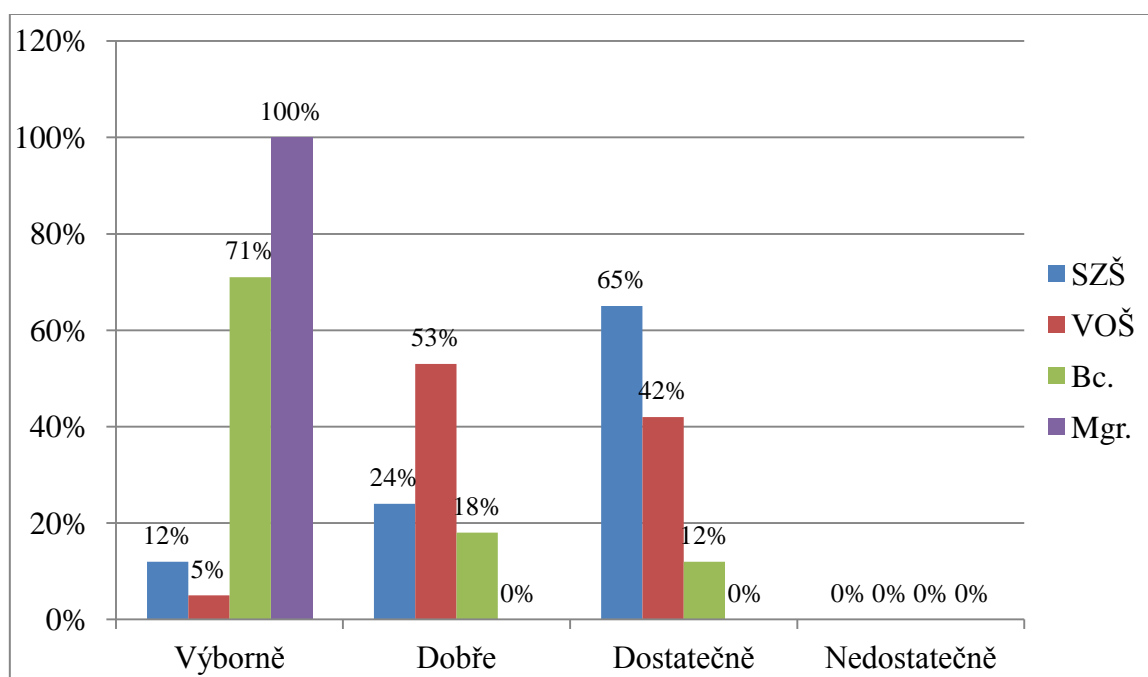
JAK PŘIPRAVÍTE PACIENTA NA EDUKACI	Výborně	Dobře	Dostatečně	Nedostatečně
Mgr.	4	0	0	0
Celkem respondentů Mgr.	4	4	4	4
Relativní četnost	100%	0%	0%	0%

Zdroj: vlastní

Všichni respondenti 4 (100%) s magisterským vzděláním mají výborné znalosti v oblasti přípravy pacienta na edukaci.

Pro lepší znázornění byl vyhotoven následující graf.

Graf č. 6 – Jak připravíte pacienta na edukaci v oblasti enterální výživy



Zdroj: vlastní

100% (4) respondentů s magisterským vzděláním, má výborné znalosti v této oblasti. 71% výborných znalostí mají respondenti (17) s bakalářským vzděláním. Respondenti (34) se středoškolským vzděláním mají 12% výborných znalostí a pouze 5% výborných znalostí mají respondenti (19) s vyšším odborným vzděláním.

Tabulka č. 43 – Co vše by měl zahrnovat edukační plán

CO BY MĚL ZAHRNOVAT EDUKAČNÍ PLÁN	Výborně	Dobře	Dostatečně	Nedostatečně
SZŠ	5	18	11	0
Celkem respondentů SZŠ	34	34	34	34
Relativní četnost	15%	53%	32%	0%

Zdroj: vlastní

U této položky, jsem vybrala 6 nejdůležitějších věcí, jak připravit pacienta na edukaci, ve kterých se respondenti převážně shodovali. Nejvíce byl zmiňovaný cíl edukace, použité pomůcky, výukové metody, časová dotace, plánování, hodnocení. Pokud respondenti odpověděli alespoň 5 a více správných věcí, mají výborné znalosti v této

oblasti. Pokud zaznamenali 4 správné odpovědi, mají dobré znalosti. Alespoň 3 správně vyjmenované položky znamenají dostatečné znalosti. Pokud respondenti uvedli 2 a méně odpovědi, pak jejich znalosti jsou nedostatečné.

Z celkového počtu respondentů 34 (100%) se středoškolským vzděláním má výborné znalosti u této otázky 5 (15%) respondentů. Dobré znalosti má 18 (53%) respondentů. Dostatečné znalosti má 11 (32%) respondentů a nedostatečné znalosti má 0 (0%) respondentů se středoškolským vzděláním.

Tabulka č. 44 – Co vše by měl zahrnovat edukační plán

CO BY MĚL ZAHRNOVAT EDUKAČNÍ PLÁN	Výborně	Dobře	Dostatečně	Nedostatečně
VOŠ	3	13	3	0
Celkem respondentů VOŠ	19	19	19	19
Relativní četnost	16%	68%	16%	0%

Zdroj: vlastní

Z celkového počtu respondentů 19 (100%) s vyšším odborným vzděláním má výborné znalosti u této otázky 3 (16%) respondentů. Dobré znalosti má 13 (68%) respondentů. Dostatečné znalosti mají 3 (16%) respondenti a nedostatečné znalosti má 0 (0%) respondentů s vyšším odborným vzděláním.

Tabulka č. 45 – Co vše by měl zahrnovat edukační plán

CO BY MĚL ZAHRNOVAT EDUKAČNÍ PLÁN	Výborně	Dobře	Dostatečně	Nedostatečně
Bc.	14	3	0	0
Celkem respondentů Bc.	17	17	17	17
Relativní četnost	82%	18%	0%	0%

Zdroj: vlastní

Z celkového počtu respondentů 17 (100%) s bakalářským vzděláním má výborné znalosti u této otázky 14 (82%) respondentů. Dobré znalosti mají 3 (18%) respondenti.

Dostatečné znalosti má 0 (0%) respondentů a nedostatečné znalosti má také 0 (0%) respondentů s bakalářským vzděláním.

Tabulka č. 46 – Co vše by měl zahrnovat edukační plán

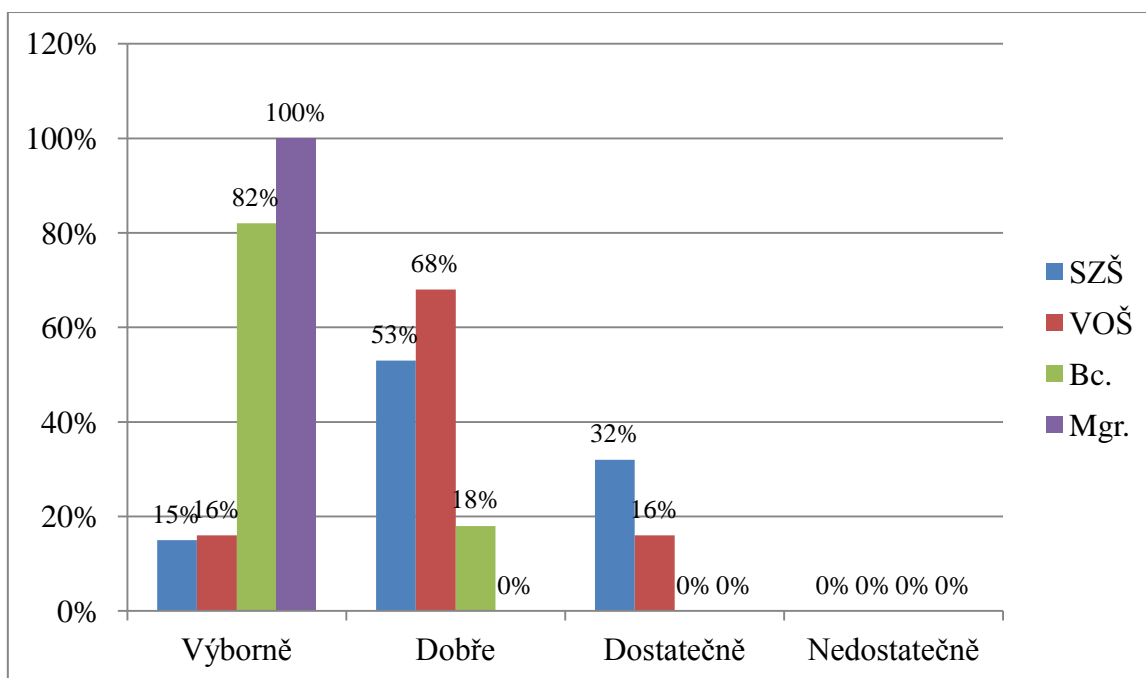
CO BY MĚL Zahrnovat EDUKAČNÍ PLÁN	Výborně	Dobře	Dostatečně	Nedostatečně
Mgr.	4	0	0	0
Celkem respondentů Mgr.	4	4	4	4
Relativní četnost	100%	0%	0%	0%

Zdroj: vlastní

Všichni respondenti 4 (100%) s magisterským vzděláním mají výborné znalosti v této oblasti.

Pro lepší znázornění byl vyhotoven následující graf.

Graf č. 7 – Vypište co vše by měl zahrnovat edukační plán



Zdroj: vlastní

100% respondentů (4) s magisterským vzděláním vědí, co vše by měl zahrnovat edukační plán. Dále 82% respondentů (17) s bakalářským vzděláním má výborné znalosti.

16% respondentů (19) s vyšším odborným vzděláním má výborné znalosti v této oblasti a 15% respondentů (34) se středoškolským vzděláním má také výborné znalosti.

Hodnocení znalostních položek – cíl 2

Otázky č. 15 a č. 16 byly spíše informativní. Jak se dalo předpokládat, většina všeobecných sester zvolila jako odpověď názornou ukázkou. Otázky č. 17 – 20 byly znalostní otázky v oblasti zásad edukačního procesu, které byly otevřené a respondenti se tak mohli rozepsat. U otázek č. 17 a 19 bylo vybráno 5 nejdůležitějších věcí. U otázky č. 20 bylo vybráno 6 nejdůležitějších věcí, ve kterých se respondenti převážně shodovali. Pokud respondenti uvedli alespoň 5 a více správných odpovědí, měli výborné znalosti v této oblasti. Pokud uvedli 4 správné odpovědi, jejich znalosti byly hodnoceny jako dobré. Při alespoň 3 správně vyjmenovaných položkách, byli respondenti zařazeni do složky dostatečné znalosti a pokud respondenti uvedli 2 a méně správné odpovědi, pak jejich znalosti byly hodnoceny jako nedostatečné. U otázky č. 18 byla správně pouze jedna odpověď. Úspěšnost všech respondentů u otázky č. 18 po zprůměrování byla 96,5%, což se jeví jako výborná znalost respondentů v této oblasti. Pro zhodnocení celkové úrovně znalostí respondentů v oblasti zásad edukačního procesu, byla vyhotovena následující tabulka.

Tabulka č. 47 – Celková úroveň znalostí respondentů v oblasti zásad edukačního procesu

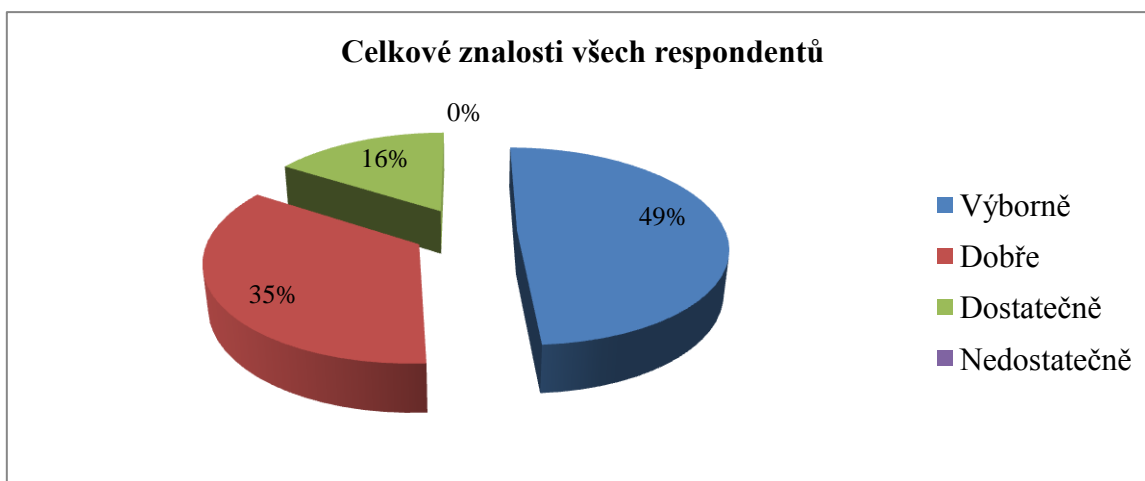
CELKOVÁ ÚROVEŇ ZNALOSTÍ V %	Výborně	Dobře	Dostatečně	Nedostatečně
SZŠ	14%	43%	43%	0%
VOŠ	18%	61%	21%	0%
Bc.	71%	29%	0%	0%
Mgr.	92%	8%	0%	0%

Zdroj: vlastní

Ve složce – výborně, měli největší procentuální zastoupení (92%), respondenti s magisterským vzděláním (4). 71% výborných znalostí měli respondenti s bakalářským vzděláním (17), 18% výborných znalostí měli respondenti (19) s vyšším odborným vzděláním a nejméně 14% výborných znalostí měli respondenti (34) se středoškolským vzděláním.

Pro znázornění znalostí všech respondentů byl vytvořen následující graf.

Graf č. 8 – Celkové znalosti zásad edukačního procesu respondentů



Zdroj: vlastní

Výborné znalosti zásad edukačního procesu mělo 49% všech respondentů, dobré znalosti v této oblasti mělo 35% všech respondentů, 16% všech respondentů mělo dostatečné znalosti a nedostatečné znalosti mělo 0% respondentů.

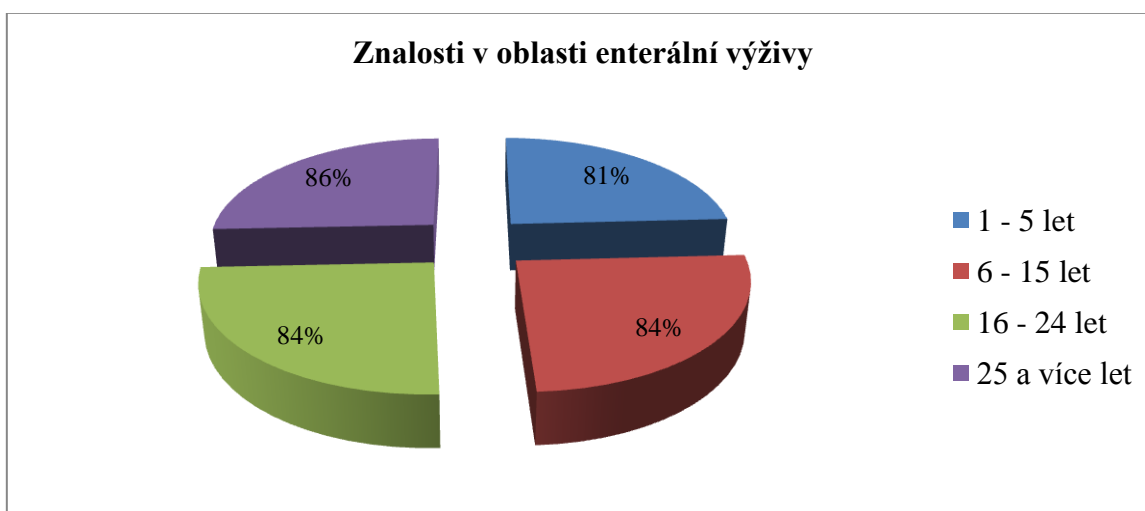
Analýza průzkumu – cíl 3

K tomuto cíli se vztahují tabulky, které jsou pro lepší přehlednost a srovnání vyhotoveny výše. Jedná se o tabulky č. 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 21, 23 a 25.

Hodnocení znalostních položek – cíl 3

Dotazník obsahoval celkem 20 otázek, z toho 11 znalostních otázek v oblasti enterální výživy a to otázky č. 4 – 14. Otázka, u které bylo více správných odpovědí, byla hodnocena jako dobře zodpovězena, pouze v případě vyplnění všech správných odpovědí. Procentuální úspěšnost u všech otázek byla sečtena a pro zpřehlednění zprůměrována do následujícího grafu, který vyjadřuje úspěšnost s ohledem na délku odborné praxe respondentů.

Graf č. 9 – Úspěšnost vyjádřená v procentech s ohledem na délku odborné praxe



Zdroj: vlastní

Největší úspěšnost (86%), měli respondenti (16), s délkou praxe 25 a více let. 84% úspěšnosti získali respondenti (15), s délkou praxe 16 – 24 let a respondenti (22), s délkou praxe 6 – 15 let a nejmenší úspěšnost (81%) získali respondenti (21), s délkou praxe 1 – 5 let.

9 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Cíl 1: Zjistit souvislost výše vzdělání s úrovní znalostí všeobecných sester v oblasti enterální výživy.

K cíli se vztahovaly otázky č. 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14. Otázkou č. 2 bylo zjištěno nejvyšší dosažené vzdělání respondentů, největší počet respondentů 34 (46%) uvedlo středoškolské vzdělání s maturitou (SZŠ). Dalšími zbylými otázkami byly zjištěny teoretické poznatky všeobecných sester k danému tématu, právě v souvislosti s dosaženou výší vzdělání.

K tomuto cíli se vztahuje **výzkumný předpoklad č. 1**: Většina všeobecných sester má dostatečné znalosti v oblasti enterální výživy (kritérium 70%). Výzkumný předpoklad byl ověřen dalšími výše uvedenými znalostními otázkami. Největší úspěšnost (93%), ve všech odpovědích týkajících se znalostí enterální výživy, měli respondenti (4) s magisterským vzděláním. 89% úspěšnosti získalo 17 respondentů s bakalářským vzděláním a 19 respondentů s vyšším odborným vzděláním. 34 respondentů se středoškolským vzděláním, získalo 81% úspěšnosti. **Výzkumný předpoklad č. 1 byl potvrzen.**

Cíl 2: Zjistit souvislost výše vzdělání s úrovní znalostí všeobecných sester v oblasti zásad edukačního procesu.

K cíli se vztahovaly otázky č. 1, 2, 15, 16, 17, 18, 19, 20. Těmito otázkami byly zjištěny teoretické poznatky všeobecných sester v oblasti zásad edukačního procesu, také s ohledem na jejich dosaženou výší vzdělání.

K tomuto cíli se vztahuje **výzkumný předpoklad č. 2**: Většina všeobecných sester má dostatečné znalosti zásad edukačního procesu v oblasti enterální výživy (kritérium 70%). Ve složce – výborně, měli největší procentuální zastoupení (92%), respondenti s magisterským vzděláním (4). 71% výborných znalostí měli respondenti s bakalářským vzděláním (17). 18% výborných znalostí měli respondenti (19) s vyšším odborným vzděláním a nejméně 14% výborných znalostí měli respondenti (34) se středoškolským vzděláním. **Výzkumný předpoklad č. 2 byl potvrzen**, protože všichni respondenti měli dostatečné znalosti v této oblasti.

Cíl 3: Zjistit, zda úroveň znalostí všeobecných sester souvisí s délkou jejich praxe.

K cíli se vztahovaly otázky č. 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14. Otázkou č. 3 byla zjištěna délka odborné praxe respondentů. Dalšími zbylými otázkami byly zjištěny teoretické poznatky všeobecných sester k danému tématu, právě v souvislosti s délkou jejich odborné praxe.

K tomuto cíli se vztahuje **výzkumný předpoklad č. 3: Úroveň znalostí všeobecných sester v oblasti enterální výživy, ve většině souvisí s délkou jejich praxe (kritérium 70%).** Největší úspěšnost znalostí (86%) měli respondenti (16), s délkou praxe 25 a více let. 84% úspěšnosti získali respondenti (15) s délkou praxe 16 – 24 let a respondenti (22) s délkou praxe 6 – 15 let. Nejmenší úspěšnost (81%) získali respondenti (21) s délkou praxe 1 – 5 let. **Výzkumný předpoklad č. 3 byl tedy potvrzen.**

10 DISKUZE

Při sestavování dotazníku jsem vycházela ze stanovených cílů a výzkumných předpokladů. Ke zpracování jsem měla k dispozici 74 (100%) dotazníků.

Nejvíce respondentů, kteří se zúčastnili šetření, bylo ve věkové skupině 25-34 let, což bylo 23 respondentů (31%). Tím se domnívám, že stále více absolventů SZŠ pokračuje ve studiu na vyšších odborných nebo vysokých školách a hned poté nastupují do zaměstnání. Na dotaz nejvyššího dosaženého vzdělání uvedlo 34 (46%) respondentů středoškolské vzdělání s maturitou (SZŠ), což byl největší počet. Další otázku zaměřenou na délku odborné praxe označilo nejvíce respondentů 22 (30%) kategorií 6-15 let. Při porovnání s prací Jiřího Kytnera, která se zabývá problematikou péče o pacienty s NGS, kde v praktické části byly zjišťovány znalosti všeobecných sester, které ve své praxi pečují o pacienty s NGS, bylo zjištěno, že autor uvádí průměrný věk respondentů 33 let, průměrnou délku praxe respondentů 11,9 let a nejvíce respondentů (49%) s dosaženým středoškolským vzděláním. (20). Jde tedy o srovnatelný výsledek.

Následující otázky se týkaly teoretických znalostí sester v oblasti enterální výživy. Po vyhodnocení bylo zjištěno, že všeobecné sestry mají dostačující znalosti v této oblasti. Nicméně u otázky, co se používá při proplachu enterální sondy, mě celkem zarazila skutečnost, že i nyní si všeobecné sestry v některých případech myslí, že by se sonda měla proplachovat čajem, což by se dělat nemělo, kvůli naleptávání a ucpávání sondy. 32% sester se středoškolským vzděláním proplachuje sondu čajem, zatímco 100% sester s magisterským vzděláním ji proplachuje vodou. J. Kytner ve své práci uvádí, že 80% jeho respondentů proplachuje sondu také čajem (20). Z tohoto hlediska lze tedy vidět, že čím vyšší mají respondenti vzdělání, tím mají více teoretických znalostí.

U položky, které indikace vedou k zahájení enterální výživy, mě také překvapilo, že nejčastější odpovědi byly pouze stenózy jícnu, což jsem nemohla uznat jako správnou odpověď, protože indikací je mnoho a dalšími častými, které byly uvedeny v dotazníku, jsou akutní pankreatitida a syndrom krátkého střeva, které uváděly sestry se středoškolským vzděláním pouze v 68%.

Na otázku u jakých pacientů se podává nízkomolekulární výživa, odpovědělo dobře pouze 53% respondentů s vyšším odborným vzděláním, což znamená, že 47% odpovědělo, že se podává pacientům s teplotami, což není dobře, protože nízkomolekulární výživa, právě díky svému složení pomáhá pacientům s vomitem nebo s průjmy.

U poslední teoretické otázky v oblasti enterální výživy, která zněla, kolika mililitry se proplachuje enterální sonda, u které mě neznalost sester s délkou praxe přes 25 let opravdu překvapila. Jejich úspěšnost byla pouze 38%, což v praxi může vést ke komplikacím, například právě k častému zmiňovanému ucívání sondy.

V dalších otázkách, které byly zaměřeny na znalosti zásad v edukačním procesu, jsme se mohli dozvědět, že nejužívanější metodou k ověřování správné edukace nebo k nejužívanější výukové metodě patří názorná ukázka. Což bylo předpokládané, protože je nejvhodnější metodou, hlavně při zapojování samotného pacienta do edukace a tím ho lépe motivovat k učení se nových poznatků a dovedností.

V položce, jaké zásady při edukaci pacienta dodržujete, se mimo správné odpovědi, také v některém případě objevila odpověď – „dodržuji časovou dotaci“, u této odpovědi jsem se pozastavila, protože každý pacient je individuální a nemůžeme přesně říci, kolik času budeme potřebovat při jeho edukaci. Tato odpověď je neadekvátní a k pacientovi nepřiměřená.

Dále u další otevřené otázky, jak připravíte pacienta k edukaci, jsem při vyhodnocování dotazníku narazila na odpověď - „nechám nejdříve pacienta vyprázdnit“, což samozřejmě nemůžeme zamítnout, ale není to vhodná prioritní odpověď pro tuto otázku.

Položek, které byly otevřené, se jinak respondenti ujali velmi dobře. Na jejich odpovědích bylo vidět, že s edukačními plány pracují opravdu denně. Odpovědi byly ve větší míře správné a převážně se shodovaly, což můžeme říci, že je správným krokem k efektivní edukaci pacientů.

Také díky zhodnocení výsledků u teoretických položek v oblasti enterální výživy je spíše vidět, že více teoretických poznatků se právě odvíjí od výše vzdělání sester. Sestry s magisterským vzděláním mají podstatně vyšší znalosti, než třeba sestry se středoškolským vzděláním. Na druhou stranu u délky praxe toto tvrzení není tak prioritní.

Lze tedy dle výzkumného šetření říci, že úroveň teoretických poznatků u sester nezáleží ani tak na délce praxe, jako spíše na výši dosaženého vzdělání.

V bakalářské práci J. Kytnera, ve které se zabýval znalostmi všeobecných sester v péči o pacienty s NGS, se výzkumné předpoklady potvrdily pouze z poloviny (20). Tím si dovoluji tvrdit, že sester s vysokoškolským vzděláním neustále přibývá, a proto se teoretické znalosti sester zlepšují a tím se prohlubují i jejich praktické zkušenosti a dovednosti.

ZÁVĚR

Téma bakalářské práce bylo zaměřeno na zjištění úrovně znalostí všeobecných sester v oblasti enterální výživy. V hlavní části práce jsou popsány základní informace o enterální výživě, indikace, kontraindikace, způsoby aplikace enterální výživy, dále se práce zabývá ošetrovatelskou péčí a edukací pacientů v této oblasti.

Ke zjištění výsledků byly stanoveny tři cíle, které byly ověřovány třemi očekávanými výsledky. Všechny výzkumné předpoklady se potvrdily. Díky tomu lze tedy říci, že všeobecné sestry mají dostačující teoretické znalosti v oblasti enterální výživy a v oblasti zásad edukačního procesu. Také můžeme tvrdit, že znalost všeobecných sester souvisí ve většině případů opravdu s výší vzdělání. Délka praxe v tomto případě nemá takový vliv, i když bychom si mohli myslet, že čím více praktických zkušeností, tím více teoretických poznatků, tady v tom případě to ale pravidlem není.

Na závěr práce lze říci, díky výslednému šetření, že úroveň znalostí všeobecných sester v oblasti enterální výživy spíše závisí na výší vzdělání, než na délce odborné praxe. Proto si myslím, že by všeobecné sestry měly být nadále proškoleny a tím získaly více teoretických poznatků, které mohou využít v praxi.

Návrh na doporučení do klinické praxe

Na základě zjištěných informací z dotazníkového šetření doporučuji toto:

- celoživotní vzdělávání všeobecných sester
- vzdělávání všeobecných sester na vysokých školách
- pomocí auditů kontrolovat znalosti všeobecných sester
- zajistit vyhotovení standardů v oblasti enterální výživy na každém oddělení
- zajistit školicí semináře pro efektivní edukaci pacientů
- zajistit více sester jako samostatných „ edukátorek “
- informovat všeobecné sestry o jejich kompetencích v oblasti edukace
- motivovat sestry ke správné spolupráci

LITERATURA A PRAMENY

- 1 KŘEMEN, Jaromír, KOTRLÍKOVÁ, Eva a SVAČINA, Štěpán. *Enterální a parenterální výživa*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2009, 139 s. ISBN 978-802-0420-701.
- 2 KOHOUT, Pavel, RUŠAVÝ, Zdeněk a ŠERCLOVÁ, Zuzana. *Vybrané kapitoly z klinické výživy I*. 1. vyd. Praha: Forsapi, 2010, 184. Informační servis pro lékaře. ISBN 978-808-7250-082.
- 3 KOHOUT, Pavel, KOTRLÍKOVÁ, Eva a ŠERCLOVÁ, Zuzana. *Základy klinické výživy*. Vyd. 1. Praha: Krigl, 2005, 113 s. Informační servis pro lékaře. ISBN 80-869-1208-6.
- 4 URBÁNEK, Libor, URBÁNKOVÁ, Pavla a ŠERCLOVÁ, Zuzana. *Klinická výživa v současné praxi*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2008, 104 s. Informační servis pro lékaře. ISBN 978-807-0134-733.
- 5 CHARVÁT, Jiří, KVAPIL, Milan a ŠERCLOVÁ, Zuzana. *Praktikum umělé výživy: učební texty k praktickým cvičením z umělé výživy*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006, 155 s.: Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 80-246-1303-4.
- 6 JUŘENÍKOVÁ, Petra, KVAPIL, Milan a ŠERCLOVÁ, Zuzana. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi: učební texty k praktickým cvičením z umělé výživy*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 77 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 978-802-4721-712.
- 7 ZADÁK, Zdeněk. *Výživa v intenzivní péči*. 2. rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2009, 542 s. ISBN 978-802-4728-445.

- 8 SVAČINA, Štěpán a BRETŠNAJDROVÁ, Alena. *Dietologický slovník*. 1. vyd. V Praze: Triton, 2008, 271 s. ISBN 978-807-3870-621.
- 9 URBÁNEK, Libor, URBÁNKOVÁ, Pavla a MARKOVÁ, Jaroslava. *Klinická výživa v současné praxi*. 2. upr. vyd. Brno: NCONZO, 2010, 97 s. ISBN 978-807-0135-259.
- 10 ŽEŽULKOVÁ, Jaroslava a MATOUŠEK, David. *PEG - perkutánní endoskopická gastrostomie* [online]. Mladá fronta a.s.: 2014 [cit. 2014-02-23]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/peg-perkutanni-endoskopicka-gastrostomie-353949>
- 11 *Multimediální trenážer plánování ošetrovatelské péče: Edukace: Edukace klienta s PEG* [online]. VOŠ zdravotnická a Střední zdravotnická škola, Hradec Králové [cit. 2014-02-23]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/edukace.aspx?id=17>
- 12 VOJTOVÁ, Markéta. Metody zavedení, indikace a kontraindikace PEG. *Sestra*. Praha: Knižní podnikatelský klub, 2009, 6, 44-45. ISSN 1210-0404.
- 13 SOLAŘ, Svatopluk. *Jak pečovat o PEG a výživovou sondu, aby ony pečovaly o Vás: domácí nutriční péče*. Praha: Nutricia, 2012, 24 s. ISBN 978-80-239-9593-0.
- 14 STEJSKALOVÁ, Věra. *Výživa pro boj s nemocí*. [online]. Praha: Nutricia a.s. 2011 [cit.2014-03-24]. Dostupné z: http://www.vyzivavnemoci.cz/fileadmin/pub/doc/Nutricia_-_vseobecna_brozurka_-_web.pdf
- 15 NUTRICIA. *Nutridrink: Přípravky* [online]. © 2014 Nutricia a.s. [cit. 2014-02-23]. Dostupné z: <http://www.nutridrink.cz/pripravky>
- 16 INTERNATIONAL, Joint Commission. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice: překlad 3. vyd. 1. české vyd.* Praha: Grada, 2008, 309 s. ISBN 978-802-4724-362.

- 17 GROFOVÁ, Zuzana. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 237 s., [8] s. barev. obr. příl. ISBN 978-802-4718-682.
- 18 WORKMAN, Barbara A a BENNETT Clare L. *Klíčové dovednosti sester*. Vyd. 1. české. Překlad Marie Zvoníčková. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1714-X.
- 19 *Multimediální trenážer plánování ošetrovatelské péče: Edukace* [online]. VOŠ zdravotnická a Střední zdravotnická škola, Hradec Králové [cit. 2014-02-23]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/edukace.aspx?id=1>
- 20 KYTNER, Jiří. *Znalosti všeobecných sester v péči o pacienty s nazogastrickou sondou* [online]. Brno, 2012 [cit. 2014-02-23]. Bakalářská práce. MASARYKOVA UNIVERZITA LÉKAŘSKÁ FAKULTA Katedra ošetrovatelství. Vedoucí práce PhDr. Andrea Pokorná, Ph.D. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/358741/lf_b/BP_Kytner_2012.pdf.
- 21 ŠPINAR, Jindřich a LUDKA Ondřej. *Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2013, 336 s. ISBN 978-80-247-4356-1.
- 22 *Tekutá enterální výživa k popíjení. sipping.: Materiál pro pacienty, leden 2012*. [online]. [cit. 2014-03-19]. Dostupné z: http://www.linkos.cz/files/stranky/pro-odborniky/o-spolecnosti/odborne-sekce-cos/PSNPO/Tekuta-enteralni-vyziva-k-popijeni_22_5_2012.pdf
- 23 *Enteral nutrition* [online]. Pinnt. [cit. 2014-03-24]. Dostupné z : <http://pinnt.com/therapies/enteral-nutrition.aspx>
- 24 LOCHS, H. a. THOMAS D. R. *Home care enteral feeding*. Vevey, Switzerland: S. Karger, 2005, 256 s. ISBN 38-055-7850-4.
- 25 KOHOUT, Pavel. *Výživový knoflík – feeding button* [online]. © 2014 [cit. 2014-03-24]. Dostupné z: <http://www.kacaras.eu/clanky/medicina-od-a-do-z---vnitri-lekarstvi/vyukovy-portal/perkutanni-endoskopicka-gastrostomie.html>

- 26 KOHOUT, Pavel. *Perkutánní endoskopická gastrostomie* [online].]. © 2014 [cit. 2014-03-24]. Dostupné z: <http://www.kacaras.eu/clanky/medicina-od-a-do-z---vnitri-lekarstvi/vyukovy-portal/perkutanni-endoskopicka-gastrostomie.html>
- 27 Výživa v chorobe. *Typy výživových sond* [online]. © 2012 [cit. 2014-03-24]. Dostupné z: <http://www.vyzivavchorobe.sk/vyziva-deti/vyziva-deti-se-sondou/typy-sond/>

SEZNAM ZKRATEK

AIDS.....	Acquired Immune Deficiency Syndrome
ALS.....	Amyotrofická laterální skleróza
Apod.	A podobně
ATB	Antibiotika
Atd.	A tak dále
Bc	Bakalářský titul
BMI.....	Body Mass Index
CMP.....	Cévní mozková příhoda
č.	Číslo
DEV	Domácí enterální výživa
DMO.....	Dětská mozková obrna
DÚ	Dutina ústní
EV	Enterální výživa
FF	Fyziologické funkce
g.	Gram
GIT	Gastrointestinální trakt
Ch	Charriere
J-PEG.....	Jejunální perkutánní endoskopická gastrostomie
kcal.	Kilokalorie
KO	Krevní obraz
KPR	Kardiopulmonální resuscitace

Mgr Magisterský titul

ml Mililitr

mm Milimetr

Např. Například

NDS Nazoduodenální sonda

NGS Nazogastrická sonda

NJS Nazojejunální sonda

NPB Náhlá příhoda břichní

P Puls

PEG..... Perkutánní endoskopická gastrostomie

PEJ..... Perkutánní endoskopická jejunostomie

pH acidobazický indikátor

PVC Polyvinylchlorid

RTG Rentgen

str Strana

SZŠ Střední zdravotnická škola

TK..... Tlak krve

TT Tělesná teplota

tzv Takzvaně

VOŠ Vyšší odborná škola

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 – Věk respondentů

Tabulka č. 2 – Nejvyšší dosažené vzdělání

Tabulka č. 3 – Celková délka odborné praxe

Tabulka č. 4 – Co se používá při proplachu enterální sondy

Tabulka č. 5 – Co se používá při proplachu enterální sondy

Tabulka č. 6 – Indikace k zahájení enterální výživy

Tabulka č. 7 – Indikace k zahájení enterální výživy

Tabulka č. 8 – Může dojít špatnou fixací nazogastrické sondy k otláčeninám

Tabulka č. 9 – Může dojít špatnou fixací nazogastrické sondy k otláčeninám

Tabulka č. 10 – U jakých pacientů se používá nízkomolekulární výživa

Tabulka č. 11 – U jakých pacientů se používá nízkomolekulární výživa

Tabulka č. 12 – Co znamená zkratka PEG

Tabulka č. 13 – Co znamená zkratka PEG

Tabulka č. 14 – Může dojít ke kontaminaci enterálního přípravku?

Tabulka č. 15 – Může dojít ke kontaminaci enterálního přípravku

Tabulka č. 16 – Co znamená intermitentní podávání enterální výživy

Tabulka č. 17 – Co znamená intermitentní podávání enterální výživy

Tabulka č. 18 – Na co upozorníme pacienta při zavádění NGS

Tabulka č. 19 – Na co upozorníme pacienta při zavádění NGS

Tabulka č. 20 – Jak lze zkontrolovat správnou polohu zavedené enterální sondy

Tabulka č. 21 – Jak lze zkontrolovat správnou polohu zavedené enterální sondy

Tabulka č. 22 – Co patří do technických komplikací při zahájení enterální výživy

Tabulka č. 23 – Co patří do technických komplikací při zahájení enterální výživy

Tabulka č. 24 – Kolika mililitry by se měla proplachovat enterální sonda

Tabulka č. 25 – Kolika mililitry by se měla proplachovat enterální sonda

Tabulka č. 26 – Jakou nejčastější výukovou metodu při edukaci pacienta používáte

Tabulka č. 27 – Jakou nejčastější výukovou metodu při edukaci pacienta používáte

Tabulka č. 28 – Jakou nejčastější výukovou metodu při edukaci pacienta používáte

Tabulka č. 29 – Jakou nejčastější výukovou metodu při edukaci pacienta používáte

Tabulka č. 30 – Jak si nejčastěji ověřujete efekt edukačního procesu

Tabulka č. 31 – Jak si nejčastěji ověřujete efekt edukačního procesu

Tabulka č. 32 – Jak si nejčastěji ověřujete efekt edukačního procesu

Tabulka č. 33 – Jak si nejčastěji ověřujete efekt edukačního procesu

Tabulka č. 34 – Jaké zásady při edukaci dodržujete

Tabulka č. 35 – Jaké zásady při edukaci dodržujete

Tabulka č. 36 – Jaké zásady při edukaci dodržujete

Tabulka č. 37 – Jaké zásady při edukaci dodržujete

Tabulka č. 38 – Kolik fází má edukační proces

Tabulka č. 39 – Jak připravíte pacienta na edukaci v oblasti enterální výživy

Tabulka č. 40 – Jak připravíte pacienta na edukaci v oblasti enterální výživy

Tabulka č. 41 – Jak připravíte pacienta na edukaci v oblasti enterální výživy

Tabulka č. 42 – Jak připravíte pacienta na edukaci v oblasti enterální výživy

Tabulka č. 43 – Co vše by měl zahrnovat edukační plán

Tabulka č. 44 – Co vše by měl zahrnovat edukační plán

Tabulka č. 45 – Co vše by měl zahrnovat edukační plán

Tabulka č. 46 – Co vše by měl zahrnovat edukační plán

Tabulka č. 47 – Celková úroveň znalostí respondentů v oblasti zásad edukačního procesu

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 – Věk respondentů

Graf č. 2 – Nejvyšší dosažené vzdělání

Graf č. 3 – Celková délka odborné praxe

Graf č. 4 – Úspěšnost vyjádřená v procentech s ohledem na vzdělání respondentů

Graf č. 5 – Jaké zásady při edukaci dodržujete

Graf č. 6 – Jak připravíte pacienta na edukaci v oblasti enterální výživy

Graf č. 7 – Vypište co vše by měl zahrnovat edukační plán

Graf č. 8 – Celkové znalosti zásad edukačního procesu respondentů

Graf č. 9 – Úspěšnost vyjádřená v procentech s ohledem na délku odborné praxe

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 – Přípravky pro sipping

Obrázek 2 – Perkutánní endoskopická gastrostomie

Obrázek 3 – Nazogastrická sonda

Obrázek 4 – Výživový knoflík

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Dotazník

Příloha 2 – Povolení sběru informací

Příloha 3 – Přehled přípravků pro sipping od firmy Nutricia

Příloha 4 – Metody zavedení sond pro podávání enterální výživy

Příloha 1 - Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Klára Homolková a jsem studentkou ZČU, fakulty zdravotnických studií, oboru všeobecná sestra. Tímto Vás žádám o vyplnění dotazníku k výzkumné části mé bakalářské práce na téma edukace klientů s enterální výživou. Cílem práce je zhodnocení úrovně znalostí všeobecných sester v oblasti enterální výživy.

Dotazník se skládá z 20 otázek a je zcela anonymní. Vyplněním souhlasí respondent se zpracováním dat

Děkuji Vám za spolupráci.

1. Kolik Vám je let?

- a) 18-24
- b) 25-34
- c) 35-44
- d) 45 a více

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Středoškolské vzdělání s maturitou
- b) Vyšší odborné vzdělání
- c) Vysokoškolské vzdělání (bakalářské studium)
- d) Vysokoškolské vzdělání (magisterské studium)

3. Jaká je celková délka vaší odborné praxe?

- a) 1-5 let
- b) 6-15 let
- c) 16-24 let
- d) 25 a více let

4. Při proplachu enterální sondy používáme?

- a) Čaj
- b) Stolní neperlivou vodu
- c) Kávu

5. Vyberte hlavní indikace k zahájení enterální výživy (možno více odpovědí)

- a) Akutní pankreatitida
- b) Stenózy jícnu
- c) Zlomeniny horních končetin
- d) Syndrom krátkého střeva

6. Může dojít špatnou fixací nazogastrické sondy k otlačeninám?

- a) Ano, může
- b) Ne, nemůže
- c) Nevím

7. U jakých pacientů se používá nízkomolekulární výživa? (možno více odpovědí)

- a) U pacientů s teplotou
- b) U zvracejících pacientů
- c) U pacientů s průjmy

8. Co znamená zkratka PEG?

- a) Perkutánní endoskopická gastroskopie
- b) Perkutánní endoskopická gastrostomie
- c) Perkutánní endoskopická gastritida

9. Může dojít ke kontaminaci enterálního přípravku?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

10. Co znamená intermitentní podávání enterální výživy?

- a) Odměřené množství podávané stříkačkou
- b) Výživa podávána 20 hodin bez přerušení
- c) Přípravek, který se podává 3 hodiny, následuje 2 hodiny pauza a celý proces se opakuje po dobu 24 hodin

11. Při zavádění NGS upozorníme pacienta aby:

- a) Zhluboka dýchal
- b) Měl otevřená ústa
- c) Polykal

**12. Jak sestra může zkontrolovat správnou polohu zavedené enterální sondy?
(možno více odpovědí)**

- a) Nelze zkontrolovat
- b) Aspirací žaludečního obsahu
- c) Poslechem

13. Co patří do technických komplikací při zahájení enterální výživy?

- a) Ucpání sondy
- b) Intolerance výživy
- c) Aspirace

14. Kolika mililitry tekutiny by se měla proplachovat enterální sonda?

- a) 10 ml
- b) 20 ml
- c) 50 ml

15. Jakou nejčastější výukovou metodu při edukaci pacienta používáte?

- a) Přednáška
- b) Rozhovor
- c) Názorná ukázka
- d) Jiné

16. Jakou metodu nejčastěji volíte při ověřování edukačního procesu?

- a) Položení otázky
- b) Požádám pacienta o názornou ukázku
- c) Nijak si ho neověřuji

17. Jaké zásady při edukaci dodržujete?

.....

18. Kolik fází má edukační proces?

- a) 3
- b) 5
- c) 6

19. Jak připravíte pacienta na edukaci v oblasti enterální výživy?

.....

20. Vypište, co vše by měl zahrnovat edukační plán?

.....

Děkuji za Váš čas.

Zdroj: vlastní

Příloha 2 – Povolení sběru informací



Útvar náměstka pro ošetrovatelskou péči

Dr. E. Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory
alej Svobody 80, 304 60 Plzeň - Lochotín
IČO 00669806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

Vážená paní

Klára Homolková

Studentka oboru Všeobecná sestra, Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií,
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň uděluji povolení ke sběru dat pomocí dotazníku, určeného nelékařským zdravotnickým pracovníkům na níže uvedených pracovištích FN Plzeň:

- I. Interní klinika, II. Interní klinika
- Hematoonkologické oddělení, Onkologické a radioterapeutické oddělení

Vaše šetření budete provádět – za níže uvedených podmínek - v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce na téma „Edukace klientů s enterální výživou“.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní sestry oslovených pracovišť souhlasí s Vaším šetřením.
- Osobně rozdáte a seberete dotazníky.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického řádu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372 / 2011 Sb..
- Po zpracování Vámi zjištěných údajů poskytnete zdravotnickému oddělení / klinice či organizačnímu celku FN Plzeň závěry Vašeho šetření, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK / OC zájem.

Toto povolení nezakládá povinnost zdravotnických pracovníků dotazník vyplnit, pokud by vyplnění dotazníku narušovalo plnění jejich pracovních povinností či pokud by vyplnění dotazníku narušovalo jejich soukromí. Vyplnění dotazníku je dobrovolné a je vyjádřením ochoty ke spolupráci oslovených zaměstnanců FN Plzeň s tazatelkou.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr., Bc. Světluše Chabrová
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči

Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň
tel.: 377 103 204, 377 402 207
e-mail: chabrovass@fnplzen.cz

30. 9. 2013

Příloha 3 – Přehled přípravků pro sipping od firmy Nutricia

Obrázek 1 – Přípravky pro sipping



Zdroj: (15)

Příloha 4 – Metody zavedení sond pro podávání enterální výživy

Obrázek 2 – Perkutánní endoskopická gastrostomie



Zdroj: (26)

Obrázek 3 – Nazogastrická sonda

Zdroj: (27)



Obrázek 4 – Výživový knoflík



Zdroj: (25)