

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2015

Kateřina Jenšíková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Kateřina Jenšíková

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**VLIV SPECIÁLNÍ NUTRIČNÍ VÝŽIVY
PŘI REKONVALESCENCI PACIENTŮ NA DĚČÍNSKU**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: MUDr. Lenka Luhanová

PLZEŇ 2015

zadání BP z fakulty

Prohlášení

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

V Plzni dne 21. 3. 2015.

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji MUDr. Lence Luhanové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji všem lékařům, kteří mi byli nápomocni při tvorbě této bakalářské práce.

Anotace

Příjmení a jméno: Jenšíková Kateřina

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Vliv speciální nutriční výživy při rekonvalescenci pacientů na Děčínsku

Vedoucí práce: MUDr. Lenka Luhanová

Počet stran – číslované: 61

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 27

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 27

Klíčová slova: speciální nutriční výživa, enterální a parenterální výživa, zdraví, onemocnění, léčba

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá tím, do jaké míry může speciální nutriční výživa ovlivnit rekonvalescenci pacientů na Děčínsku. Okres Děčín byl vybrán zejména pro svůj specifický charakter. Je to oblast, která se potýká s vysokou nezaměstnaností, s různou skladbou obyvatel, nízkou vzdělaností a zhoršenou dopravní infrastrukturou. Právě tyto faktory velkou měrou ovlivňují, jak pacient přistupuje k doporučení speciální nutriční výživy a jak se potom odvíjí jeho zdravotní stav - při onkologickém onemocnění, před a po operaci a zákroku nebo jako součást prevence před malnutricí. S tím velmi souvisí i informovanost lékařů a jejich aktivní přístup v motivaci pacientů. Pozornost je věnována tomu, jak se lékaři v dané speciální nutriční výživě orientují, komu ji nejčastěji doporučují a jakým stylem na ni pacienti reagují. Výsledkem jsou navržená opatření pro větší podporu užívání speciální nutriční výživy s ohledem na typický charakter vybraného okresu. Jde nejenom o rozšíření informovanosti pacientů, ale také lékařů a sester tak, aby speciální nutriční výživa byla vnímána jako plnohodnotná pomoc při zdárném návratu z nemoci.

Annotation

Surname and name: Jenšíková Kateřina

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Special Nourishment Application in the Process of Patients Recovery of the Děčín Region.

Consultant: MUDr. Lenka Luhanová

Number of pages – numbered: 61

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 27

Number of appendices: 3

Number of literature items used: 27

Keywords: special nutritional food, enteral and parenteral nutrition, health, illness, treatment

Summary:

This Bachelor's thesis examines to what extent a specialised nutritional diet can influence the recovery process of patients in the Děčín region. The District of Děčín was chosen primarily for its specific qualities. This region struggles with a high unemployment rate, has a diverse population composition, low levels of education, and a deteriorated transportation infrastructure. These specific factors have a great impact on how a patient approaches special nutritional recommendations and the development of their state of health—for cancer, before and after surgery and medical procedures, or as part of malnutrition prevention. This is related to a great extent to doctor awareness and their active approach to patient motivation. Attention is given to how knowledgeable doctors are in a given specialised nutritional diet, to whom they most often recommend this diet, and how patients react to it. The result is proposed measures for greater support for the use of specialised nutritional diets, taking into account the typical nature of the selected district. It is about increasing not only patient awareness, but doctor and nurse awareness as well, so that specialised nutritional diets will be regarded as a valuable aid for a successful recovery from an illness.

OBSAH

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST	12
1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ	12
1.1 Charakteristika okresu Děčín.....	13
2 MALNUTRICE	17
2.1 Příčiny malnutrice.....	17
2.2 Rozdělení malnutrice	19
2.3 Klinické projevy	19
2.4 Vliv malnutrice na fyziologické funkce.....	21
2.5 Diagnostika nutričního stavu pacienta.....	23
3 SLOŽENÍ VÝŽIVY	25
3.1 Voda a minerální látky.....	25
3.2 Makronutrienty	26
3.3 Mikronutrienty	26
3.4 Specifické nutriční substráty.....	27
3.5 Imunonutriční a antioxidanty	27
4 DĚLENÍ NUTRIČNÍ PODPORY	28
4.1 Základní definice, indikace a kontraindikace	28
4.2 Formy podání a složení enterální a parenterální výživy	29
4.3 Speciální formy podání enterální a parenterální výživy	31
5 ÚLOHA SESTRY V EDUKACI.....	32
5.1 Úloha nutričního terapeuta.....	32
5.2 Podávání sippingu.....	32
5.3 Práce nutričního terapeuta - dietní sestry.....	33
PRAKTICKÁ ČÁST	34
6 FORMULACE PROBLÉMU	34
7 CÍL VÝZKUMU	35
8 CHARAKTERISTIKA SOUBORU.....	36
9 METODIKA SBĚRU DAT.....	37
10 ORGANIZACE VÝZKUMU	38
11 ANALÝZA ÚDAJŮ	39
12 PREZENTACE A INTEPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ.....	62
13 DISKUZE	66
ZÁVĚR.....	69
POUŽITÁ LITERATURA	

SEZNAM TABULEK	
SEZNAM GRAFŮ	
SEZNAM OBRÁZKŮ	
SEZNAM ZKRATEK	
SEZNAM PŘÍLOH	
PŘÍLOHA 1 OBRÁZKY	
PŘÍLOHA 2 DOTAZNÍK	
PŘÍLOHA 3 NÁVRH SEMINÁŘE PRO LÉKAŘE.....	

ÚVOD

Výživa člověka patří k důležitým faktorům životního stylu, které ovlivňují zdraví. V dnešní době si to uvědomuje řada odborníků, a proto se této problematice věnují v různých odvětvích. Může to být oblast gastronomie nebo sportu, přičemž tou nejvýznamnější stále zůstává oblast zdravotnictví.

Nebylo tomu tak ale vždy. Klinická výživa byla dlouho dobu velice opomíjeným tématem, kdy jí nebyla věnována náležitá pozornost. Situace se začala pomalu měnit až postupem času, kdy se díky odborným studiím začalo potvrzovat, že dobrý nutriční stav člověka velmi významně ovlivňuje jeho schopnost vypořádat se s onemocněním, dobře zvládat léčbu, snižovat možné komplikace a celkově zlepšovat výsledky léčebné péče. Speciální nutriční výživa má dnes své nezastupitelné místo v řadě zdravotnických oblastí, nicméně její přínos není vnímán zcela automaticky. Naopak se liší podle přístupu zdravotnických pracovníků, podle dostatku informací nebo podle regionu.

Proto jsem si jako téma své bakalářské práce vybrala „Vliv speciální nutriční výživy na rekonvalescenci pacientů na Děčínsku“. Při zpracování jsem vycházela z předpokladu, že podporu nutriční výživy ovlivňuje několik faktorů, a ty se vyskytují právě v regionu Děčínska. Patří mezi ně obecná informovanost lékařů, přístup pacientů, sociální skladba obyvatel, jejich vzdělanost a také míra nezaměstnanosti, která ovlivňuje ekonomické výdaje pacientů třeba právě za nutriční výživu. Všechny tyto faktory mohou mít vliv na to, zda se speciální nutriční výživa dostane k rizikovým skupinám, nebo zda se její výsledky určitým skupinám lidí vyhnou.

Pro region Děčínska jsem se rozhodla právě pro jeho charakteristickou povahu. Jedná se o lokalitu, která se potýká s vysokou mírou nezaměstnanosti, s různorodou skladbou obyvatel, nízkou vzdělanostní strukturou a horší dopravní infrastrukturou. Je také místem, kde se vyskytují sociálně vyloučené lokality a život zde není pro obyvatele jednoduchý. To vše přitom může mít vliv právě na přístup zdravotníků, ale i pacientů k zodpovědnému vztahu ke svému zdraví, kam právě speciální nutriční výživa spadá.

Přestože se péče o výživu zdravých i nemocných lidí v průběhu let měnila, problémy s výživou populace existovaly vždy. Při pohledu do historie to mohly být v některých sociálních skupinách nemoci z nadbytku, v současnosti jsou to ale ve většině problémy s podvýživou. Ta se přitom netýká jen lidí mimo zdravotnická zařízení, ale jde také o problémy s vyživováním pacientů v nemocnicích, v domovech pro seniory a dalších podobných institucích.

Ve své práci jsem se proto zajímala o to, jaké je všeobecné povědomí praktických lékařů a veřejnosti o speciální nutriční výživě. Zjišťovala jsem také, jaká je nejčastější cílová skupina, jaké jsou reakce na užívání nutriční výživy a jakým způsobem se aplikace projevuje na vývoji zdravotního stavu pacientů. Pro potřeby této bakalářské práce jsem proto stanovila hypotézu: Speciální nutriční výživa má příznivý vliv na rekonvalescenci pacientů na Děčínsku. Její podpora má smysl.“ Na Děčínsku proto, abych výsledky mého šetření ukotvila do prostředí konkrétního regionu, jehož faktory mohou samy o sobě zdravotní stav populace v této oblasti ovlivňovat.

V úvodní části mé práce se věnuji obecnému vymezení tématu a vysvětlení základních pojmů. Dále se podrobně věnuji oblasti malnutrice, složení speciální výživy, enterální a parenterální výživě a jejímu vlivu na zdraví pacienta. K tomuto účelu provádím šetření mezi praktickými lékaři, přičemž mne zajímají jejich znalosti a zkušenosti se speciální nutriční výživou, výsledky a vliv na zdraví a také zpětná vazba od pacientů. V závěru je zhodnocení zjištěných výsledků a navržení konkrétních opatření, která z práce na této bakalářské práci vyplynula.

TEORETICKÁ ČÁST

1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍ POJMŮ

Výživa je, obecně řečeno, jednou ze základních potřeb lidského organismu. Její význam je ale daleko větší, pokud se jedná o situaci, kdy je člověk oslaben nemocí. Tehdy jsou mnohem vyšší nároky na příjem energie a živin. Aby rovnováha byla zachována, přichází na řadu **nutriční výživa**, nebo také klinická výživa. Tento pojem lze definovat jako speciální nutriční příjem, který zajišťuje organismu potřebnou energii bez toho, aby se tělo zbytečně vyčerpávalo energií při trávení živin z běžné potravy. Nutriční výživa je vhodným doplňkem pro tělo v nemoci, která je pro organismus velkou zátěží.

Pokud tělu potřebné živiny chybí a je podvyživeno, pak mluvíme o **malnutrici**. Jde o patologický stav, který je způsobený nedostatkem nebo nevyrovnaným příjmem živin (Křížová, Křemen, 2014, s. 13). K tomu přitom nemusí docházet jen v domácí péči. Existují i případy, kdy se podvýživa vyvine až v nemocnici. Malnutrice přitom má negativní vliv na průběh onemocnění a zvyšuje procento komplikací, které se mohou vyvinout při hospitalizaci.

Pak nastupuje na řadu speciální výživa, která může mít dvě formy – enterální a parenterální. **Enterální výživa** je taková výživa, která je zajištěna přímo do trávicího traktu. Jedná se o farmaceuticky připravené výživné roztoky, které se do trávicího traktu podávají. Naopak v případě **parenterální výživy** jsou potřebné živiny dodávány tělu přímo přes cévní systém, tedy mimo zažívací trakt. V obou případech se přitom tato nutriční výživa doporučuje nejenom v případě už probíhající malnutrice, ale i pacientům, u kterých je teprve riziko jejího vzniku nebo v případech péče o kriticky nemocné.

Pokud budeme mluvit o speciální nutriční výživě, budeme pracovat s rozdělením na makronutrienty a mikronutrienty. V případě umělé výživy je totiž podstatné její složení, tedy její energetický obsah a celkový objem. **Markonutrienty** jako zdroje energie můžeme rozdělit na cukry, aminokyseliny, bílkoviny a tuky. **Mikronutrienty** jsou vitamíny a stopové prvky.

Mezi nejčastější pojmy v této oblasti patří také **normální strava**. Za tu je považováno jídlo, které člověk běžně konzumuje v domácím prostředí nebo při veřejném stravování. Za normální stravu je přitom považována i například speciální dieta – bezlepková nebo bezlaktózová. Pojem **dieta** pak můžeme charakterizovat jako soubor výživových opatření, která zlepšují kompenzaci onemocnění nebo umožní diagnostický postup. Systém řady nutričních diet a norem pro přípravu stravy, na jehož vzniku se podíleli nutriční terapeuti a ústavní dietolog, pak nazýváme **dietním systémem**, který je zároveň dokumentem zdravotnického zařízení. (Křížová, Křemen 2014, s. 22)

Cestou, jak zvýšit příjem živin a zlepšit tedy nutriční stav pacienta, je nejčastěji popisován jako **nutriční podpora**. Tu můžeme rozdělit na tři oblasti: Na fortifikovanou stravu, což je strava obohacená o energii, nejčastěji bílkoviny. Dále na enterální výživu a parenterální výživu, popsané v textu výše.

1.1 Charakteristika okresu Děčín

Na základě reformy státní správy a samosprávy je od roku 2001 okres Děčín součástí Ústeckého kraje. Sídlem okresu je město Děčín. Oblast je nejsevernějším okresem v kraji, jehož právě severní hranice je zároveň i státní hranicí se SRN a Polskem. Na jihozápadě sousedí s okresem Ústí nad Labem, jižně je okres Litoměřice. Východní hranici tvoří okres Česká Lípa, který již spadá pod Liberecký kraj.

Velikost okresu Děčín je 909 km² a svou rozlohou zaujímá 17,0 % celkové rozlohy kraje. Děčínský okres je, vzhledem k tématu této bakalářské práce, charakteristický z několika pohledů. Celá oblast prošla za uplynulých zhruba dvacet let významnou proměnou. Ta se nejvíce odrazila na oblasti hospodářství, neboť zde bylo v minulosti uzavřeno několik významných průmyslových podniků, které se velkou měrou podílely na zajištění zaměstnanosti v regionu.

Obrázek č. 1 Ústecký kraj



Zdroj Krajský úřad Ústí nad Labem, www.kr-ustecky.cz

Obrázek č. 2 Okres Děčín

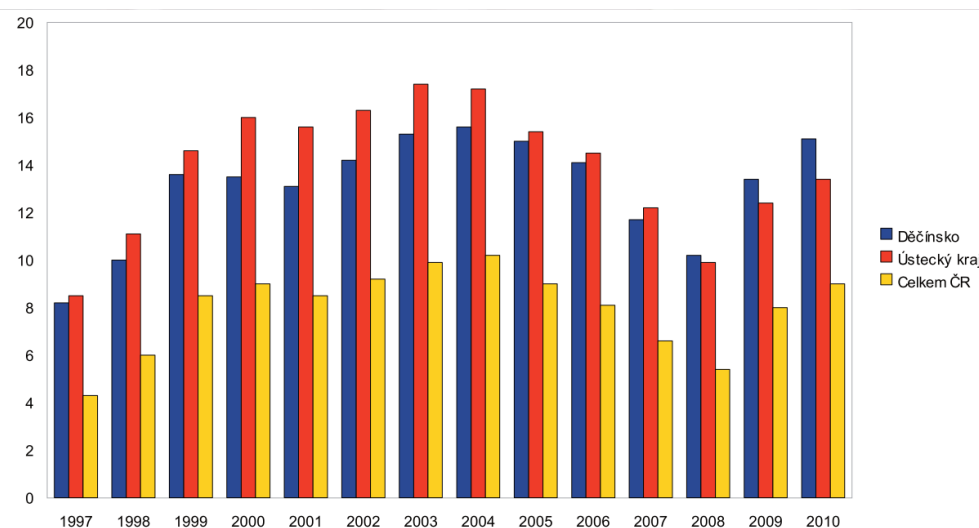


Zdroj Krajský úřad Ústí nad Labem, www.kr-ustecky.cz

V důsledku těchto změn se výrazně zvýšil počet nezaměstnaných, který patří dodnes k jedněm z nejvyšších nejenom v rámci Ústeckého kraje, ale v rámci celé České republiky. Míra nezaměstnanosti překračuje hranici 10 procent.

Tabulka č. 1

Průměrná míra nezaměstnanosti v %



Zdroj: Krajský úřad Ústeckého kraje, www.kr-ustecky.cz

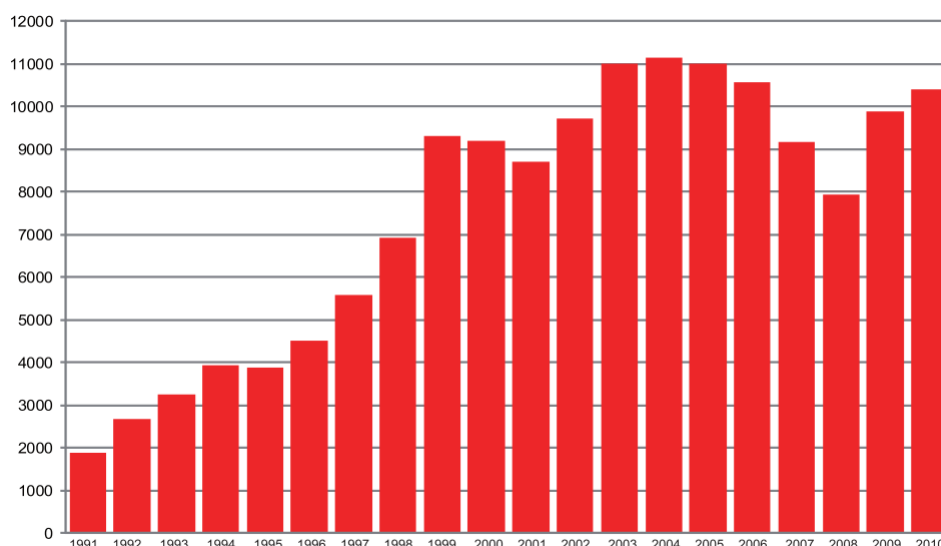
Vývoj nezaměstnanosti je ovlivněn nejenom tržními podmínkami, ale rovněž nízkou úrovní vzdělanosti obyvatel. V okrese Děčín žije vysoký počet lidí se základním vzděláním, ve zdejší populaci je naopak nízké procento vysokoškolsky vzdělaných lidí. Ti často odcházejí za lepšími životními příležitostmi do jiných regionů. Odchod mladých lidí z důvodu nedostatku kariérních příležitostí je považován za závažný populační trend v tomto regionu.

S nízkou kvalifikovaností se potýkají i místní podnikatelé, kteří řeší nedostatek absolventů učebních oborů, pracovní příležitosti se po utlumení průmyslu koncentrují ve službách a obchodu a pohostinství. Situaci přitom ztěžuje nízká koupěschopnost obyvatelstva. Výše mezd za práci patří k nejnižším v České republice, přičemž susedstvím se Saskem jsou zdejší ceny naopak vyšší než jinde. Nízká koupěschopnost obyvatel ještě více ztěžuje možnosti malého a středního podnikání. Řada lidí se tak dostává do spirály dluhů, jsou závislí na státních sociálních dávkách.

Ke zlepšení situace nepřispívá ani zhoršená dopravní obslužnost. Šluknovský výběžek je doslova dopravně izolovaný, nevyhovující se napojení na Liberec, problematická je i dopravní vazba z Děčína na dálnici do Prahy.

Tabulka č. 2

Vývoj počtu uchazečů o práci v letech 1991 - 2010



Zdroj: Krajský úřad Ústeckého kraje, www.kr-ustecky.cz

Vzhledem k této situaci je v okrese Děčín registrován zvyšující se podíl drobné kriminality. Některé oblasti se v průběhu let mění na sociálně vyloučené, kde se kumulují sociálně – patologické jevy – nezaměstnanost nebo nelegální práce, krádeže, gamblerství, alkoholismus, bezdomovectví. Podle předpokladů je 10 – 20% zdejší populace ohroženo sociální nouzí, což se negativně projevuje na celkovém rozvoji tohoto regionu především v oblasti Šluknovského výběžku.

Z celkového obrazu okresu Děčín vychází i řada problémů v oblasti zdravotnictví a sociální péče. Zachování potřebné kvality zdravotní péče se týká především severní části okresu – Šluknovského výběžku. Týká se to především nemocnice v Rumburku a ve Varnsdorfu, kde hrozí omezení zdravotní péče, omezení investic do vybavení nemocnic a služeb. Ve městě Děčín je rovněž nemocnice, která spadá do sítě Krajská zdravotní, a.s. Za problém příštích let je považováno stárnutí populace, které si vyžádá zvýšené nároky na domy s pečovatelskou službou, služby pro seniory, modernizace současných zařízení.

2 MALNUTRICE

Malnutrici lze obecně popsat jako stav zhoršené výživy. Malnutrice (podvýživa) je onemocnění podmíněné nedostatkem živin, neschopností vstřebávat živiny při nemocech trávicího traktu nebo nadměrným katabolismem (odbourávání) tělesných zásob při závažném, například nádorovém onemocnění. (Svačina, Bretšnajdrová, 2008, s.191)

V širším smyslu můžeme pod tento pojem zařadit i obezitu, nicméně v lékařské praxi je tento termín nejčastěji spojován spíše s podvýživou. Pak jde tedy o nedostatek základních energetických zásob organismu, což je nedostatek proteinů, ale také vitamínů nebo stopových látek. Malnutrice je přitom komplexní problém, který lze posuzovat z různých úhlů – z hlediska medicínského, ale také ekonomického. Malnutrice je totiž onemocněním nebo také rizikovým faktorem, které nejenom že komplikuje zdravotní stav pacientů, ale často v důsledku prodlužuje dobu hospitalizace, čímž zdravotnický systém ve výsledku zatěžuje zvýšeným čerpáním prostředků.

2.1 Příčiny malnutrice

Příčiny malnutrice můžeme rozdělit do čtyř oblastí. Mezi příčiny vzniku se řadí neadekvátní příjem potravy, poruchy trávení, poruchy vstřebávání, poruchy metabolismu nebo zvýšené ztráty či potřeba organismu.

Neadekvátní příjem potravy – jedná se o poruchy polykání, které mohou vzniknout například při mechanické překážce v ústech, v oblasti jícnu a dalších oblastí spojených s přijímáním potravy. Dále to může být potravinová alergie, odmítání jídla, nechutenství nebo také hledisko ekonomické v případě, že je neadekvátní příjem potravy zaviněn chudobou. Výskyt může nastat i ve zdravotnickém prostředí a to nedostatečnou péčí zdravotnického personálu o stravování.

Poruchy trávení – příčina bývá v chronických zdravotních potížích či onemocnění, či při užívání některých léků. V tomto případě se může jednat například o žlučnickové obtíže, chronickou pankreatitidu, akutní pooperační stavy, po operacích střeva nebo třeba při celiakii.

Poruchy metabolismu – patří do nich například jaterní nebo respirační insuficience, diabetes mellitus, hyperthyreóza nebo jiné endokrinopatie.

Zvýšené ztráty či potřeba organismu – krvácení, průjmy, zvracení. Malnutrici může způsobovat i další zátěž na organismu, jako například abscesy, infekce, trauma, operace, nádory, diabetes mellitus a další. Zvýšená potřeba též u fyziologických stavů – růst, těhotenství, kojení, sport, fyzická námaha. (Kohout, Kotrlíková, 2009, s. 10)

Tabulka č. 3

Příčiny malnutrice z klinického hlediska

Příčiny malnutrice	Mechanismus vzniku
Nedostatečný příjem	Poruchy polykání, obstrukce GIT, poruchy motility GIT, poruchy vědomí
Poruchy digesce	Gastrektomie, poruchy jater, poruchy pankreatu, enzymové defekty
Poruchy resorpce	Krátké střevo, píštěle, záněty střeva, léky
Metabolické poruchy	Poruchy jater, renální insuficience, respirační selhání, kardiální selhání, diabetes
Zvýšená potřeba, zvýšené ztráty	Píštěle, abscesy, infekce, polytrauma, operace sepse, katabolické stavy různé etiologie, nádory

Zdroj: Zdeněk Zadák, Výživa v intenzivní péči, str. 192

2.2 Rozdělení malnutrice

Malnutrici můžeme rozdělit dle různých kritérií. V dřívějších letech se malnutrice rozdělovala na energetickou, proteinovou a proteinovo-energetickou, která je kombinací dvou předchozích. (Kohout, Kotrlíková, 2009, s.11)

Později začala být malnutrice definována jako prostá /marasmus/ a stresová /kwashiorkor/. První pojem můžeme jinak nazvat také prostým hladověním. V případě marasmu se tedy jedná o stav způsobený nedostatkem energie.

Takové stavy jsou typické u jinak zdravých jedinců se sníženým příjmem potravy, což se vyskytuje například u mentální anorexie nebo ve stáří. Dochází zde k váhovému úbytku vedoucímu ke kachexii. Kachexii rozumíme nepřiměřený úbytek hmotnosti, který vzniká v důsledku jakéhokoliv onemocnění. Dochází zde k úbytku svalové hmoty a zároveň také hmoty tukové. Kachexie ve většině případů souvisí s nádorovým onemocněním. Látky produkované nádorem způsobují nechuť k jídlu, a nastartují tak postupné odbourávání svalů a dalších tkání těla.

Daleko závažnějším typem podvýživy je typ kwashiorkorový /stresový/. V tomto případě působí na organismus stres, díky kterému je energetický výdej vysoký, je obtížnější využití sacharidů, spotřebovávají se proto bílkoviny vlastních tkání. Ztráty svaloviny mohou být až 500 g/den. Často je tento stav doprovázen otoky, proto podvýživa nemusí být na první pohled zřejmá. Tento typ malnutrice se projevuje u pacientů v těžkém stavu, a pokud není včas diagnostikován, může mít fatální následky.

2.3 Klinické projevy

Malnutrici, neboli podvýživu, je nutné považovat za onemocnění, které vyžaduje stejnou pozornost jako ostatní nemoci. Jde především o včasnou diagnostiku a léčbu, s co nejmenšími riziky komplikací. A jak se malnutrice projevuje?

Pokud komplikuje samotnou chorobu pacienta, vede k delší době léčení a tedy k delšímu pobytu na lůžku, na jednotkách intenzivní péče a také přispívá k větší míře komplikací, k nutnosti opakování chirurgických zákroků, zvýšených dávek antibiotik nebo dokonce k vyšší míře úmrtnosti. (Kohout, Kotrlíková, 2009, s. 11).

Pokud se jedná o malnutrici proteinovou, tak dochází ke zhoršení transportní funkce krve, ke snížení svalové síly, ke zhoršenému hojení ran, zvýšenému vzniku dekubitů a snížení imunitních funkcí organismu.

To přispívá ke vzniku infekčních i neinfekčních komplikací, a to jak v případě chirurgických zákroků, tak při pobytu na odděleních. Častěji jsou zaznamenávány infekce močových cest, vznik dekubitů, katérové sepse nebo infekční endokarditida.

Ve výsledku mají tyto komplikace vliv na celkové snížení svalové hmoty, která vede k upoutání na lůžko. Tím se zvyšuje riziko zápalu plic nebo riziko vzniku tromboembolických onemocnění. Daleko lehčí je přitom diagnostikovat energetický typ malnutrice, který je spojený s prostým hladověním. Při fyzikálním vyšetření jednoduše chybí podkožní tuk. Zvláště u kriticky nemocných je v těchto případech nutné nasadit umělou výživu co nejdříve a to s cílem předejít nebo minimalizovat důsledky katabolického stavu. (Kohout, Kotrlíková, 2009, s. 13)

Malnutrice se často vyskytuje u rizikových skupin pacientů a v to v následujícím složení.

Tabulka č. 4

TABULKA VÝSKYTU MALNUTRICE U RIZIKOVÝCH PACIENTŮ	
Staří pacienti	50%
Nemocní s chronickými respiračními chorobami	45%
Nemocní se zánětlivým střevním onemocněním	80%
Nemocní s nádorovým onemocněním	85%
Nemocní v kritickém stavu /většinou proteinová malnutrice/	65%

Zdroj: Zdeněk Zadák, *Výživa v intenzivní péči*, str. 191

2.4 Vliv malnutrice na fyziologické funkce

Při hladovění se v organismu začnou odehrávat adaptační mechanismy. V první řadě se vyčerpají zásoby jaterního a svalového glykogenu, který zajišťuje rychlý zdroj energie. To má za následek zvýšení tvorby glukózy a následný pokles inzulínu a zvýšení sekrece hormonů jako je glukagon, hydrokortizon či katecholamini. Tyto děje nastartují katabolismus bílkovin. Je to až 75 g bílkovin za den. Pokud hladovění pokračuje, snižuje se bazální metabolismus až o 40%, klesá tvorba hormonů štítné žlázy. Současně dochází k lipolýze v tukové tkáni a vylučování ketolátek do organismu. Klinicky se tato malnutrice projevuje ztrátou tukové tkáně a následně i kosterního svalstva. Dochází rovněž k celkovému nedostatku minerálních látek. Především se jedná o draslík, hořčík a fosfor. To má za následek poruchy srdečního rytmu. Také nedostatek kalcia a vitamínu D se může projevit osteoporózou či osteomalácií. Už žen dále vzniká porucha menstruačního cyklu, která se může projevit amenoreou.

Obecně má tedy malnutrice vliv na fyziologickou činnost orgánů a to v širším pojetí nejenom na jejich funkci, ale také na jejich strukturu. Obvyklá je ztráta hmotnosti. U srdce a jater je to přibližně 30% obvyklé hmotnosti, hmotnost střev a žaludku se snižuje už v úvodním stádiu malnutrice, obzvláště je-li spojena se stresem. Nemění se například slezina, ledviny a pankreas. Zmíněné změny mají vliv na zvýšené riziko komplikací a to zejména při úrazech, chirurgických výkonech a akutních onemocněních, (Zadák, 2002, s. 212).

Při malnutrici zaznamenáváme i další změny:

Kardiovaskulární aparát – malnutrice má vliv na snížení hmotnosti srdečního svalu a to se projeví sníženou kontraktilitou, poklesem minutového srdečního výdeje, bradykardií a v pokročilejších stádiích také hypotenzí. U těžce podvyživených pacientů se může v důsledku vyvinout srdeční selhání a selhání periferního oběhu.

Renální funkce – jedná se o zhoršenou odpověď na zátěž při cvičení, dochází také k poruchám vodního a minerálního hospodářství

Respirační funkce – jsou způsobeny zmenšením svalové hmoty bránice, kdy je bráněno maximální ventilaci a je snížena respirační síla.

K postižení respiračních funkcí dochází v případě, že jsou sníženy bílkoviny v respiračním svalstvu o přibližně 20%. To už znamená změny svalové síly i struktury dýchacích svalů.

Zaznamenána je i snížená ventilace a to poruchou inervace /zásobování nervovými vlákny/ dechového svalstva. Postižené osoby pak trpí hypoventilací, hypoxií, hyperkapnií, objevuje se také zvýšená frekvence respiračních onemocnění. (Zadák, 2002, s. 212)

Gastrointestinální trakt – při podvýživě bývá postižen v oblasti sliznice. Během dlouhého hladovění dochází k atrofii buněk střevní mukózy. U silně podvyživených pacientů jsou strukturální změny natolik velké, že ve sliznici tenkého střeva dochází ke zhoršení absorpce lipidů, disacharidů a glukózy. Malnutrice pak vede ke snížené produkci žaludeční pankreatické šťávy a žluči a v důsledku dojde k dalšímu prohloubení podvýživy. Objevit se může také průjem, a to díky strukturálním i funkčním změnám střev, které podvýživu dále zhoršují. V oblasti střev dochází ke změnám bakteriální flóry ve střevní sliznici, je nedostatečná tvorba slizničních imunoglobulinů a zhoršuje se funkce střevní bariéry a dochází ke sníženému vstřebávání vitamínů.

Imunitní systém – ten bývá při malnutrici postižen pravidelně a napomáhá ke zhoršení buněčné imunity a také imunity spojené s tělesnými šťávami. Výsledkem mohou být přidružené infekce, které ještě dále zhoršují nutriční stav.

Hojení ran – týká se především prvotních fází a závisí i na specifickém přívodu aminokyselin a také esenciálních mastných kyselin

Termoregulace - malnutrice vyvolává zhoršenou toleranci chladu, respektive pokles tělesné teploty způsobený zvýšenými ztrátami a sníženou tvorbou tepla z důvodu energetických a humorálních. Hypotermií jsou přitom ohroženi především staří lidé, kteří mají zhoršenou termoregulaci už z endokrinních příčin, dále chronických karečních stavů a v důsledku malé svalové hmoty.

Centrální nervový systém – malnutrice vyvolává i narušení centrálního nervového systému, které vedou ke sklonu k depresím.

Malnutrice má vliv i na metabolické ukazatele. Dochází při ní ke zvýšené oxidaci tuku a k uvolnění mastných kyselin, tuková tkáň se zmenšuje. Reaguje také svalstvo a to zvýšeným rozpadem bílkovin. Ke změnám dochází také v játrech, kde se významně zvyšuje tvorba ketoláttek, které jsou využívány většinou v periferní tkáni, a to včetně mozku.

2.5 Diagnostika nutričního stavu pacienta

V praxi jsou pro diagnostiku malnutrice využívány dvě základní metody – screening /vyhledávání rizikových nemocných /assessment /objektivní hodnocení podvýživy/.

Nutriční screening je obvykle součástí prvního kontaktu s pacientem, nejčastěji je zahrnut do vstupního vyšetření. Screening slouží k rychlému zhodnocení rizika vzniku nebo už přítomnosti malnutrice. Provádí se nejčastěji formou jednoduchého dotazníku, ve kterém je sledován aktuální stav výživy, dynamika změn, schopnost samostatného příjmu potravy a závažnost celkového stavu nemocného. Pacient je v praxi dotazován na váhový úbytek za určité časové období /např. 3 měsíce/, na snížený perorální příjem v posledním týdnu, na závažné onemocnění, atd. Na základě tohoto základního vyšetření lze odhalit pacienty ohrožené malnutricí a těm pak věnovat zvýšenou pozornost, určit primární míru nutriční podpory, případně spolupracovat s lékařem specialistou na nutriční výživu. Pokud je tento dotazník použit v chirurgických oborech, pak pomáhá identifikovat pacienty, u kterých hrozí zvýšené riziko pooperačních komplikací.

V praxi se používá např. dotazník NRS2002, tab. 2, k hodnocení nutričních stavů seniorů slouží MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT /MNA/. Existují ale i další metodiky. Používán je např. Nottinghamský screeningový dotazník a to pro rychlé posouzení míry rizika malnutrice u hospitalizovaných nemocných, kde se hodnotí BMI, nechtěný váhový úbytek, gastrointestinální obtíže, stres. Nebo Dotazník hodnocení nutričního rizika určený pro onkologické pacienty, pomocí něhož se hodnotí váhový úbytek, příjem stravy, přítomnost nutričně rizikové diagnózy.

Assessment, neboli hodnocení stavu výživy, je stejně důležitá metoda diagnostiky malnutrice. Hodnotí se tedy nejenom podle antropometrických a laboratorních parametrů, ale také na základě dalších kritérií, jako je například anamnéza.

Anamnéza poskytuje důležitý údaj o změně tělesné hmotnosti, přičemž za rizikové je považováno nechtěné zhubnutí o více než 5% tělesné hmotnosti za měsíc, respektive 10% za 6 měsíců. V takovém případě lékař vyhodnocuje chuť k jídlu, příjem a pestrost potravy, potravinové alergie, nadměrné užívání alkoholu, užívané léky, polykací obtíže, břišní diskomfort, onemocnění zažívacího traktu, jater nebo pankreasu. Hodnotí se také psychická a sociální situace pacienta.

Antropometrické a laboratorní vyšetření se provádí zpravidla jednou týdně, denně při zahajování nutriční podpory. Sleduje se zejména dynamika hmotnosti pacienta a další antropometrické parametry. Mezi ty patří úbytek hmotnosti, kožní řasa nad tricepsem, obvod paže a index kreatininu v poměru k výšce. Mezi laboratorní parametry patří sledování albuminu, prealbuminu, transferinu a cholinesterázy. Při hodnocení výživy je nutné sledovat i další biochemické parametry. Informace o hydrataci a renálních funkcích poskytuje hladina urey. Nízká koncentrace kreatininu určuje snížené množství svalové hmoty, naopak jeho zvýšená koncentrace značí hypohdrataci nebo renální dysfunkci. Součástí hodnocení nutričního stavu je i sledování krevního obrazu.

Na základě laboratorních výsledků stanovujeme tzv. rizikové a nutriční indexy, které shrnují konfiguraci vybraných nutričních parametrů.

Pro hodnocení malnutrice mají význam i funkční testy. Patří sem například měření síly stisku ruky dynamometrem, posouzení funkce dýchacího aparátu nebo testy přímé svalové stimulace.

Důležité je také měření tělesného složení, které je v současné době zjišťováno díky metodě elektrické bioimpedanci. Znamená to, že se množství tělesného tuku v těle dá určit pomocí rozdílné vodivosti tkání v závislosti na obsahu vody.

Pro hodnocení malnutrice jsou využívány i imunologické parametry. Jimi lze hodnotit stav imunitních funkcí, jako například měřením sérových koncentrací imunoglobulinů, CD4 a CD8 lymfocytů nebo kožními testy.

3 SLOŽENÍ VÝŽIVY

Pokud se budeme zabývat indikací umělé výživy, je nutné vzít v potaz její optimální složení a tedy výživovou hodnotu. Ta se liší dle situace konkrétního pacienta. Základem je stanovení energetického obsahu a celkového objemu výživy, tedy nejenom vody a minerálních látek, ale také dávky makronutrientů a mikronutrientů, stejně tak optimální potřebu a rychlost dodávek. 25 – 30 kcal/kg/den – takový je průměrný energetický výdej u stabilizovaného pacienta. U žen je pak tato energetická potřeba zhruba o 10% nižší. Energetickou potřebu organismu přitom můžeme rozdělit na tři složky:

- klidový energetický výdej /60%/
- termický efekt potravy, což znamená energii vydanou při jejím metabolizování /10%/
- energie vydaná na fyzickou aktivitu /10%/, nicméně tento údaj je variabilní, energie, která je vydána fyzickou aktivitou je velmi individuálním faktorem

3.1. Voda a minerální látky

Voda je základní podmínkou života. Ve vodě probíhají veškeré chemické děje v organismu člověka. Právě zajištění dostatečné péče o vnitřní prostředí je důležitou součástí nutriční péče. Vnitřní prostředí je nutné neustále monitorovat a pečlivě sledovat jakékoliv změny, a to právě také v souvislosti s umělou výživou. Důvodem je to, že minerálový a vodní metabolismus ovlivňuje nejenom řada podávaných farmak, jako jsou diuretika, kortikosteroidy, adiuretin nebo infuzně podávané léky, ale vliv má právě i enterální a parenterální výživa. V případě těžce nemocných pacientů ovlivňuje stav vodního metabolismu také možná přítomnost zvracení nebo průjmů v případě dlouhodobě hospitalizovaných pacientů. Tyto dva faktory mohou také výrazně rozvrátit vnitřní prostředí.

3.2. Makronutrienty

Významnou složkou výživy, která spadá do oblasti makronutrientů, jsou sacharidy, aminokyseliny a bílkoviny a tuky. Všechny tyto složky jsou pro zajištění dostatečné výživy nezbytné a to z několika důvodů.

Cukry (sacharidy) jsou hlavním zdroje energie nebílkovinné povahy a jsou zcela zásadním zdrojem energie pro centrální nervový systém. Stanovený energetický podíl cukrů na denním příjmu by měl být mezi 40 – 60%, (Kohout, Kotrlíková, 2009, s. 73). V enterální výživě jsou zdrojem sacharidů oligosacharidy (maltodextrin) a polysacharidy (škroby), v parenterální výživě se ze sacharidových roztoků používají jen roztoky glukózy.

Další významnou složkou jsou aminokyseliny jakožto základní substrát pro syntézu bílkovin, který ale může sloužit i jako zdroj energie. Požadavky na aminokyseliny jsou stanoveny na 0,6 – 1,8 g/kg/den.

Do oblasti makronutrientů spadají také tuky, které jsou v umělé výživě důležitým zdroje energie. Doporučená denní dávka pro dospělého je stanovena na 0,5 – 1,5 kg tuku/kg. Tuky ale nejsou významné pouze při dodávání energie, ale také tvoří strukturální složku buněčných membrán a jsou zdrojem esenciálních mastných kyselin. Tuky jsou důležitým zdrojem energie také ve stresových podmínkách. Mastné kyseliny zůstávají dostupným zdrojem energie zejména pro myokard, játra a také kosterní svalovinu. V enterální výživě jsou tuky zastoupeny v olejích, jako například řepkový, slunečnicový, sójový nebo kokosový. Velký význam má přitom konkrétní složení tuků a to podle zastoupení mastných kyselin. Jedná se o mononenasyčené mastné kyseliny (kyselina olejová), polynenasycované mastné kyseliny, omega – 6 mastné kyseliny a omega-3 polynenasycované mastné kyseliny.

3.3. Mikronutrienty

Součástí parenterální výživy je i dostatečné množství mikronutrientů, kterými jsou vitamíny a stopové prvky. Vitamíny patří, z hlediska množství, k nepatrné součásti nutriční podpory, která je ale zároveň pro tělo nezbytná. Rozdělujeme vitamíny rozpustné ve vodě a vitamíny rozpustné v tucích.

Do kategorie vitamínů rozpustných ve vodě patří vitamín B, vitamín B2, vitamín B3, vitamín B6, kyselina listová, vitamín B12, biotin, kyselina panthotenová a vitamín C. Vitamíny rozpustné v tucích jsou vitamín A, D, E a vitamín K.

Další složkou mikronutrientů jsou stopové prvky. Ty jsou významnou součástí enzymatických komplexů. Patří sem železo, měď, zinek, selen, mangan, chrom, síra, kobalt, molybden a nutno je zmínit také jód spadající do kategorie halogů, který je potřebný pro syntézu hormonů štítné žlázy a také fluor, který je potřebný pro stavbu kostí a zubní skloviny.

3.4. Specifické nutriční substráty

V dnešní době získávají na významu také jiné složky umělé výživy, které mají zvláštní postavení a kromě nutričního významu i význam farmakologický. Jde o speciální aminokyselinové a lipidové formule, při jejichž využití se lépe zvládají nároky na zvýšený stres nebo reparaci tkání. Mezi specifické nutriční substráty můžeme v enterální výživě zařadit i vlákninu.

3.5. Imunonutrice a antioxidanty

Protože existuje riziko zánětlivé reakce na stresový impuls, jakým je například operace, trauma nebo sepse, existuje i snaha o příznivé ovlivnění těchto faktorů a to přítomností imunonutrientů a antioxidantů. Mezi imunonutrienty řadíme například omega-3 polynenasycené mastné kyseliny, některé aminokyseliny jako glutamin, cystin, taurin nebo nukleotidy. U antioxidantů se jedná o celý antioxidační systém, který chrání organismus před účinkem reaktivních forem kyslíku, například při kouření, při požívání léků, při zánětech nebo ischemii. Antioxidanty jsou rozpustné ve vodě i v tucích, a tak mohou působit na buněčných membránách. Některé si přitom umí organismus vytvořit sám syntézou, jiné je nutné dodávat, například vitamín C, E nebo karotenoidy.

4 DĚLENÍ NUTRIČNÍ PODPORY

V klinické praxi rozlišujeme dva druhy nutriční výživy, které dělíme dle způsobu podání. Základní rozdělení je na enterální a parenterální výživu. Enterální výživa je metodou využívanou u pacientů, kteří trpí malnutricí, nebo u nich existuje riziko jejího vzniku, a u kterých je funkční trávicí trakt. Velkou předností tohoto způsobu nutriční podpory je udržení funkční bariéry tenkého střeva. Oproti tomu druhou metodou je parenterální výživa, způsob, který potřebné živiny dodává do těla pacienta mimo zažívací trakt, tedy přímo do cévního systému. Je na místě připomenout, že při objevení tohoto způsobu umělé výživy byla tato praxe upřednostňována před enterální. Postupně její hojně využívání klesalo a dnes je využívána pro stavy, kdy nelze využít výživu enterální, tedy ve většině z důvodu dysfunkce trávicího traktu. Parenterální výživa přestala být dominantní proto, že nejde o fyziologickou cestu dodávky živin a tento způsob umělé výživy je zatížen vyšším rizikem vzniku komplikací. V současné době jsou oba způsoby nutriční výživy kombinovány. V tomto případě pak mluvíme o doplňkové parenterální výživě.

4.1. Základní definice, indikace a kontraindikace

Enterální výživu můžeme v širším smyslu charakterizovat jako podávání farmaceuticky připravených výživných roztoků a to přímo do trávicího traktu. Konkrétně se jedná o podávání farmaceutických přípravků do tenkého střeva. Jde o přirozenou cestu živin. Cílem je nejenom zajištění potřebné dodávky výživy do organismu, ale také udržení střevní bariéry, výživa střevních buněk nebo prevence bakteriální translokace, což právě tato metoda nabízí.

Parenterální výživou rozumíme způsob podávání živin do organismu mimo zažívací trakt, tedy přímo do cévního systému. Jde o nefyziologický přístup, který lze použít i při úplném chybění tenkého střeva. Je to přesně definovaný přísun jednotlivých živin, kterým lze rychle upravit případný metabolický rozvrat. Nevýhodou jsou možné komplikace, např. při zavádění katetru nebo komplikace metabolické.

Enterální výživa je indikována u pacientů s funkčním trávicím traktem. Indikace mohou být onkologické, neurochirurgické, stomatologické, gastroenterologické nebo psychiatrické. Kontraindikace můžeme rozdělit na absolutní a relativní. Absolutní znamená, že platí za každých podmínek, naproti tomu relativní, kdy můžeme podávat

enterální výživu pouze v minimálním množství pro výživu střevních buněk. Absolutní kontraindikací jsou například náhlé příhody břišní nebo akutní krvácení do gastrointestinálního traktu. (Kohout, Kotlíková, 2009, s. 43)

Oproti tomu parenterální výživa je indikována v případech stávající malnutrice nebo u takových pacientů, kteří nejsou schopni přijímat potravu v dostatečném množství po dobu deseti a více dnů. Nejčastějšími indikacemi jsou syndrom krátkého střeva, střevní píštěle, střevní stenózy nebo záněty, těžké průjmy nebo zvracení. Kontraindikacemi jsou dostatečně funkční trávicí trakt, případy, kdy pacienti odmítají nutriční podporu nebo terminální stav pacienta.

4.2. Formy podání a složení enterální a parenterální výživy

Pro podávání enterální výživy můžeme využít dvě metody. Tou nejpřirozenější je cesta per os – sipping /popíjení/, druhou je nasoenterální sonda.

Sipping enterální výživy slouží z hlavní části jako přídavek k běžnému perorálnímu příjmu, přestože v některých případech může sloužit i jako kompletní enterální výživa. Jde o případy potravinových alergií, Crohnovu chorobu nebo srůsty v dutině břišní/.

Popíjet lze speciální preparáty enterální výživy. Ty obsahují buď jednotlivé živiny nebo všechny složky – tedy bílkoviny, sacharidy, tuky, minerály, vitamíny a stopové prvky. Na trhu jsou k dostání přípravky různých společností /Nutridrink, Resource, Ensure, atd./ Přípravky bývají většinou ochucené /ovoce, čokoláda, banán, vanilka/. Pro pestrost užití je pacientům nabízena i krémová forma výživy.

Pokud pacient ale není schopen požit dávku enterální výživy perorálně, zavádí se sonda do žaludku – **nasogastrická sonda** – nebo **sonda nasoduodenální** – do hlubších partií trávicího traktu – do dvanáctníku. V praxi se používá také sonda **nasojejunální**, která je zavedena do jejunu.

Pokud má pacient dlouhodobě nasazenu enterální výživu nebo má poškozenou funkci horní části trávicího traktu, lze použít i tzv. **PEG – perkutánní endoskopickou gastrostomii**.

V praxi jsou vhodnější tenké nutriční sondy, které nejsou překážkou v nose a nezpůsobují problémy při polykání.

V případě parenterální výživy rozdělujeme na parenterální výživu **cestou periferní žíly** nebo **cestou centrální žíly**.

Parenterální výživa cestou centrální žíly podáváme obvykle v plném množství. Tento postup volíme zvláště v případech, kdy bude parenterální výživa pacientovi podávána v delším časovém období. Katétr zavedený do centrálního žilního je možné využít k podávání infuzních roztoků ve vyšších koncentracích a často v malých objemech nebo naopak umožňuje podávat velké objemy tekutin pacientům v intenzivní péči. Dnes se nejčastěji používá zavádění katétru do horní duté žíly, která má široký průměr a velký průtok. Centrální katétr umožňuje okamžitý přístup do žilního systému a může být udržován po mnoho týdnů, případně po mnoho let. (Zadák, 2002, s. 242)

Parenterální výživa cestou periferní žíly podáváme do kanyly, která je zavedena do periferní žíly. Ta se nejčastěji nachází na horních končetinách. Tento způsob používáme při krátkém časovém období, na období mezi 7 – 10 dny. Periferní žíly můžeme pro tento způsob výživy využívat pouze omezenou dobu a to z důvodu vzniku bolestivých flebitid při iritaci žil hyperosmolárními roztoky.

Složení enterální výživy zahrnuje dvě základní skupiny – polymerní a oligomerní výživu. Polymerní je výživa definovaná nutričně a je využitelná u většiny pacientů, kteří vyžadují podávání umělé výživy. V tomto případě jsou jednotlivé živiny většinou ve své původní formě a složení odpovídá fyziologickým potřebám organismu. Chemicky definovaná je oligomerní výživa, která je nízkomolekulární, obsahuje rozštěpené živiny, je vyhrazena zejména pro jejunální sondu, neboť ke svému vstřebávání nepotřebuje trávicí enzymy.

Důležitou součástí je také vláknina, která má především probiotický efekt – příznivý vliv na redukci případného výskytu průjmu, ale také zácpy. Svě místo mají také modifikované přípravky pro enterální výživu, jejichž předností je různý obsah energie v mililitru přípravku, různá míra štěpení bílkovin na peptidy, různé složení tuků a vlákniny. Součástí jsou také probiotika a prebiotika. U parenterální výživy je nutné stanovit celkovou spotřebu energie a tomu přizpůsobit množství a složení výživy. V parenterální výživě jsou zastoupeny makronutrienty i mikronutrienty. Z makronutrientů jsou to sacharidy, aminokyseliny, tuky, specifické nutriční substráty a minerály. Z mikronutrientů jsou to vitamíny a stopové prvky.

4.3. Speciální formy podání enterální a parenterální výživy

Enterální a parenterální výživa má nezastupitelné místo také v oblasti výživy v kritickém zdravotním stavu. Nutriční zásah je u kriticky nemocných především podpůrnou terapií, která by měla minimalizovat důsledky kritického stavu, měla by být šetrná, podporovat funkce jednotlivých orgánů a to především střeva, jater a imunitního systému. Aplikace enterální a parenterální výživy se proto objevuje v oblasti chirurgie, onkologie, diabetu, při srdečním selhání, při respiračním selhání, při selhání jater, ale také se zaměřuje na odlišnosti dle věkových skupin nebo jiných stavů, jakým je například těhotenství.

5 ÚLOHA SESTRY V EDUKACI

5.1. Úloha nutričního terapeuta

Úloha aktivního přístupu sestry má v této oblasti nezanedbatelnou váhu. Již při příjmu pacienta sestra hodnotí nutriční skóre, u vybraných pacientů monitoruje příjem stravy a celkově povzbuzuje pacienta k perorálnímu příjmu. Důležité je také vytvořit příjemné prostředí k jídlu a vysvětlit pacientovi důležitost příjmu výživy.

Je řada ošetrovatelských intervencí, kterými by se měla sestra řídit a které by měly zabránit vzniku malnutrice. Jak je již zmíněno, kromě sledování nutričního skóre, monitorace příjmu stravy a příjemného prostředí k jídlu, je nutné zjistit stravovací návyky pacienta, kterým jídlům dává přednost a která nesnáší. Důležité je sledovat denní příjem tekutin a v poslední řadě si také ověřit, že veškerým informacím pacient dobře rozuměl.

Také sestra v ambulantní sféře má velký vliv na informovanost pacientů ohledně speciální nutriční výživy. Než pacienta vyšetří přímo lékař, je mnohdy dostatek času na to, aby sestra již předběžně informovala pacienta o možnostech využití speciální nutriční výživy. Samotné sestry o tuto oblast aktivně jeví zájem a rády se o oblast výživy zajímají. Také pravidelné sledování hmotnosti, které je často základem pro odhalení počínající malnutrice, je ve většině případů prací sester. Ta tyto údaje zaznamenává do dokumentace pacienta a upozorňuje lékaře na vzniklé odchylky. Ten se pak snadněji může rozhodnout pro řešení vzniklé situace a konzultovat s pacientem případné řešení.

5.2. Podávání sippingu

Podávání sippingu můžeme charakterizovat jako popíjení přípravku enterální výživy. Název je odvozen od slova sip – srkat, upíjet. Sipping si doporučuje především lidem, kteří mají problém s nedostatečným příjmem stravy, ale perorální příjem je umožněn. Zároveň má sipping velké zastoupení u lidí, co nemohou přijímat tužší stravu, ale tekutiny přijímají dobře. Tento druh výživy by neměl nahrazovat plnohodnotné jídlo, ale naopak by měl sloužit jako doplněk stravy. V současné době na trhu existuje několik druhů sippingu – od krabiček až dobře uchopitelné plastové lahvičky s brčkem. Také variabilita příchutí je velmi pestrá, nyní je na trhu k dispozici přes 22 příchutí, od čokolády, vanilky, jahody až po džus s příchutí jablka a jahody, či ve formě jogurtu.

Důležité je, aby pacientovi v nemocničním prostředí lahvička sippingu nestála na stolku, ale aby ji vypil. Vzhledem k širokému výběru sippingu je důležité, aby si pacient vybral to, co mu bude chutnat a vyhovovat. Dobré je také pacienta upozornit, aby si sipping užíval po jídle, aby se před jídlem zbytečně nezasytil. Existují také určité metody, jak konzumaci sippingu zpříjemnit. Lze jej vychladit, ohřát do 50 st. Celsia, naředit a dokonce i použít do různorodých pokrmů, jako příkladem do bramborové kaše a zahuštěných polévek nebo omáček.

Ošetřující sestra by také měla znát energetickou hodnotu jednotlivých přípravků. Existuje totiž řada hyperkalorická (1,25 – 2 kcal v 1 ml), dále izokalorická (1 kcal = 1 ml) a také hypokalorická (méně než 1 kcal v 1 ml). Z dalších specialit lze příkladem jmenovat protein, který obsahuje až 20 gramů bílkovin/ 200 ml, což v normální stravě představuje 3 vajíčka či 100 gramů hovězího masa. Pro pacienta s poruchou polykání existuje krémová forma sippingu a pro pacienty, kteří mají dietu s omezením tuku jsou určeny přípravky s názvem **fat – free**, které neobsahují tuk.

5.3. Práce nutričního terapeuta – dietní sestry

Nutriční terapeut je odborník zaměřený na léčebnou výživu. V nemocničním prostředí řeší především odebrání kvalitní nutriční anamnézy, zhodnocení nutričního stavu a rizik. Dále sestavuje pacientovi nutriční plán či individuální dietu. Toto vše vyžaduje nejenom práci s dokumentací, ale také osobní kontakt s pacientem.

PRAKTICKÁ ČÁST

6 FORMULACE PROBLÉMU

Správná výživa organismu je zásadním předpokladem jeho dobrého rozvoje. A protože se tato oblast neustále vyvíjí, výsledkem je, že se nejedná pouze o problematiku zdravého životního stylu, ale toto odvětví má velké zastoupení ve zdravotnictví, obecně známé pod pojmem speciální nutriční výživa. Odborné studie tvrdí, že dobrý nutriční stav pacienta významně podporuje jeho schopnost, jak se vyrovnat s nemocí, jak zvládat léčbu, nebo jak minimalizovat komplikace s léčbou spojené.

Přestože se v dnešní době nutriční výživou zabývá řada specializovaných pracovišť, informovanost a dostupnost je velmi různá a liší dle několika faktorů. Proto jsem se rozhodla věnovat tomuto tématu ve své bakalářské práci. Zajímalo mne, jak velké je povědomí lékařů a pacientů o této oblasti a tedy do jaké míry může speciální nutriční výživa ovlivnit rekonvalescenci pacientů. Ve své práci jsem se zaměřila na okres Děčín, který byl vybrán záměrně pro svou charakteristickou podobu. Tento region se potýká s vysokou nezaměstnaností, s různou skladbou obyvatel, nízkou vzdělaností a zhoršenou dopravní infrastrukturou.

Domnívám se, že právě tyto faktory mohou mít vliv na rozhodování pacientů, zda speciální nutriční výživě důvěřovat a využívat ji. Protože velký podíl na rozhodování pacientů má přístup jejich lékaře, zajímala jsem se o to, jak lékaři v tomto regionu speciální nutriční výživu vnímají, zda ji znají, komu ji doporučují a jakou mají zpětnou vazbu od pacientů.

Z tohoto důvodu jsem se na lékaře zaměřila i ve výzkumném šetření, které mělo za cíl objasnit, jaké zkušenosti se speciální nutriční výživou právě v tomto v regionu mají. Zajímalo mne, jaká je struktura potencionálních příjemců nutriční výživy, jak na nabídku pacienti reagují, kde jsou největší rizika a jaká opatření by mohla užívání speciální nutriční výživy v praxi posílit.

7 CÍL VÝZKUMU

Hlavní cíl

Zjistit, jak speciální nutriční výživa ovlivňuje rekonvalescenci pacientů na Děčínsku.

Dílčí cíle

1. Zjistit, jak sociální úroveň obyvatel na Děčínsku ovlivňuje přístup k nutriční výživě.
2. Zjistit, jak intenzivně lékaři se speciální nutriční výživou pracují.
3. Zjistit, co nejvíce ovlivňuje pacienta při rozhodování, zda speciální nutriční výživu využije.

Formulace předpokladu

P1: Předpokládám, že pořízení a pravidelné užívání nutriční výživy je pro obyvatele Děčínska významnou finanční zátěží.

(kritérium pro většinu je 60 %)

P2: Předpokládám, že lékaři se speciální nutriční výživou pracují pravidelně.

(kritérium pro většinu je 65 %)

P3: Předpokládám, že pacienta při rozhodování o nutriční výživě nejvíce ovlivňuje doporučení lékaře.

(kritérium pro většinu je 70 %)

8 CHARAKTERISTIKA SOUBORU

Pro účely výzkumného šetření jsem se rozhodla pro vzorek respondentů, který je tvořen lékaři působícími na území okresu Děčín. Aby bylo jejich zastoupení, vzhledem k potřebám bakalářské práce, co nejširší, oslovila jsem tři skupiny, u kterých je pravděpodobnost, že ve své praxi přijdou do styku s problematikou speciální nutriční výživy. Vzorek respondentů tvoří 103 lékařů, přičemž 62 je praktických lékařů pro dospělé, 28 praktických lékařů pro děti a 13 stomatologů. Procentuální zastoupení je tedy:

praktičtí lékaři pro dospělé 60%

praktičtí lékaři pro děti 27%

stomatologové 13%

Praktické lékaře jsem volila z toho důvodu, že mají největší záchyt pacientů, kteří by si zasloužili speciální nutriční výživu. Praktický lékař není jednostranně zaměřen. Ve své ordinaci se setkává se širokým spektrem pacientů /mladí, starší/ a s pacienty s různými problémy /onkologičtí pacienti, pacienti před a po operaci, chřadnoucí senioři, mladí lidé s poruchou příjmu potravy/. Samostatnou částí jsou praktičtí lékaři pro děti, kteří se v praxi rovněž se speciální nutriční výživou setkávají, dokonce ji mohou jako jediní předepsat na recept. I v případě stomatologů je speciální nutriční výživa aktuální, a to při znemožněném příjmu potravy pacientů v důsledku zásahů do dutiny ústní.

Lékaře zapojené do šetření jsem oslovila osobně a elektronickou korespondencí.

9 METODIKA SBĚRU DAT

K získání požadovaných informací jsem použila metodu dotazníkového šetření a to pomocí strukturovaného dotazníku. Ten se skládá z celkem 23 otázek, které byly předem připraveny. Součástí jsou jak uzavřené, tak otevřené otázky.

Otázky se týkají zjištění obecného povědomí lékařů o speciální nutriční výživě. Dále komu je nejčastěji doporučována speciální výživa a podle jakých kritérií, přístup pacientů k nutriční výživě, ekonomická náročnost, zájem pacientů i samotných lékařů o speciální nutriční výživu a jejich informovanost o jejích vlastnostech a přínosech pro zdraví.

Předností dotazníku byla anonymita, díky které jsem se snažila mezi lékaři získat odpovědi upřímné a nezkreslené.

10 ORGANIZACE VÝZKUMU

Výzkumné šetření bylo uskutečněno v regionu okresu Děčín. Dotazníky byly rozdány mezi lékaře jak z jižní části okresu v samotném městě Děčín a v jeho bezprostředním okolí, dále pak v severní části ve Šluknovském výběžku – spadají sem města Rumburk, Chřibská, Krásná Lípa, Česká Kamenice, Varnsdorf. Snažila jsem se, aby své zastoupení měli lékaři jak z větších měst, tak také z malých měst a obcí v pohraničí – Velký Šenov, Mikulášovice, Vilémov.

Dotazníkové šetření bylo provedeno v období od prosince roku 2014 do poloviny února 2015. Mezi lékaře bylo celkem rozdáno 120 dotazníků, zpět se jich správně vyplněných vrátilo 103, což je návratnost 86 %.

11 ANALÝZA ÚDAJŮ

Tato část práce je tvořena výsledky z dotazníkového šetření. Získané hodnoty jsou převedeny na procentuální zastoupení a jsou graficky znázorněny v grafech.

Otázka č. 1: Jaké je vaše profesní zaměření

Graf č. 1

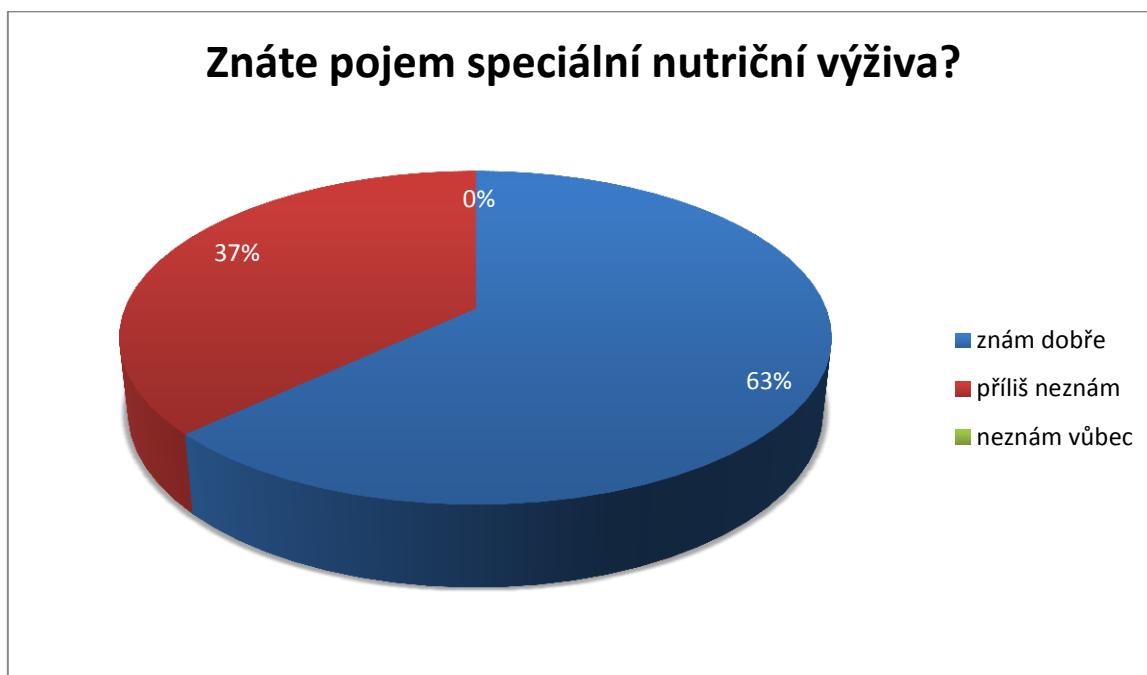


Zdroj: vlastní

Shrnutí: Šetření se zúčastnili lékaři ze tří skupin profesního zaměření. Výsledky průzkumu potvrdily, že největší skupinu tvořili praktičtí lékaři pro dospělé (60%, což je šedesát dva respondentů), dále praktičtí lékaři pro děti a dorost (27%, což je dvacet osm respondentů) a nejméně stomatologové (13%, což je třináct respondentů). Tyto skupiny lékařů jsem volila záměrně, jelikož je u nich velká pravděpodobnost, že se ve své praxi setkají s pacienty, kterým by mohli doporučit speciální nutriční výživu.

Otázka č. 2: Znáte pojem speciální nutriční výživa?

Graf č. 2

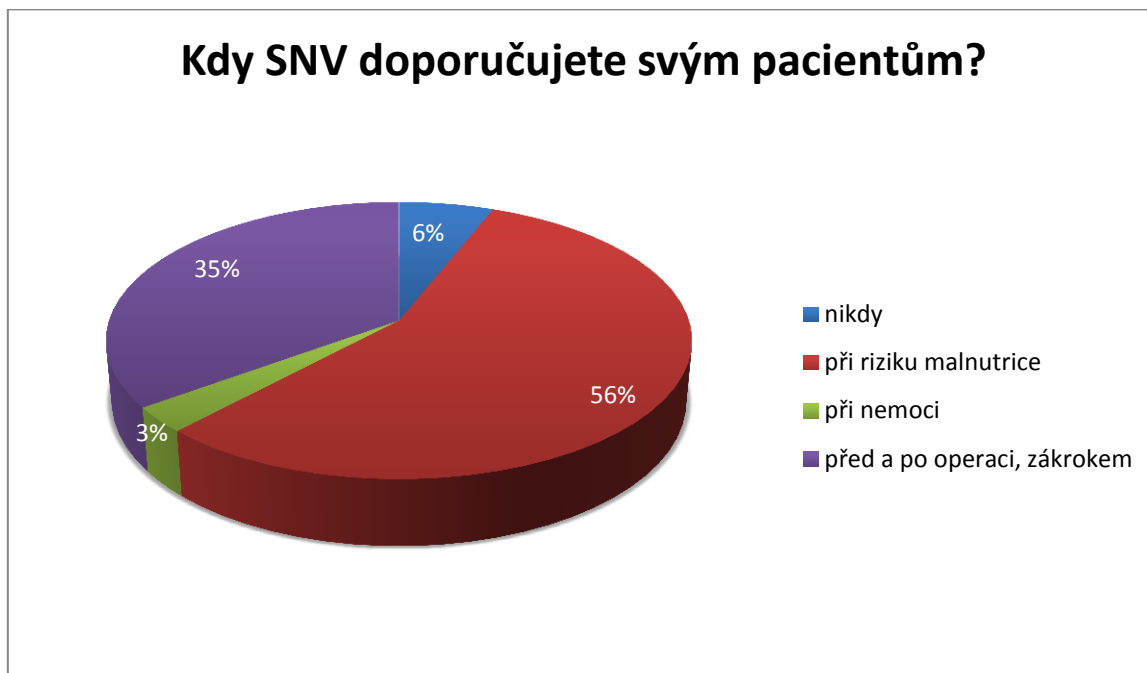


Zdroj: vlastní

Shrnutí: Otázka potvrdila, že nadpoloviční většina oslovených lékařů se s pojmem speciální nutriční výživa už někdy ve své praxi setkala. Z oslovených 103 lékařů jich šedesát pět (63%) speciální nutriční výživu zná dobře a orientuje se v ní. Přesto třicet osm lékařů (37%) odpovědělo, že pojem speciální nutriční výživy slyšeli, ale výrazně se v ní neorientují. Pozitivní výsledek je ten, že ani jeden z dotázaných neodpověděl, že speciální nutriční výživu nezná vůbec.

Otázka č. 3: Kdy speciální nutriční výživu /SNV/ doporučujete svým pacientům?

Graf č. 3

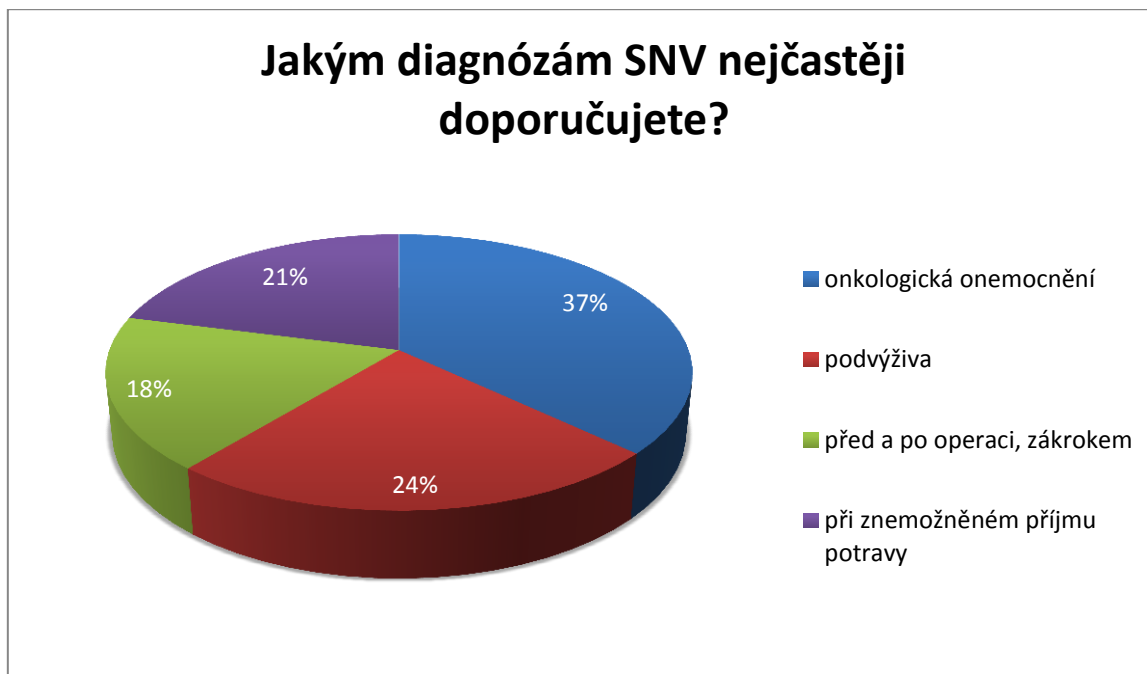


Zdroj: vlastní

Shrnutí: Z výsledků grafu vyplynulo, že největší podíl padesát osm lékařů (56%) by speciální nutriční výživu doporučilo svým pacientům při riziku malnutrice. To potvrzuje, že lékaři mají SNV spojenou především s ubýváním na váze, s chřadnutím organismu a problémy spojené s příjmem potravy. Velké zastoupení má také doporučení SNV před a po operaci a zákrokem, kdy takto odpovědělo třicet šest lékařů (35%). Tři lékaři (3%) si myslí, že SNV má smysl u jakéhokoliv onemocnění a pouze šest lékařů (6%) by svým pacientům SNV nedoporučili.

Otázka č. 4: Jakým diagnózám SNV nejčastěji doporučujete?

Graf č. 4

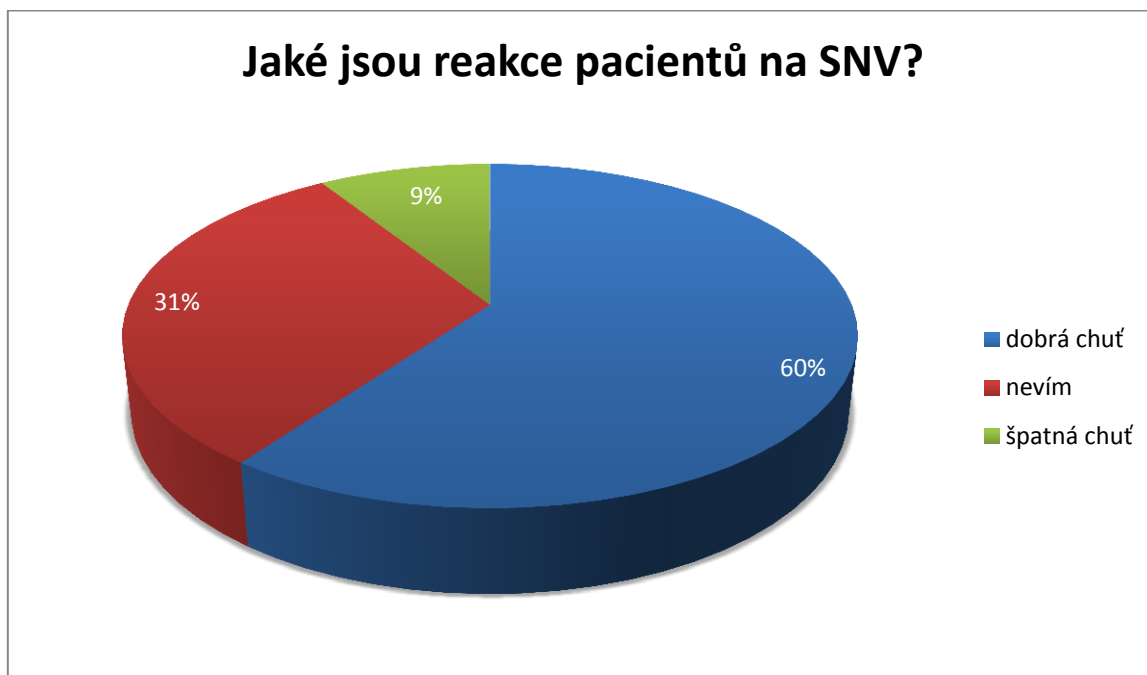


Zdroj: vlastní

Shrnutí: Ukázalo se, že největší váhu lékaři dávají podpoře při onkologických onemocněních (37%). Hned na dalším místě je doporučení lidem s malnutricí (24%). Na přibližně stejné úrovni jsou doporučení před a po operaci a zákroku (18%) a také při znemožněném příjmu potravy (21%).

Otázka č. 5: Jaké jsou reakce pacientů na SNV?

Graf č. 5



Zdroj: vlastní

Shrnutí: Oslovení lékaři mají zkušenost s tím, že pacientům SNV chutná (60%). Mnoho lékařů však vůbec zpětnou vazbu od pacientů nemá a neví, zda jim SNV přijde chuťově dobrá (31%). Pouze devět lékařů (9%) odpovědělo, že od pacientů mají negativní hodnocení v oblasti chuti SNV.

Otázka č. 6: Jakou máte kontrolu nad tím, že pacient výživu užívá?

Graf č. 6

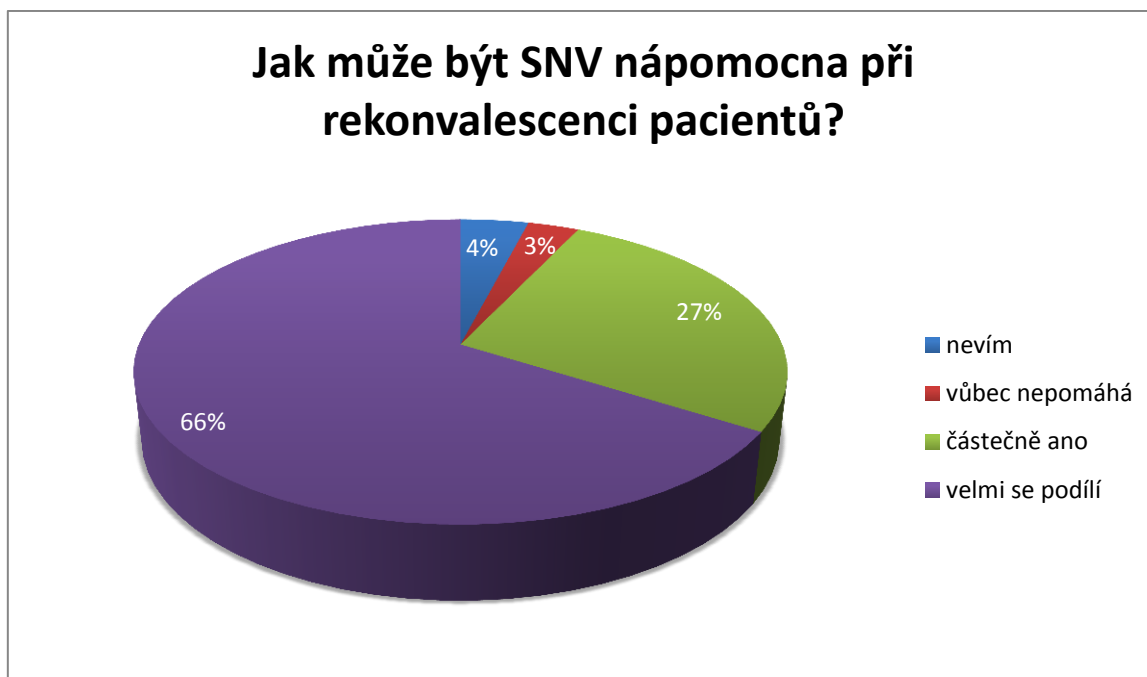


Zdroj: vlastní

Shrnutí: Graf vypovídá o tom, že přes polovinu dotazujících nemá zpětnou vazbu o tom, zda pacient výživu užívá. Jedná se o padesát šest lékařů (54 %). Třicet osm dotázaných (37%) má alespoň částečnou kontrolu nad užíváním SNV. Pouze devět lékařů (9%) udalo, že má zpětnou vazbu od pacientů o užívání SNV.

Otázka č. 7: Jak může být SNV nápomocna při rekonvalescenci pacientů?

Graf č. 7

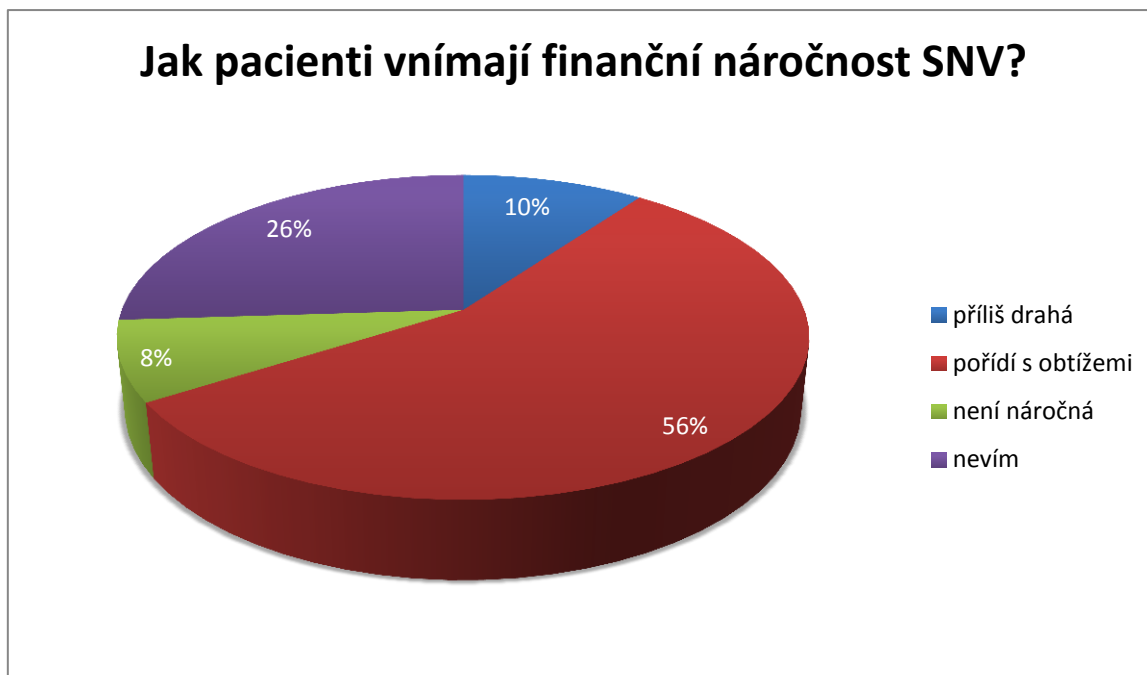


Zdroj: vlastní

Shrnutí: Oslovení lékaři jsou si ve velké většině vědomi toho, že speciální nutriční výživa velmi pomáhá při rekonvalescenci pacientů. Odpovědělo takto šedesát osm dotázaných (66%). Dvacet osm lékařů (27%) si myslí, že se částečně podílí. Čtyři respondenti (4%) nedokázali zhodnotit, zda SNV pomáhá při rekonvalescenci, a proto odpověděli, nevím. Pouze tři lékaři (3%) se domnívá, že SNV nepomáhá při rekonvalescenci pacientů.

Otázka č. 8: Jak pacienti vnímají finanční náročnost SNV?

Graf č. 8



Zdroj: vlastní

Shrnutí: Převaha lékařů odpověděla, že pacient si SNV pořídí, ale s obtížemi. Jednalo se o padesát osm lékařů (56 %) z dotázaných. Velké procento lékařů (26%) nedokázalo zhodnotit reakce pacientů na finanční náročnost u speciální nutriční výživy. Osm dotazovaných (8%) si myslí, že SNV není náročná finančně a deset lékařů (10%) se domnívá, že je příliš drahá.

Otázka č. 9: Která složka výživy je ve SNV nejdůležitější?

Graf č. 9

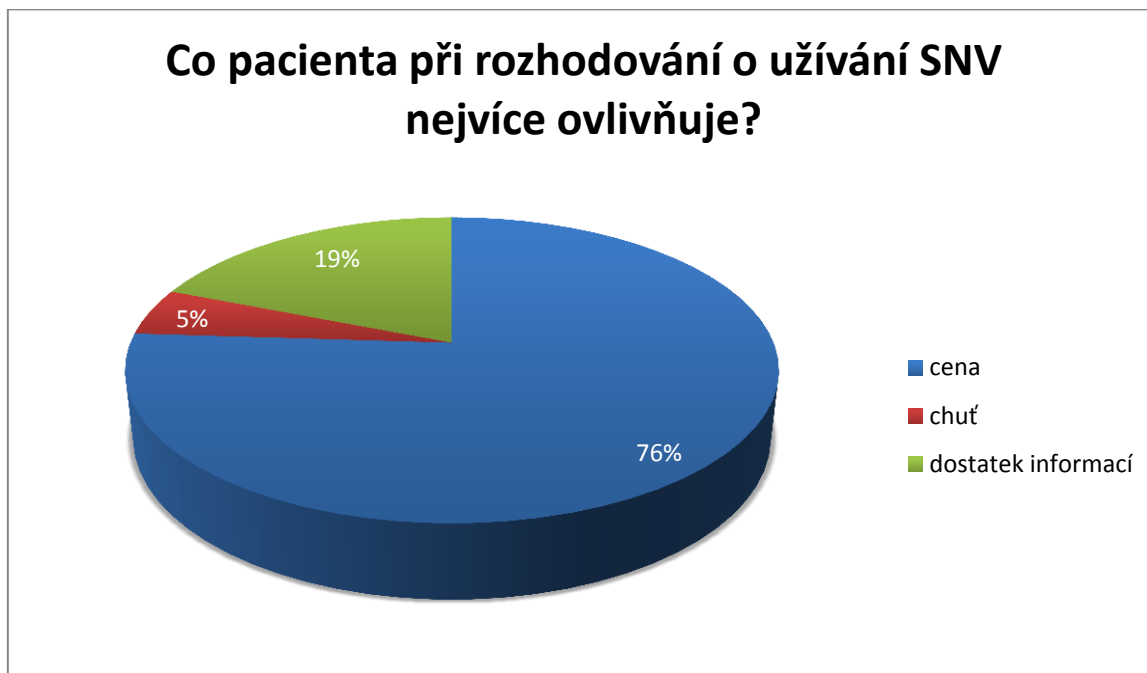


Zdroj: vlastní

Shrnutí: Za nejvíc důležitou složku speciální nutriční výživy považuje 95 lékařů (92%) bílkoviny. Pět dotazovaných (5 %) si myslí, že to jsou cukry a pouze tři dotazovaní lékaři (3%) se domnívají, že to jsou tuky.

Otázka č. 10: Co pacienta při rozhodování o užívání SNV nejvíce ovlivňuje?

Graf č. 10

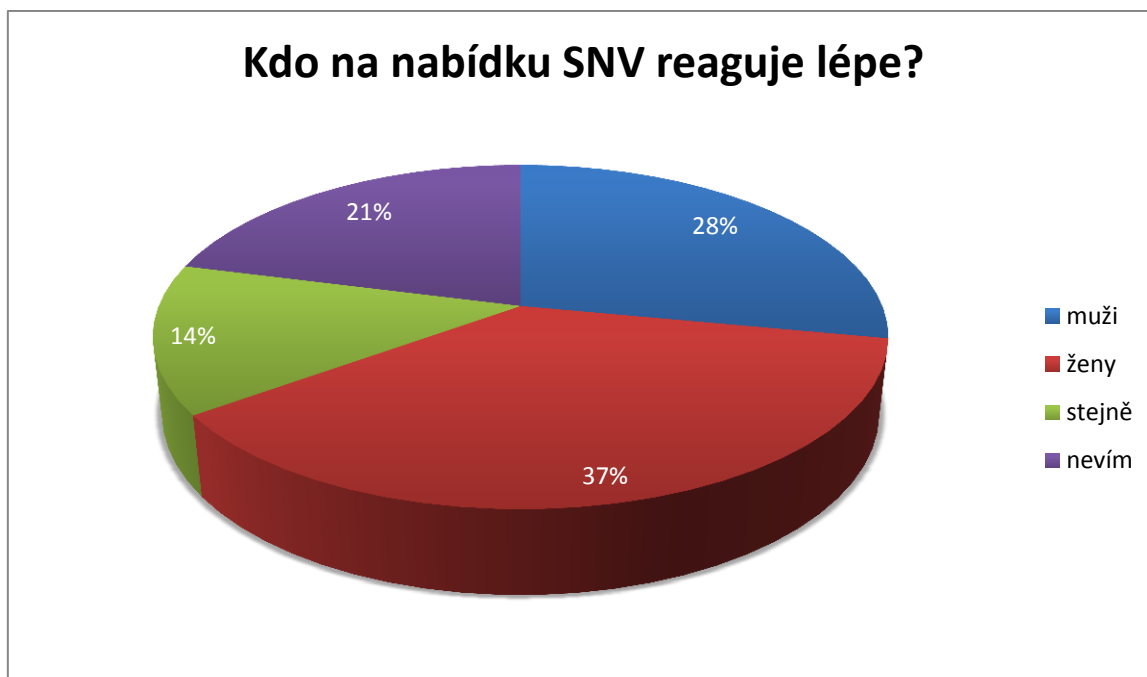


Zdroj: vlastní

Shrnutí: Z grafu vyplývá, že sedmdesát osm lékařů (76%) se domnívá, že pacienta při rozhodování o užívání speciální nutriční výživy nejvíce ovlivňuje cena. Dalším důležitým faktorem je dostatek informací. Tuto variantu volilo dvacet lékařů (19%). V malém zastoupení vyšlo, že pacienta ovlivňuje hlavně chuť. Myslí si to pouze pět lékařů (5%).

Otázka č. 11: Kdo na nabídku SNV reaguje lépe?

Graf č. 11

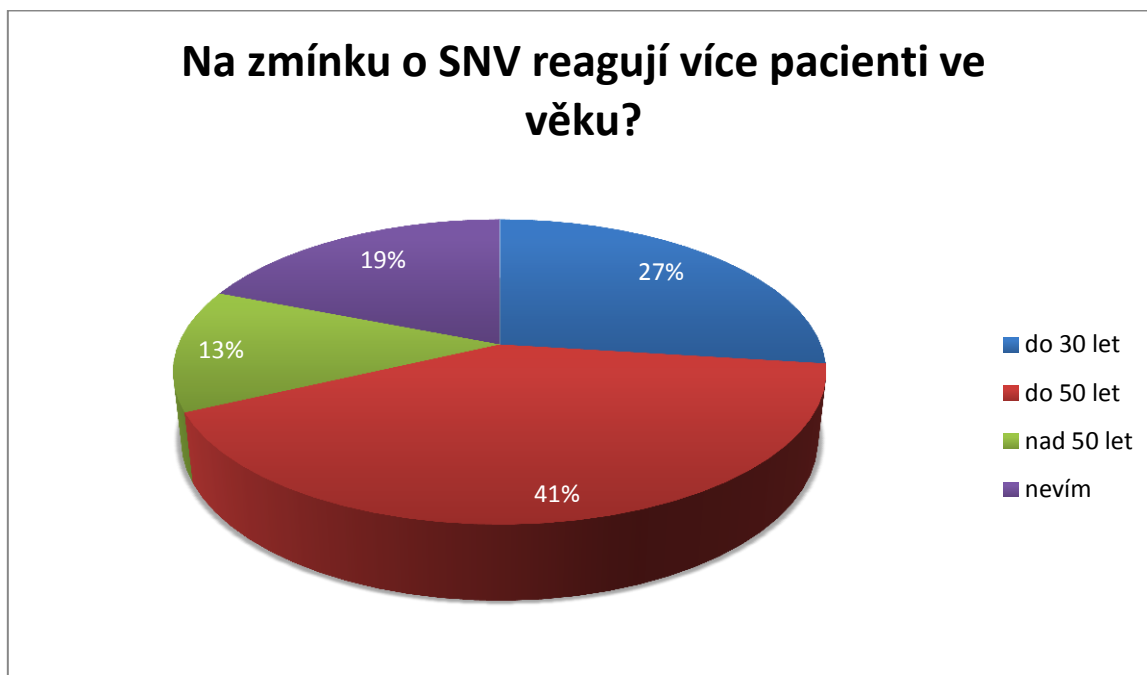


Zdroj: vlastní

Shrnutí: Na otázku rozdílnosti reakce na SNV ze strany žen a mužů bylo odpovězeno takto. Třicet osm lékařů (37%) se domnívá, že lépe reagují na nabídku SNV ženy. Dvacet devět lékařů (28 %) se domnívá, že to jsou muži. Nemalá část lékařů (21%) nedokáže říct, kdo reaguje lépe a čtrnáct dotazovaných (14%) myslí, že reagují všichni stejně.

Otázka č. 12: Na zmínku o SNV reagují více pacienti ve věku?

Graf č. 12

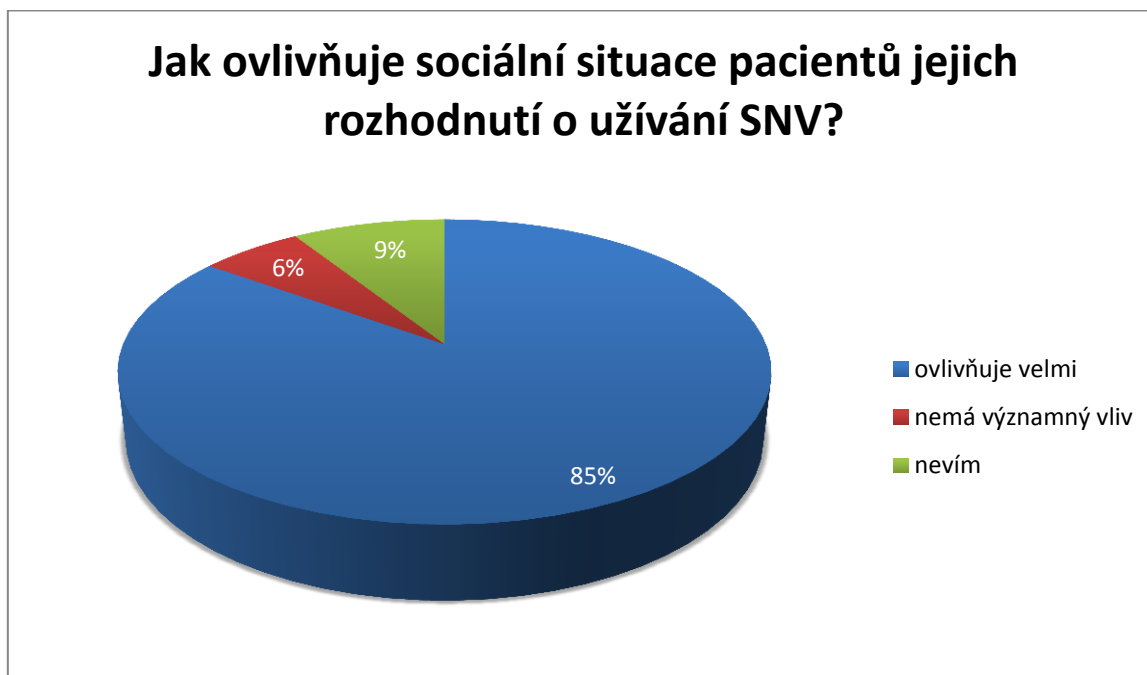


Zdroj: vlastní

Shrnutí: V dotazníkovém šetření jsem zjistila, že nejlépe na SNV reagují pacienti do padesáti let. Odpovědělo takto čtyřicet dva respondentů (41%). Menší zájem pocítují lékaři u lidí do třiceti let. Domnívá se to dvacet osm lékařů (27%) z dotázaných a úplně nejmenší zájem dle lékařů jeví lidé nad padesát let. Odpovědělo tak třináct lékařů (13%). Nemalá skupina lékařů nezhodnotila, kteří lidí reagují na SNV lépe. Jednalo se o dvacet lékařů (19%).

Otázka č. 13: Jak ovlivňuje sociální situace pacientů jejich rozhodnutí o užívání SNV?

Graf č. 13

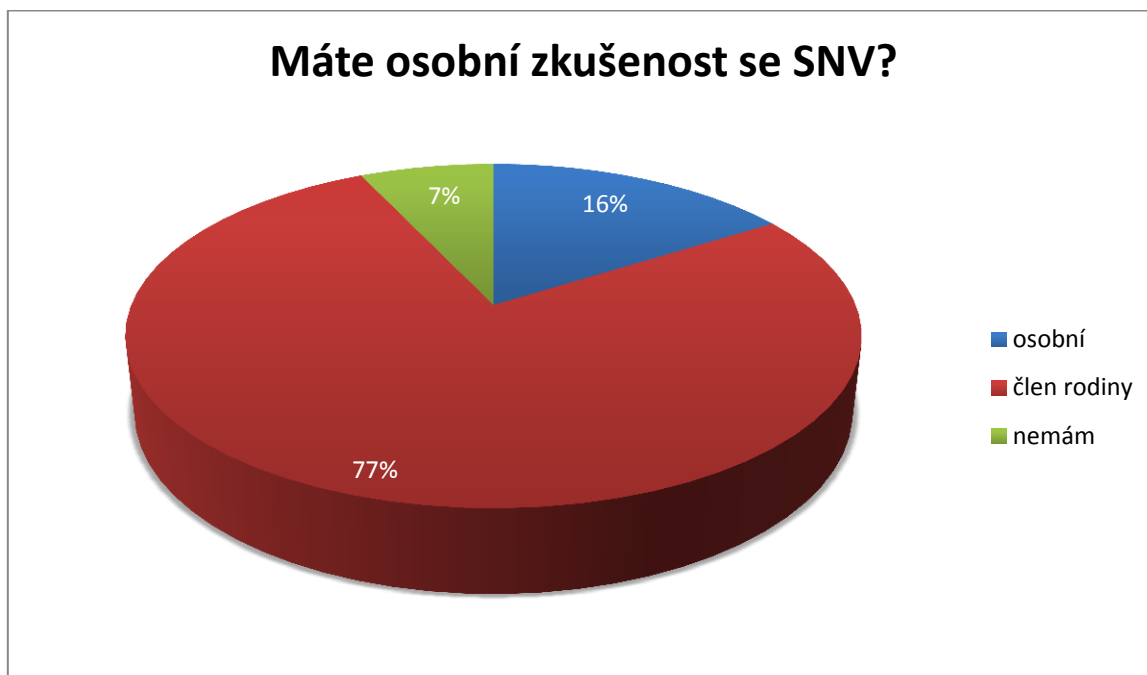


Zdroj: vlastní

Shrnutí: Nejvíce lékařů v šetření vyznačilo, že sociální situace pacientů velmi ovlivňuje rozhodnutí, zda SNV budou užívat či nikoliv. Odpovědělo tak osmdesát osm lékařů (85%). Šest dotazovaných (6%) si myslí, že finanční situace nemá významný vliv na rozhodování pacientů o užívání SNV. Devět lékařů (9%) neví a nedokáže zhodnotit, zda sociální situace má na užívání nějaký vliv.

Otázka č. 14: Máte osobní zkušenost se SNV?

Graf č. 14

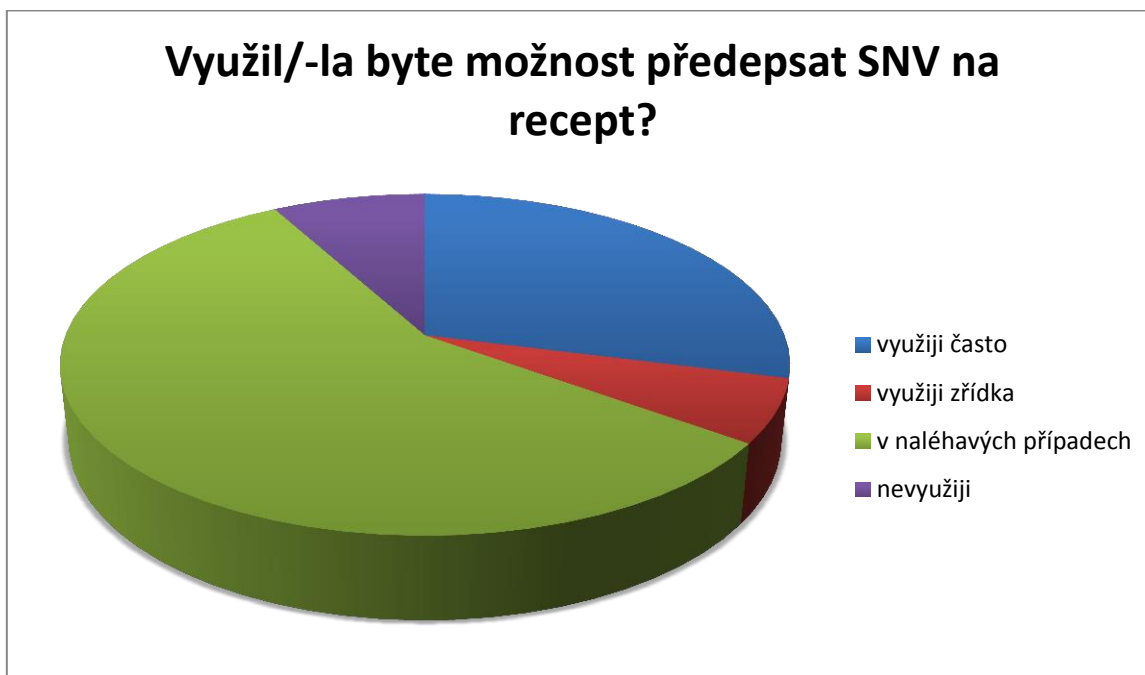


Zdroj: vlastní

Shrnutí: V mém šetření jsem zjistila, že sedmdesát devět lékařů (77%) má zkušenost se speciální nutriční výživou ve své rodině. Dalších sedmnáct (16%) má vlastní zkušenost a sedm lékařů (7%) odpovědělo, že nemá vlastní zkušenost se speciální nutriční výživou.

Otázka č. 15: Využil/-la byste možnost předepsat SNV na recept?

Graf č. 15

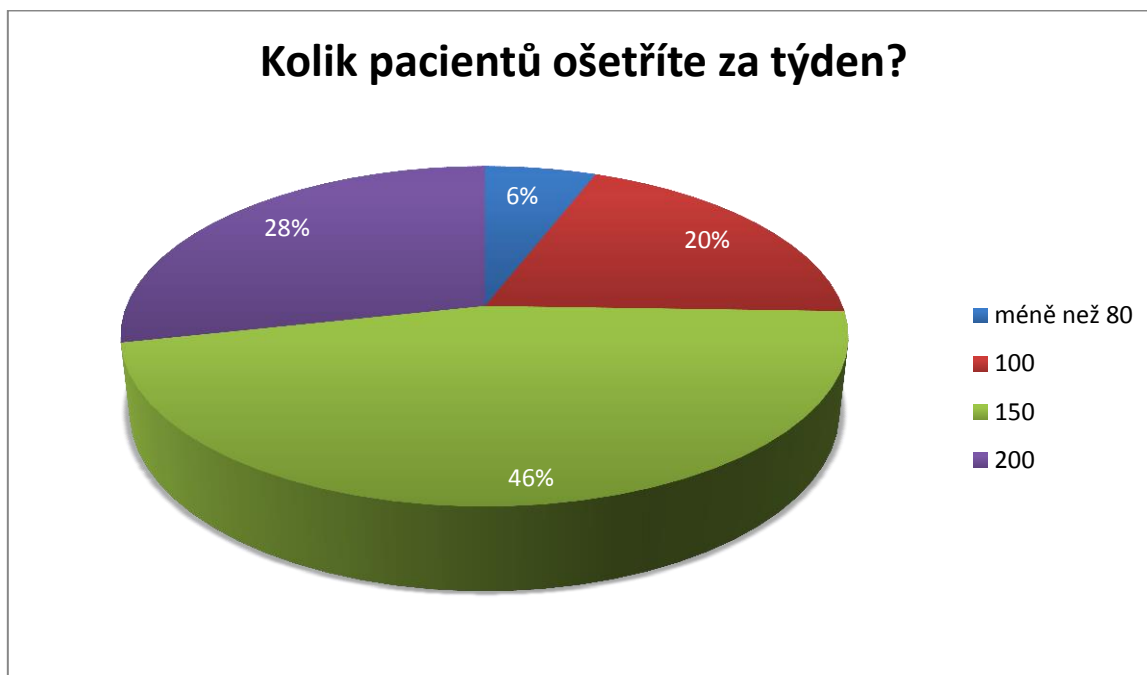


Zdroj: vlastní

Shrnutí: Na danou otázku mi padesát devět lékařů (57%) odpovědělo, že by možnost napsat SNV na recept využilo v naléhavých případech. Dalších třicet lékařů (29%) by tuto možnost využilo často. Malá část respondentů by váhala a využila pouze zřídka. Jedná se o šest lékařů (6%) z dotazovaných. Osm lékařů (8%) by možnost psát SNV na recept nevyužilo vůbec.

Otázka č. 16: Kolik pacientů ošetříte za týden?

Graf č. 16



Zdroj: vlastní

Shrnutí: Z tohoto grafu vyplývá, že v průměru za týden ošetří lékaři sto padesát pacientů. Odpovědělo tak čtyřicet osm (47%) dotazovaných. Třicet lékařů (27%) odpovědělo, že v průměru za týden ošetří okolo dvou set pacientů. Dvacet lékařů (20%) se domnívá, že v týdnu ošetří přibližně sto pacientů a pouze pět lékařů (6%) napsalo možnost, že ošetří méně než osmdesát pacientů za týden.

Otázka č. 17: Kolika z ošetřených doporučujete SNV?

Graf č. 17

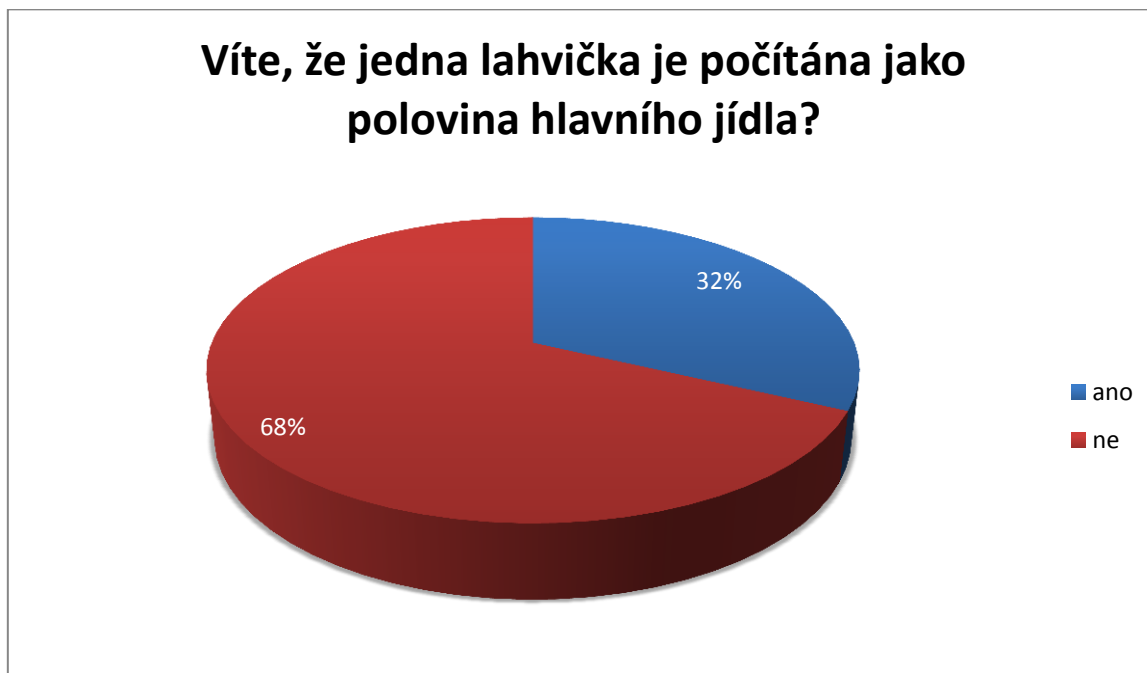


Zdroj: vlastní

Shrnutí: Z tohoto grafu vychází, že osmdesát šest lékařů (83 %) by SNV doporučilo přibližně deseti pacientům za týden. Dvanáct lékařů (12%) se domnívá, že by v jejich ordinaci doporučili SNV do dvaceti pacientů za týden. Dva dotázaní (2%) odpověděli, že mají ve svých ordinacích přes dvacet pacientů za týden vhodných ke speciální nutriční výživě a pouze tři lékaři (3%) zodpověděli, že by za týden nedoporučili žádnému pacientovi SNV.

Otázka č. 18: Víte, že jedna lahvička je počítána jako polovina hlavního jídla?

Graf č. 18

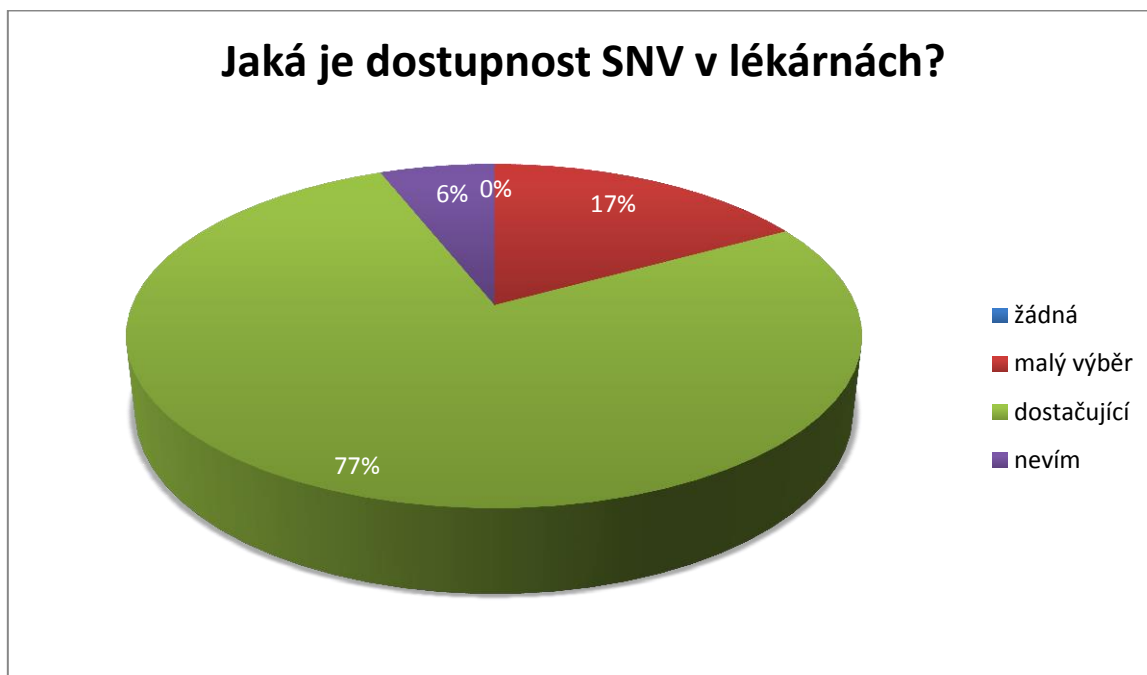


Zdroj: vlastní

Shrnutí: Na uvedeném grafu je patrné, že sedmdesát lékařů (68%) neví, že jedna lahvička speciální nutriční výživy je brána jako polovina hlavního jídla. Poměrně dost velké procento dotazujících odpovědělo kladně, že znají tuto informaci. Jednalo se o třicet tři lékařů (32%).

Otázka č. 19: Jaká je dostupnost SNV v lékárnách?

Graf č. 19



Zdroj: vlastní

Shrnutí: Až sedmdesát devět lékařů (77%) se domnívá, že dostupnost speciální nutriční výživy v lékárnách je pro pacienty dostačující. Osmnáct lékařů (17%) myslí, že je malý výběr SNV na lékárnách. Šest respondentů (6%) vůbec neví, jaké je zastoupení SNV na lékárnách a nikdo se nedomnívá, že by SNV nebyla zastoupena vůbec na lékárnách.

Otázka č. 20: Jaké jsou reakce pacientů na vaše doporučení?

Graf č. 20

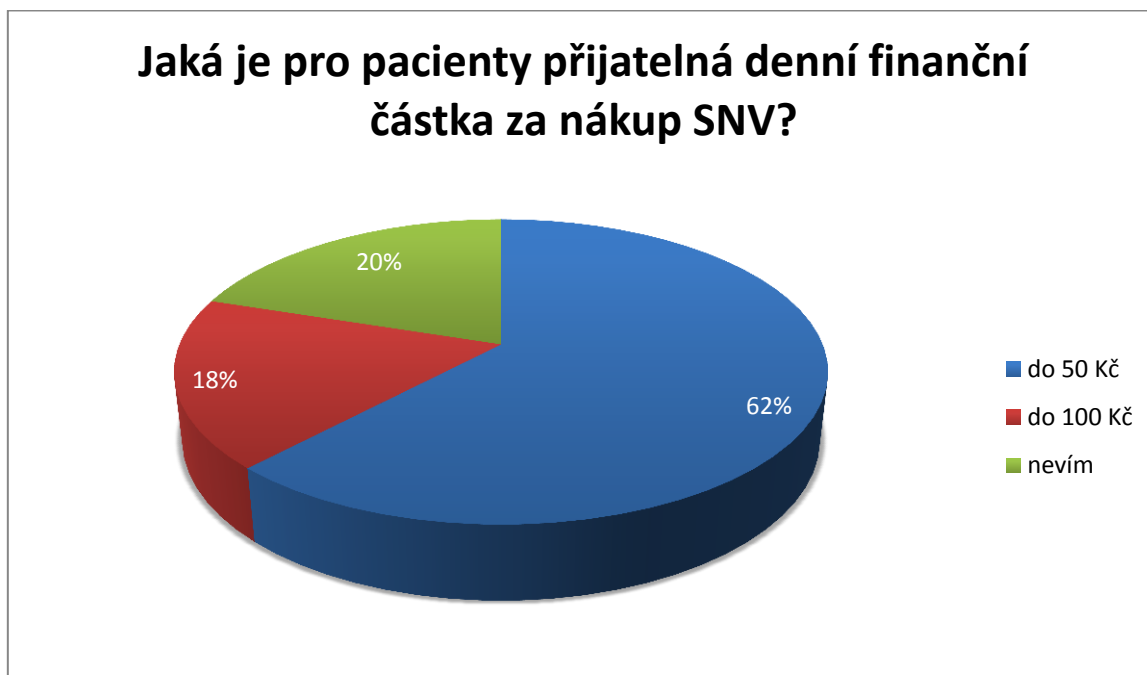


Zdroj: vlastní

Shrnutí: Šedesát jedna lékařů (59%) hodnotí reakce pacientů na doporučení velmi kladně. Dvacet jedna dotazovaných (20%) vnímá, že mají pacienti o doporučení malý zájem. Sedmnáct lékařů (17%) tvrdí, že pacienti o jejich doporučení zájem moc nemají a pouze čtyři lékaři (4%) se domnívají, že jejich pacienti doporučení odmítají.

Otázka č. 21: Jaká je pro pacienty přijatelná denní finanční částka za nákup SNV?

Graf č. 21

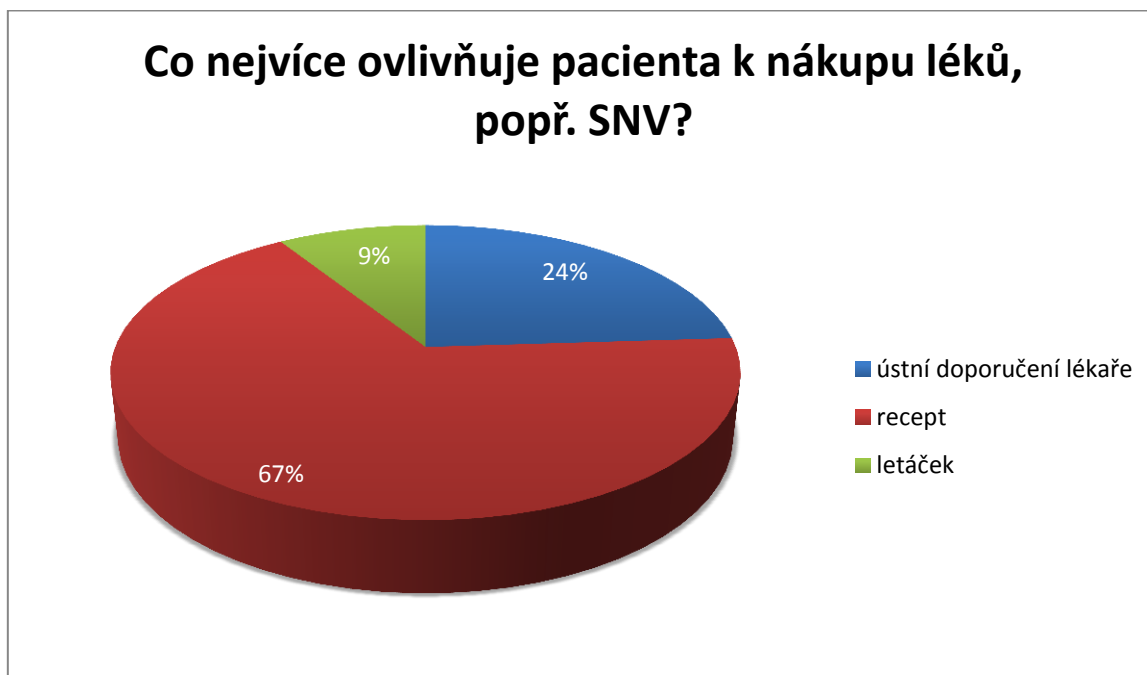


Zdroj: vlastní

Shrnutí: Za přijatelnou finanční částku, kterou by pacient dal za SNV za den, považuje šedesát čtyři lékařů (62%) hodnotu do 50 Kč za den. Devatenáct lékařů (18%) myslí, že by pacient byl ochotný dát do 100 Kč za den za SNV a dvacet respondentů (20 %) nedokázalo zhodnotit, kolik by byl pacient ochotný za tuto oblast vydat financí.

Otázka č. 22: Co nejvíce ovlivňuje pacienta k nákupu léků, popř. SNV?

Graf č. 22

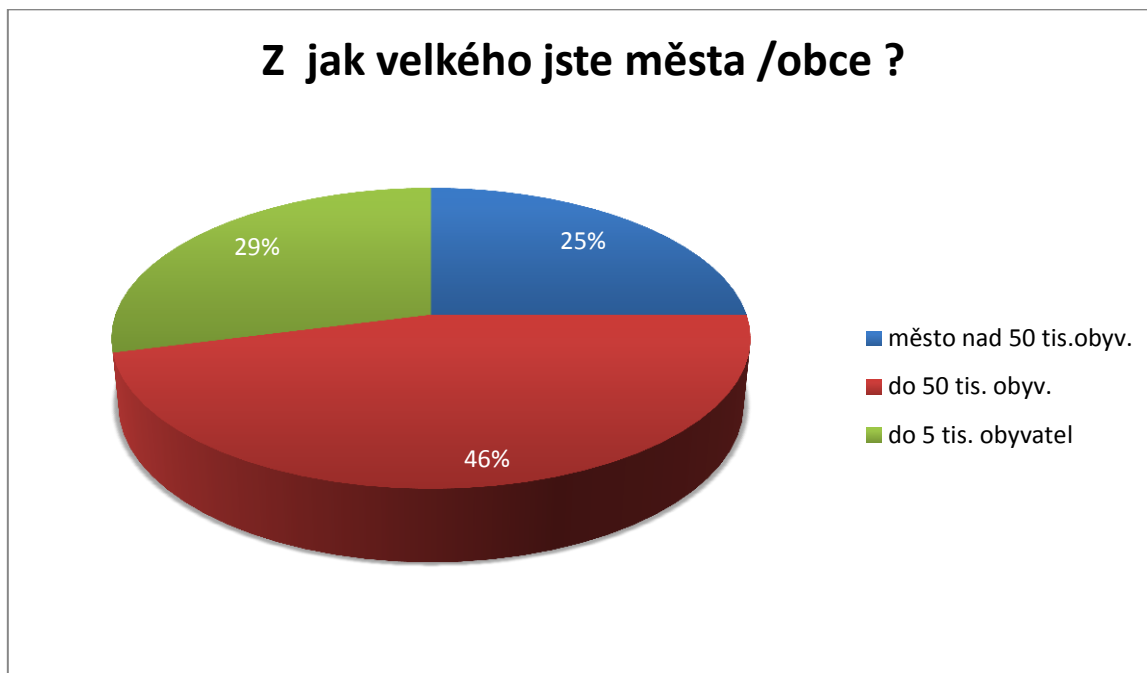


Zdroj: vlastní

Shrnutí: Z tohoto grafu vyplynulo, že největší váhu při rozhodování o koupi SNV má recept. Dle šedesáti devíti lékařů (67%) je recept na prvním místě. Dalších dvacet pět lékařů (24%) klade důraz na ústní doporučení a devět lékařů (9 %) vidí důležitost v letáčku o daném produktu.

Otázka č. 23: Z jak velkého jste města /obce?

Graf č. 23



Zdroj: vlastní

Shrnutí: Z toho grafu je zřejmé, z jak velkých měst respondenti přibližně byli. Čtyřicet sedm lékařů (46%) bylo z města do 50 000 obyvatel. Dalších dvacet šest lékařů (25%) bylo z měst nad 50 000 obyvatel a nemalou část respondentů tvořilo zastoupení lékařů z měst a obcí do 5 000 obyvatel. Jednalo se o třicet lékařů (29%)

12 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

V této části mé bakalářské práce přichází na řadu zhodnocení získaných informací a to především ve vztahu ke stanoveným cílům a předpokladům. Hlavním cílem práce bylo zjistit, jak speciální nutriční výživa ovlivňuje rekonvalescenci pacientů na Děčínsku. Dílčí cíle pak byly stanoveny tři: zjistit, jak sociální úroveň ovlivňuje přístup pacientů ke speciální nutriční výživě, dále jak intenzivně lékaři se speciální nutriční výživou pracují a co nejvíce ovlivňuje pacienta při rozhodnutí, zda speciální nutriční výživu užívat. Těmto okruhům byl přizpůsoben dotazník tak, aby bylo možné vyhodnotit, zda byly stanovené předpoklady potvrzeny nebo vyvráceny.

Dílčí cíl č. 1 Zjistit, jak sociální úroveň obyvatel na Děčínsku ovlivňuje přístup k nutriční výživě.

Předpoklad č. 1 Předpokládám, že pořízení a pravidelné užívání nutriční výživy je pro obyvatele Děčínska významnou finanční zátěží.

(kritérium pro většinu je 60 %)

Region Děčínska byl pro účely bakalářské práce vybrán záměrně z důvodu, že se jedná o oblast zatíženou náročnou sociální situací velké části obyvatel. Je tu vysoká míra nezaměstnanosti, nízká vzdělanost obyvatel a velká část obyvatel je příjemcem sociálních dávek. V regionu také existují sociálně vyloučené lokality. Proto bylo mým zájmem zjistit, jaké informace lékaři od pacientů získávají, s jakými reakcemi se setkávají právě ve vztahu s jejich sociální situací. K tomuto účelu sloužily v dotazníku otázky číslo 8, 13, 20, 21.

Z vyhodnocených údajů vyplynulo, že lékaři vnímají sociální úroveň za faktor, který rozhodování pacientů ovlivňuje velmi významně. Z oslovených lékařů na otázku „**Jak ovlivňuje rozhodování pacientů jejich sociální situace?**“ si odpověď „velmi ovlivňuje“ vybralo celých 88 %, respondentů. V praxi přitom největší roli hraje finanční náročnost pořízení speciální nutriční výživy. Na otázku „**Jak pacienti vnímají finanční náročnost SNV?**“ odpovědělo 10% dotázaných lékařů, že náklady na pořízení nutriční výživy jsou pro jejich pacienty příliš velké. Více než polovina lékařů (58%) se domnívá, že si pacienti výživu jsou sice schopni pořídit, ale s velkými obtížemi. 27% z nich se rozhodlo

pro odpověď nevím a podle pouhých 8% financování speciální nutriční výživy finančně náročné není.

Z odpovědí na tuto otázku vyplynulo, že i z hlediska lékařů jde pro pacienty o finančně náročnou záležitost. Ta má významný vliv na jejich rozhodování, zda si přípravky pořídit či nikoliv. Pokud jsou pacienti schopni si nutriční výživu financovat sami, ale s velkými obtížemi, pak je o to důležitější správný přístup, komunikace a motivace ze strany ošetřujícího lékaře, ale i dalšího zdravotnického personálu, jako například zdravotní sestry. Vysvětlení přínosu nutriční výživy může pacienta ovlivnit a on je schopen vyčlenit finanční prostředky pro tyto účely, i na úkor uspokojení jiných potřeb. 26% oslovených lékařů, kteří neví, jak pacienti vnímají finanční náročnost naopak ukazuje, že v tomto regionu lze dále pracovat s informovaností lékařů. Téměř třetina těch, kteří neví, dokazuje, že zájem lékařů o speciální nutriční výživu ve vztahu k pacientům není tak silný, zejména pokud jde o aktivní zapojení lékařů do podpory užívání. Přitom pokud lékař komunikuje tuto problematiku s pacientem, 61 % potvrdilo, že lidé na tyto informace reagují kladně (otázka „**Jaké jsou reakce pacientů na vaše doporučení?**“)

Otázka „**Jaká je pro pacienty přijatelná denní finanční částka za nákup SNV?**“ ukázala, jaká je přijatelná částka za pořízení produktů nutriční výživy. 62% dotázaných lékařů soudí, že je to do výše 50 Kč za den. Znovu se tedy potvrzuje, že finanční náročnost pořízení produktů speciální nutriční výživy je jednou z nejvýznamnějších okolností, podle které se pacienti rozhodují.

První předpoklad, že pořízení a pravidelné užívání nutriční výživy je pro obyvatele Děčínska významnou finanční zátěží, se tedy potvrdil. Kritériem pro většinu bylo 60%. Že jsou náklady příliš velké, se domnívá 10% lékařů, 58%, je přesvědčeno, že pacienti uhradí náklady s velkými obtížemi.

Předpoklad č. 1 byl potvrzen.

Dílčí cíl č. 2 Zjistit, jak intenzivně lékaři se speciální nutriční výživou pracují?

Předpoklad č. 2 Předpokládám, že lékaři doporučují speciální nutriční výživu 20 pacientům týdně.

(kritérium pro většinu je 65 %)

K druhému předpokladu se v dotazníkovém šetření vztahuje otázka č. 17, doplňující jsou pak otázky 6,7,9, 14 a 18.

Z celkem 103 dotázaných lékařů na otázku, kolika pacientům týdně doporučují speciální nutriční výživu vyplynulo, že velká převaha – 86% respondentů uvedlo, že by se mohlo jednat o počet do 10 pacientů za týden vhodných pro užívání speciální nutriční výživy. Přestože se na první pohled nejedná o vysoký podíl, vzhledem k reálným situacím v ordinacích v menších obcích a městech jde o poměrně dostačující počet. Nicméně předpokladem bylo, že lékaři doporučují nutriční výživu týdně 20 pacientům.

Z doplňujících otázek vyplynulo, že převážná většina oslovených lékařů se domnívá, že speciální nutriční výživa je nápomocna při rekonvalescenci pacientů. Potvrdilo to 68 % lékařů. O tom, že speciální nutriční výživa může mít alespoň částečný podíl na uzdravovacích procesech, je přesvědčeno 28% oslovených. Z dotazníku vyplývá, že lékaři jsou ve většině obeznámeni s problematikou nutričních produktů. Vědí, že něco takového existuje, včetně účinnosti a prospěšnosti pro pacienty. Otázka č. 14 zjišťovala, jakého charakteru jsou zkušenosti lékařů s problematikou nutriční výživy. Výsledky šetření ukázaly, že převaha oslovených lékařů zná produkty z vlastní rodiny. V 17% to byla přímo osobní zkušenost lékařů, v 79 % případech to byl člen rodiny. Výsledek prokázal, že zkušenosti s nutriční výživou nemají jen senioři, jak by se na první pohled mohlo zdát, ale že jde také o záležitost lidí v produktivním věku. Navazující byla otázka č. 9, která zjišťovala, zda lékaři znají složení nutriční výživy. Na otázku „Která složka výživy je ve SNV (speciální nutriční výživě) nejdůležitější, odpovědělo 95 % lékařů, že hlavní účinnou složkou jsou bílkoviny pro správnou funkci svalů. Na druhou stranu ale otázka č. 18, zda lékaři vědí, že jedna lahvička nutriční výživy je počítána jako polovina hlavního jídla, nevědělo 68%. Tedy lékaři znalosti mají, ale povrchní. Chybí detailní znalosti, které by mohly pacienty motivovat.

Předpoklad č. 2 se nepotvrdil.

Dílčí cíl č. 3 Zjistit, co nejvíce ovlivňuje pacienta při rozhodování, zda speciální nutriční výživu využije.

Předpoklad č. 3 Předpokládám, že pacienta při rozhodování o nutriční výživě nejvíce ovlivňuje doporučení lékaře.

(kritérium pro většinu je 70 %)

Třetí předpoklad měl za cíl zjistit, co nejvíce ovlivňuje pacienta při rozhodování, tedy zda je to doporučení lékaře. K tomuto tématu se vztahovala otázka č. 22 a další doplňující otázky 10,11,12 a 15.

Otázkou č. 22 jsem zjišťovala, která motivace pro zahájení užívání speciální nutriční výživy je pro pacienta nejsilnější. Z odpovědí vyplynulo, že nejvýznamnější vliv má dle lékařů napsaný recept a to už 67% respondentů. Na druhém místě s 24% skončilo ústní doporučení lékaře a pouhých 9 % se domnívá, že pacienty ovlivní informační letáček.

Při obecném zjišťování, co dále ovlivňuje pacienta při rozhodování, šetření ukázalo, že z 76% je to především cena, dále 19% dostatek informací a zanedbatelných 5% lékařů uvedlo, že je to chuť produktu. Znovu se tedy potvrdilo, že se lidé nejvíce rozhodují podle ceny, a zřejmě proto by také uvítali možnost pořídit speciální nutriční výživu na recept, který by jim pomohl vynaložené náklady snížit.

Z dalších doplňujících otázek vyplynulo, že na nabídku speciální nutriční výživy lépe reagují ženy – 37% a vzhledem k věkovému rozvrstvení jsou to nejčastěji lidé do 50 let – 41%. Samotní lékaři by využili možnost předepsat speciální nutriční výživu ve většině jen v naléhavých případech – 59%.

Stanovený předpoklad, že se lidé pro užívání nutričních produktů rozhodují na základě doporučení lékaře, se nepotvrdil. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že lékaři jsou přesvědčeni, že rozhodnutí pacientů by ovlivnil předepsaný recept. Na doporučení lékaře dá 24%. Kritérium pro většinu bylo 70%.

Předpoklad č. 3 se nepotvrdil.

13 DISKUZE

Ve své bakalářské práci jsem se rozhodla věnovat vlivu speciální nutriční výživy na rekonvalescenci pacientů na Děčínsku. Vycházela jsem z předpokladu, že doporučení nutriční výživy pozitivně ovlivňuje zdravotní stav a napomáhá organismu zvládat náročné situace. Nutriční výživa zde má své místo jako prevence před malnutricí, dále také jako podpora při onkologickém onemocnění, před a po operacích nebo zákrokech. Pro potřeby své práce jsem se zaměřila na skupinu lékařů, kteří přicházejí nejčastěji do styku s pacienty, kterým by mohli doporučit speciální nutriční výživu. Oslovila jsem praktické lékaře pro dospělé, praktické lékaře pro děti a stomatology. U všech těchto skupin jsem očekávala, že by mohli být s problematikou speciální nutriční výživy seznámeni a tyto informace ve svých ordinacích předávat dál, ať už osobním doporučením, nebo vytvořením podmínek k edukaci veřejnosti pro spolupracující sestry. Pozornost byla věnována tomu, jak se lékaři v dané problematice orientují, komu ji nejčastěji doporučují a s jakými reakcemi pacientů se setkávají. Získané informace pomohly utvořit představu o využívání produktů speciální nutriční výživy a zastoupení této problematiky v ordinacích praktických lékařů a stomatologů ve větších i menších městech a obcích.

Pro potřeby bakalářské práce jsem se rozhodla provést šetření pouze ve vybraném regionu Ústeckého kraje. Jde o Děčínsko, které má svá specifika. Jde o oblast s vysokou nezaměstnaností, s nízkou vzdělaností obyvatel, se sociálně vyloučenými lokalitami a řadou sociálních problémů. Proto mne zajímalo, jak právě zde lidé na speciální nutriční výživu reagují.

V rámci dotazníkového šetření jsem si stanovila tři dílčí cíle a těm přizpůsobila stanovené předpoklady. Zajímalo mne, jak sociální úroveň lidí ovlivňuje přístup k nutriční výživě, dále jak intenzivně lékaři s touto výživou pracují a co nejvíce ovlivňuje pacienta při rozhodování, zda speciální nutriční výživu bude užívat.

Pro potřeby práce jsem vypracovala dotazník, se kterým jsem oslovila celkem 120 lékařů. Návratnost rozdaných formulářů byla 86%. Skupina respondentů byla 103 lékařů, z toho 60% praktických pro dospělé, 27% praktických pro děti a 13% stomatologové. K získání informací jsem volila formu strukturovaného dotazníku.

Ze získaných výsledků vyplynulo, že pro oslovenou skupinu lékařů v regionu Děčínska není pojem speciální nutriční výživa neznámý. Ve skupině respondentů se nenašel nikdo, kdo by jej neznal vůbec. Nadpoloviční většina se sice s tímto pojmem již setkala v praxi, nicméně nejedná se o plošnou znalost, neboť 37 % dotázaných sice tento termín slyšela, ale konkrétně se o něj nezajímají. Z výsledků dále vyplynulo, že speciální nutriční výživa je v povědomí lékařů úzce spjata s rizikem malnutrice, ale lékaři ji doporučují i pro posílení organismu, tedy před nebo po operaci nebo při nemoci, kdy je organismus oslabený. Tomu odpovídá i zjištění, že nutriční výživu lékaři doporučují nejčastěji v případě onkologických onemocnění a to v 37% z oslovených. V dalším pořadí je to pak podvýživa, s tím související znemožněný příjem potravy způsobeným nechutenstvím, bolestí nebo jinou příčinou, dále pak stav před a po operaci. Zajímalo mne také zastoupení výživových produktů v lékárnách v tomto regionu. Dle lékařů je dostačující, což uvedlo 77 % dotázaných.

Zajímavým zjištěním bylo, že přestože lékaři potvrzovali základní znalosti o této oblasti, chyběla u nich zpětná vazba od pacientů. Tedy navzdory deklarovanému zájmu 54% dotázaných odpovědělo, že nemají žádnou kontrolu nad tím, zda pacienti nutriční výživu užívají. Částečnou kontrolu potvrdilo 37%. V praxi tedy jsou schopni pacientům výživu doporučit, nicméně u nich už není zájem zjišťovat, zda se tak skutečně stalo a s jakým výsledkem.

Na základě stanovených předpokladů jsem se domnívala, že největší vliv na užívání speciální nutriční výživy bude mít v tomto regionu tíživá ekonomická situace obyvatel. To se také potvrdilo. Z šetření vyplynulo, že největší podíl na rozhodování lidí je cena výrobku, kterou právě na Děčínsku vnímají buď tak vysokou, že si ji ani nemohou pořídit, nebo ji koupí, ale s velkými obtížemi /58%/ Cenová náročnost je pro zdejší skupinu velká.

Dále mne zajímalo, jak intenzivně lékaři se speciální nutriční výživou pracují – tedy jak často ji svým pacientům doporučují, k jakým diagnózám, jaké jsou reakce ze strany pacientů. Zajímavým údajem bylo, že 79% oslovených mělo zkušenost s produkty výživy přes člena vlastní rodiny. To má dále vliv na to, jakým způsobem lékař k nutriční výživě přistupuje, zda ji doporučuje pacientům, nebo vytváří dobré podmínky ve své ordinaci – motivací sestry spolupodílet se na vysvětlování problematiky, dostatkem informačních letáků, vstřícným přístupem k informování pacienta.

S ekonomickou situací v regionu úzce souvisel třetí předpoklad a to, podle čeho se nejvíce pacienti rozhodují. Domnívala jsem se, že je to právě osobní doporučení lékařů, ale z šetření vyplynulo, že je to možnost předepsat výživu na recept. Bez receptu je částka na pořízení pravidelných dávek nutriční výživy pro pacienty finančně náročná, a také proto ji ve výsledku nepovažují za nezbytně nutnou. Z toho také vyplývají má doporučení pro praxi.

Doporučení pro praxi

Pro téma této bakalářské práce jsem se rozhodla proto, abych zjistila, jak si tematika speciální nutriční výživy stojí v typické lokalitě s tíživou sociální situací. Lékařům informace nescházejí, ale nejsou tak podrobné a problematika nutriční výživy je stále na úrovni volitelných doplňků stravy. Lékařům chybí motivace aktivně pacientům doporučovat tuto výživu, přestože velká část z nich se s ní setkala přímo ve svých rodinách. Je to buď nezájem, nebo názor, že nutriční výživa, kterou pacient musí hradit sám, je finančně náročná a není tak atraktivní. Doporučovala bych proto intenzivnější informovanost lékařů v této části Ústeckého kraje, konkrétní informace o prospěšnosti u řady z nich chybí. Pokud by byla větší osvěta zajišťována například formou letáku, pak by měla být konkrétně zacílena na specifika obyvatel této části republiky. Tedy vysvětlit, že i přes finanční náročnost zde je přínos nutričních produktů.

Zaujala mne také problematika pořizování produktů speciální nutriční výživy na recept. Pokud se jedná o praktické lékaře, tak v současnosti tuto možnost mají pouze lékaři dětští. Pacienty je lékař stále vnímán jako autorita a předepsání výživy receptem posiluje jeho vnímání jako léku. Zároveň se tak zmenšuje finanční zátěž, kterou lidé při pořízení produktů hradí sami. Při dlouhodobém užívání nejde o nízké částky. Protože se většina dotázaných vyjádřila ve smyslu, že by nutriční výživu doporučovala nejčastěji jen v opravdu nutných případech /59% dotázaných/, myslím, že by v takových situacích úhrada pacientům výrazně pomohla.

ZÁVĚR

Pro bakalářskou práci na téma speciální nutriční výživy jsem se rozhodla proto, že osobně tuto oblast považuji za velice zajímavou. Protože má tato problematika dnes už nezastupitelné místo v řadě zdravotních oblastí, zajímalo mne, jaký je její vliv na rekonvalescenci pacientů v regionu Děčínska, se všemi okolnostmi, které z této oblasti vyplývají. V teoretické části jsem se zaměřila na ukotvení problému speciální nutriční výživy do celkové problematiky péče o pacienta v náročných situacích – při onkologickém onemocnění, před a po operaci nebo při riziku vzniku malnutrice, tedy tam, kde díky nedostatečné výživě hrozí zdravotní komplikace, zhoršení výsledků léčebné péče a další problémy. Po vymezení základních pojmů jsem se v teoretické části věnovala rizikům jednotlivým druhům speciální nutriční výživy – enterální a parenterální výživě, jejímu konkrétnímu složení a vlivu na lidský organismus. Samostatnou kapitolou byla malnutrice jako jeden z hlavních důvodů užívání produktů speciální nutriční výživy. Věnovala jsem se také praktickým oblastem – formám podání a složení jak enterální, tak parenterální výživy.

V praktické části jsem se rozhodla z dotazníkového šetření zjistit, jakým způsobem vnímají speciální nutriční výživu praktičtí lékaři v děčínském regionu a také to, jaké mají informace na toto téma od svých pacientů. Na základě vyhodnocení získaných dat jsem dospěla k závěru, že povědomí pacientů i lékařů je poměrně dobré, i když jsou to většinou povrchní znalosti. Protože se ve většině lékařů ani veřejnosti neidentifikují s přínosy speciální nutriční výživy, odpovídá tomu i jejich přístup k této problematice. Neztracují ji, ale mnohdy chybí aktivnost a motivace pro širší používání. Dále jsem zjistila, že finanční zátěž je skutečně, stejně jako byl můj předpoklad, poměrně náročná právě pro obyvatele této části severních Čech. Odpovídá to ekonomické a sociální situaci ve Šluknovském výběžku a také v Děčíně a okolí. Při dobrém přístupu lékařů a také sester lze pacienty dobře ovlivnit a motivovat je pro užívání speciální nutriční výživy. Vyžaduje to ale soustavnou práci s pacientem.

Překvapilo mne zjištění, že největší podporu rozšíření užívání nespočívá v doporučení lékařem, ale v předepsaném receptu. Ten nejenom že potvrzuje autoritu lékaře a tedy motivuje pacienty ke koupi, ale rovněž by částečně vyřešil i problém vysokých nákladů na dlouhodobé užívání produktů.

Na závěr jsem jako doporučení pro praxi navrhla další vzdělávání lékařů, sester a tedy v konečném výsledku i pacientů, které by bylo přímo zaměřeno na specifické podmínky regionu – nízká vzdělanost, různorodá skladba obyvatelstva, vyloučené lokality, sociální rozdíly. Návrh odborného semináře je přiložen přílohou. Speciální nutriční výživa je významným prostředkem ke zkvalitnění léčebné péče, kterou mohou ovlivnit sami pacienti. Po jejich kvalitní a odpovídající informovanosti by jim neměla být odpírána jejich vlastním rozhodnutím, ani vysokými náklady.

POUŽITÁ LITERATURA

- KOHOUT, Pavel a Ľubomír SKLADANÝ. Perkutánní endoskopická gastrostomie a její místo v algoritmu umělé výživy. 1. vyd. Praha: Galén, 2002, 255 s. ISBN 80-726-2191-2.
- WILHELM, Zdeněk. Výživa v onkologii. 2. přeprac. a dopl. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004, 259 s. ISBN 80-701-3410-0.
- KOHOUT, Pavel, Miroslav TOMÍŠKA a Ondřej SLÁMA. Výživa u pacientů s idiopatickými střevními záněty: nutriční péče u pacientů v onkologické paliativní péči: stanovisko pracovní skupiny pro výživu České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP. 1. vyd. Praha: MAXDORF, 2004, 174 s. ISBN 80-734-5023-2.
- GROFOVÁ, Zuzana. Dieta na podporu hojení ran: lékař vám vaří. 1. vyd. Praha: Forsapí, c2012, 190 s. Rady lékaře, průvodce dietou, sv. 17. ISBN 978-808-7250-211.
- KLEINOVÁ, Jana. Malnutrice nejen u nádorových onemocnění. Olomouc: Solen, 2011, 62 s. ISBN 978-808-7327-777.
- Intenzivní medicína. 3., přeprac. a rozš. vyd. Editor Pavel Ševčík. Praha: Galén, 2014, lvii, 1195 s. ISBN 978-807-4920-660.
- KASTNEROVÁ, Markéta. Poradce pro výživu. 1. vyd. České Budějovice: Nová Forma, 2011, 377 s. ISBN 978-80-7453-177-4.
- SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. Paliativní medicína pro praxi. 1. vyd. Praha: Galén, 2007, 362 s. ISBN 978-80-7262-505-5.
- POKORNÁ, Andrea, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. Ošetrovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 193 s., ii s. obr. příl. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4743-165.
- SCHULER, Matthias, Peter OSTER a Jiří VORLÍČEK. Geriatrie od A do Z pro sestry. 1. české vyd. Praha: Grada, 2010, 336 s. Sestra.
- GROFOVÁ, Zuzana, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 237 s., [8] s. barev. obr. příl. Sestra. ISBN 978-802-4718-682.

- VYTEJČKOVÁ, Renata. SATINSKÝ, Igor. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 272 s., xvi s. obr. příl. Sestra (Grada). 1432-1238.
- DUBY, Georges. *Neděle u Bouvines, 27. červenec 1214: An Introduction to Nervous Systems. (2007). By Greenspan Ralph J. Cold Spring Harbor Laboratory Press. 184 pp. ISBN-13*. Vyd. 1. Překlad Tomáš Opočenský. Praha: Argo, 1996, 221 s. Historické myšlení, sv. 3. ISBN 978-80-247-1868-2.
- KALVACH, Zdeněk. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 399 s. ISBN 978-802-4740-263.
- TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: IDVPZ, 2001, 185 s. ISBN 80-701-3324-4.
- ZADÁK, Zdeněk. *Výživa v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002, 487 s. ISBN 80-247-0320-3.
- BARTON R.G. *Nutrition in clinical practice 1997*, 12-51-062.
- ZBOŘIL, Vladimír, Milan DASTYCH a Lucie PROKOPOVÁ. *Biologická terapie v léčbě idiopatických střevních zánětů*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2012, 167 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2656-7.
- KOHOUT, Pavel. *Dokumentace a hodnocení nutričního stavu pacientů*. 1. vyd. v nakl. Forsapi. Praha: Forsapi, 2011, 57 s. Informační servis pro lékaře, sv. 3. ISBN 978-808-7250-129.
- ZADÁK, Zdeněk a Jaroslav KVĚTINA. *Metodologie předklinického a klinického výzkumu v metabolismu, výživě, imunologii a farmakologii*. 1. vyd. Praha: Galén, c2011, 333 s. ISBN 978-807-2627-486.
- KŘEMEN, Jaromír, Eva KOTRLÍKOVÁ a Štěpán SVAČINA. *Enterální a parenterální výživa*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2009, 139 s. ISBN 978-802-0420-701.
- MÁLEK, Jiří a Pavel ŠEVČÍK. *Léčba pooperační bolesti*. 2., dopl. vyd. Praha: Mladá fronta, 2011, 153 s. Aeskulap. ISBN 978-802-0424-532.
- ZADÁK, Zdeněk a Eduard HAVEL. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 335 s. ISBN 978-802-4720-999.
- STRYJA, Jan. *Repetitorium hojení ran*. Semily: Geum, 2008, 199 s. ISBN 978-808-6256-603.
- SVAČINA, Štěpán a Alena BRETŠNAJDROVÁ. *Dietologický slovník*. 1. vyd. V Praze: Triton, 2008, 271 s. ISBN 978-807-3870-621.

- SVAČINA, Štěpán a Alena BRETŠNAJDROVÁ. *Dietologický slovník*. 1. vyd. V Praze: Triton, 2008, 271 s. Informační servis pro lékaře. ISBN 9788073870621.
- KOHOUT, Pavel a Eva KOTRLÍKOVÁ. *Základy klinické výživy*. 1. vyd. v nakl. Forsapi. Praha: Forsapi, 2009, 113 s. Informační servis pro lékaře. ISBN 978-80-87250-05-1.

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Průměrná míra nezaměstnanosti v %	15
Tabulka 2: Vývoj počtu uchazečů o práci v letech 1991-2010	16
Tabulka 3: Příčiny malnutrice z klinického hlediska	18
Tabulka 4: Tabulka výskytu malnutrice u rizikových pacientů	20

SEZNAM GRAFŮ

Zpracované grafy s výsledky z dotazníků:

Graf č. 1: vyhodnocení otázky číslo 1	39
Graf č. 2: vyhodnocení otázky číslo 2	40
Graf č. 3: vyhodnocení otázky číslo 3	41
Graf č. 4: vyhodnocení otázky číslo 4	42
Graf č. 5: vyhodnocení otázky číslo 5	43
Graf č. 6: vyhodnocení otázky číslo 6	44
Graf č. 7: vyhodnocení otázky číslo 7	45
Graf č. 8: vyhodnocení otázky číslo 8	46
Graf č. 9: vyhodnocení otázky číslo 9	47
Graf č. 10: vyhodnocení otázky číslo 10	48
Graf č. 11: vyhodnocení otázky číslo 11	49
Graf č. 12: vyhodnocení otázky číslo 12	50
Graf č. 13: vyhodnocení otázky číslo 13	51
Graf č. 14: vyhodnocení otázky číslo 14	52
Graf č. 15: vyhodnocení otázky číslo 15	53
Graf č. 16: vyhodnocení otázky číslo 16	54
Graf č. 17: vyhodnocení otázky číslo 17	55
Graf č. 18: vyhodnocení otázky číslo 18	56
Graf č. 19: vyhodnocení otázky číslo 19	57
Graf č. 20: vyhodnocení otázky číslo 20	58
Graf č. 21: vyhodnocení otázky číslo 21	59
Graf č. 22: vyhodnocení otázky číslo 22	60
Graf č. 23: vyhodnocení otázky číslo 23	61

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Ústecký kraj	14
Obrázek 2: Děčínský okres.....	14
Obrázek 3: Nasogastrická sonda.	
Obrázek 4: Perkutánní endoskopická gastrostomie - PEG.....	

SEZNAM ZKRATEK

s..... strana

SNV speciální nutriční výživa

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Obrázky č. 3 a 4

Příloha 2 Dotazník

Příloha 3 Návrh semináře pro lékaře

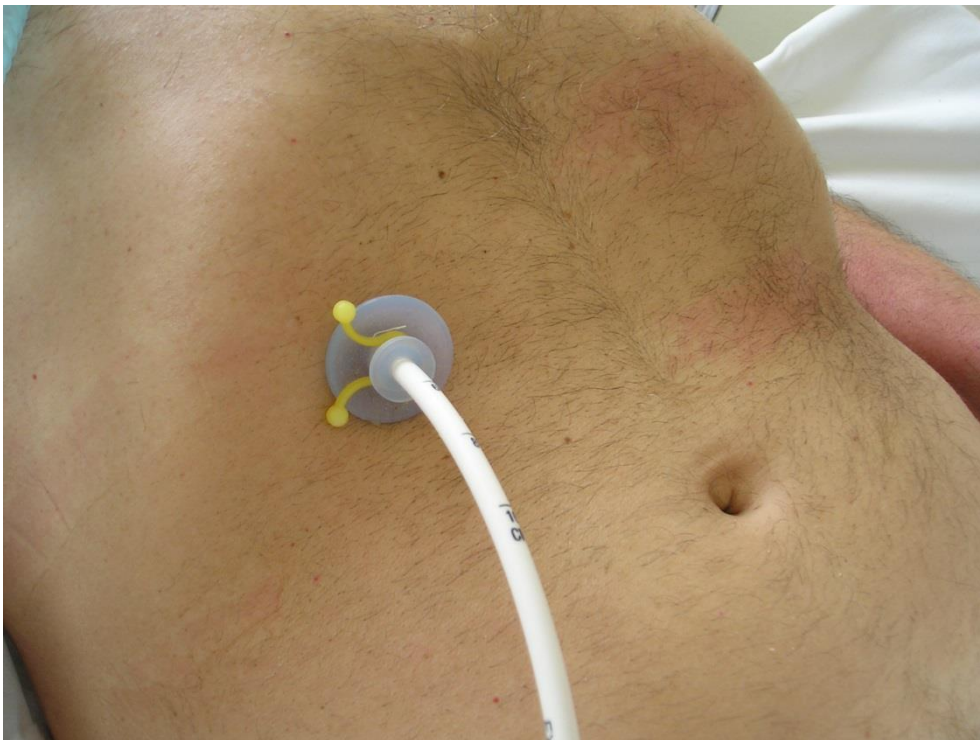
PŘÍLOHA 1

Obrázek 3: Nasogastrická sonda



Zdroj <http://www.rojan.cz>

Obrázek 3: Perkutánní endoskopická gastrostomie - PEG



Zdroj <http://pfyziollfup.upol.cz>

PŘÍLOHA 2

Dobrý den,

jmenuji se Kateřina Jenšíková a jsem studentkou oboru Všeobecná sestra na Katedře zdravotnických studií na Západočeské univerzitě v Plzni. Ráda bych Vás touto cestou požádala o vyplnění krátkého dotazníku, kterým bych chtěla získat informace o využití speciální nutriční výživy ve Vaší praxi. Dotazník je součástí mé bakalářské práce na téma Vliv speciální nutriční výživy při rekonvalescenci pacientů na Děčínsku.

Dotazník je anonymní a zjištěné informace použiji výhradně pro potřeby studia. Předem Vám děkuji za ochotu a Váš čas.

V případě potřeby mne kontaktuje na emailu: k.jens@volny.cz

Dotazník

1. Jaké je vaše profesní zaměření?

- a) praktický lékař pro dospělé
- b) praktický lékař pro děti
- c) stomatolog

2. Znáte pojem speciální nutriční výživa?

- a) znám dobře
- b) příliš neznám
- c) neznám vůbec

3. Kdy SNV /speciální nutriční výživu/ doporučujete svým pacientům?

- a) nikdy
- b) při riziku malnutrice
- c) při nemoci
- d) před operací a zákrokem

4. Jakým diagnózám SNV nejčastěji doporučujete?

- a) onkologická onemocnění
- b) podvýživa
- c) před a po operaci, zákrokem
- d) při znemožněném příjmu potravy

5. Jaké jsou reakce pacientů na SNV?

- a) dobrá chuť
- b) nevím
- c) špatná chuť

6. Jakou máte kontrolu nad tím, že pacient výživu užívá?

- a) žádnou
- b) částečnou
- c) úplnou

7. Jak může být speciální nutriční výživa nápomocna při rekonvalescenci pacientů?

- a) nevím
- b) vůbec nepomáhá
- c) částečně ano
- d) velmi se podílí

8. Jak pacienti vnímají finanční náročnost SNV?

- a) příliš drahá
- b) pořídí s obtížemi
- c) není náročná
- d) nevím

9. Která složka výživy je ve SNV nejdůležitější?

- a) cukry
- b) tuky
- c) bílkoviny

10. Co pacienta při rozhodování o užívání SNV nejvíce ovlivňuje?

- a) cena
- b) chuť
- c) dostatek informací

11. Kdo na nabídku speciální nutriční výživy reaguje lépe?

- a) muži
- b) ženy
- c) stejně
- d) nevím

12. Na zmínku o speciální nutriční výživě reagují více pacienti ve věku

- a) do 30 let
- b) do 50 let
- c) nad 50 let
- d) nevím

13. Jak ovlivňuje sociální situace pacientů jejich rozhodování o užívání SNV?

- a) ovlivňuje velmi
- b) nemá významný vliv
- c) nevím

14. Máte osobní zkušenost se speciální nutriční výživou?

- a) osobní
- b) člen rodiny
- c) nemám

15. Využil/-la byste možnost předepsat SNV na recept?

- a) využiji často
- b) využiji zřídka
- c) v naléhavých případech
- d) nevyžiji

16. Kolik pacientů ošetříte za týden?

- a) méně než 80
- b) 100
- c) 150
- d) 200

17. Kolika z ošetřených týdně doporučujete SNV?

- a) nikomu
- b) do 10 pacientů
- c) do 20 pacientů
- d) více než 20 pacientů

18. Víte, že jedna lahvička SNV je počítána jako polovina hlavního jídla?

- a) ano
- b) ne

19. Jaká je dostupnost SNV v lékárnách?

- a) žádná
- b) malý výběr
- c) dostačující
- d) nevím

20. Jaké jsou reakce pacientů na vaše doporučení?

- a) reagují kladně
- b) malý zájem
- c) odmítají
- d) zájem nemají

21. Jaká je pro pacienty přijatelná denní finanční částka za nákup SNV?

- a) do 50 Kč/den
- b) do 100 Kč/den
- c) nevím

22. Co nejvíce ovlivňuje pacienta k nákupu léků, popř. SNV?

- a) ústní doporučení lékaře
- b) recept
- c) letáček

23. Z jak velkého jste města/obce?

- a) město nad 50 000 obyvatel
- b) do 50 000 obyvatel
- c) do 5 tis. obyvatel

PŘÍLOHA 3

Výživa v nemoci



Fakta o podvýživě v nemoci

Špatná nebo nedostatečná výživa
= běžný, často neřešený problém

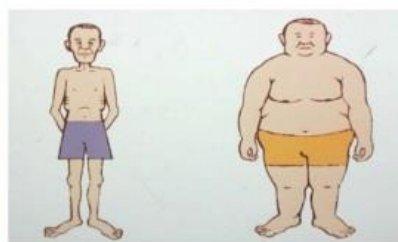
Prevalence podvýživy

- 35-87% onkologické onemocnění
- 60% neurologické onemocnění
- 50% zlomeniny krčku femuru
- 50% hospitalizovaných pacientů >60 let
- až 60% seniorů v domácím prostředí

Špatný nutriční stav pacienta negativně ovlivňuje výsledky léčby

- Narušení léčebného režimu
- Vyšší riziko komplikací, zvláště infekčních
- Proloužení hospitalizace a častější rehospitalizace
- Zhoršení kvality života
- Vyšší úmrtnost

Který pacient je podvyživený?



- Vyšší tělesná hmotnost
- může maskovat nutriční deficity
- a i chorobně obézní
- mohou být podvyživení.



Na co dávat pozor....!!

Váhový úbytek

-3% za 3 měsíce
-10% za 6 měsíců

Snížený příjem stravy

= 25% denního příjmu

Hubenost

(BMI pod 18,5 resp. 20 u žen, 22g)

Riziková diagnóza/léčba

Boj o zdraví = boj o protein

- Se stoupajícím věkem se snižuje obsah bílkovin v organizmu klesá jejich syntéza i využití.



Potřeba bílkovin

	Potřeba bílkovin na v g/kg/den	Celková potřeba u 70kg člověka
Zdravý dospělý	0,8-1,0g/kg/den	56-70g/den
Zdravý senior	1,0-1,2g/kg/den	70-84g/den
Onkologický pacient	1,5-2/kg/den	105-140g/den

! Potřebné množství bílkovin prakticky nelze dodat běžnou stravou !

20 g bílkovin 5x denně

Zdroje přirozených bílkovin

Potravina	Váha (na 20 g bílkovin)	Objem (na 20 g bílkovin)
Vajce	100 g	100 ml
Hovězí maso	100 g	
Kapra	120 g	
Přirozené mléko	600 ml	
Jogurt	600 g	
Přirozená mléka	270 g	
Mléčný prášek	670 g	
Proso	200 g	
Tavený sýr	170 g	
Tvrdý sýr (Sýlan)	70 g	
Nutridrink Protein	200 ml	

100g bílkovin/denně v praxi

- Snídaně 3 vajíčka
- Svačina 4 jogurty nebo tvrdý sýr
- Oběd velké maso
- Svačina vanička tvarohu
- Večeře ryba

Potřeba bílkovin a energie se v nemoci zvyšuje

- Akutní x Chronická nemoc

Nádorové onemocnění
Operace, trauma, dekubity
Stařecká křehkost

Sepse
CHOPN
Neurologické poruchy
Chronické renální selhání
Revmatoidní artritida

Nutridrink – výživa pro boj se nemocí



Klinicky ověřená výživa - PZLU

Obsahuje všechny důležité živiny v optimálním poměru

Prispívá k urychlení rekonvalescence a zlepšení kondice

Výběr konzistencí a příchutí

Informace pro pacienty a jejich rodiny:
www.vyzivavnemoci.cz



Nutridrink – výživa pro boj s nemocí

- Přesně definované složení
- Vysoký obsah energie v malém objemu
- Vyvážený poměr makro i mikronutrientů dle kritérií WHO
 - Bílkoviny: mléčný kaseinát / nebo syrovátka
 - Tuky: rostlinné oleje
 - Sacharidy: maltodextrin
 - Vitaminy, minerály, stopové prvky
 - Bez lepku
 - Nízký obsah laktózy
- Snadná vstřebatelnost
- Snadné užití
- Podávání možné od 3 let věku (Fortini od 1 roku)
- Skladování 4-25st. Celsia
- Po otevření do lednice a do 2 dnů spotřebovat

Tipy a triky

- Nutridrink chutná nejlépe chlazený
- Nutridrink lze ohřát do 50st.
- Nutridrink lze zmrazit
- Nutridrink lze přidat do stravy (omáčky, kaše)
- Nutridrink lze dochutit
- Nutridrink lze ředit
- Recepty na www.vyzivavnemoci.cz
- Je vhodné kombinovat více příchutí
- Nenechat se odradit počátečním neúspěchem

Portfolio speciální nutriční výživy

- Základní výživa
- Vysokoproteinová výživa
- Speciální výživa

Prokázány klinický přínos sippingu

- Snížení mortality
- Snížení komplikací
- Kratší dobu hospitalizace

- Zlepšení tělesné hmotnosti / váhového úbytku
- Zlepšení funkčního stavu
- Zlepšení svalové síly



Brettan et al, 2003; Stratton and Ols, 2007

...vždy, když běžná strava nestačí



Kdy použít Nutridrink



Onkologičtí pacienti:
pomáhá stabilizovat nebo zlepšit nutriční stav



Křehcí senioři:
pomáhá udržet nebo zvýšit sílu



Pacienti před a po operaci:
pomáhá při hojení a rekonvalescenci

Kdy použít Nutridrink - obecně

- Vyšší potřeba nebo nižší příjem energie a živin
- Nechutenství
- Nemožnost přijímat pevnou stravu
- Vyšší věk



Základní výživa

Když běžná strava nestačí

- Energie 300 kcal ve 200ml nebo 125ml
- Bílkoviny 12g

Nutridrink (6 příchutí)

- Nutridrink Compact (6 příchutí)
- Nutridrink MultiFibre (4 příchutě)
- Nutridrink Yoghurt (2 příchutě)



Obvyklé dávkování:

2-3 lahvičky denně – doplnění běžné stravy
5-7 lahviček denně – samostatný zdroj výživy
Nejméně 14 dnů

Nutridrink Multi Fibre

- Pro pacienty se sníženým příjmem, či zvýšenou potřebou energie a živin

Obsahuje

- Energie 1,5 kcal / 1ml (balení 200ml = 300 kcal)
- Bílkoviny 16% en. (mléčný kaseinát 6,0 g/100 ml)
- Tuky 35% en. (rostlinné oleje 5,8 g/100 ml)
- Sacharidy 49% en. (maltodextrin 18,4 g/100 ml)
- **Vláknina – obsahuje unikátní patentovanou směs 6 druhů vlákniny** Vitamíny, minerály, stopové prvky

Příchutěové varianty: banán, vanilka, jahoda, pomeranč

NTD MF - vláknina

- Unikátní patentovaná směs vlákniny
- 6 složek (3 rozpustné a 3 nerozpustné)
- Odpovídá skladbě vlákniny v běžné stravě (47 % rozpustná vláknina, 53% nerozpustná vláknina)
- Díky rozdílné rozpustnosti a fermentovatelnosti
- jednotlivých složek působí Multi Fibre ve střevě
- po celé jeho délce

Vysokoproteinová výživa

Zaručený zdroj bílkovin

- Energie 200-300kcal / balení
- Bílkoviny 11,9-20g/balení

- Nutridrink Creme (4 příchutě)
- Nutridrink Protein (3 příchutě)
- Nutridrink Compact Protein (4 příchutě)

Obvyklé dávkování:

1-3 balení denně – doplnění běžné stravy



Speciální výživa

- **Nutridrink Juice Style:** pro dietu bez tuku
- Energie 300kcal/200ml, Bílkoviny 8g, Příchutě 2

Dávkování:
2-3 lahvičky denně – doplnění běžné stravy

- **Cubitan:** výživa při dekubitách/ranách
- Energie 250kcal/200ml, Bílkoviny 20g, Příchutě 3, zvýšený obsah argininu, vitamínu C, E a zinku

Dávkování:
1-3 lahvičky denně až do zhojení dekubitu/rány

- **Diasip:** výživa u diabetu a poruchách glukózy tolerance
- Energie 200kcal/200ml, bílkoviny 9,8g, Příchutě 3

Dávkování:
2-3 lahvičky denně – doplnění běžné stravy
8-10 lahviček denně jako úplná náhrada stravy



Nutridrink Juice Style

Pro koho je určen

- Pro pacienty se sníženým příjmem, či zvýšenou potřebou energie a živin
- Vhodný zejména pro pacienty, kteří netolerují mléko a pro pacienty vyžadující dietu bez tuku

Obsahuje

- Energie 1,5 kcal / 1 ml (balení 200ml = 300 kcal)
- Bílkoviny 16% en. (syrovátka 4,0 g/100 ml)
- Tuky - neobsahuje
- **Sacharidy 49% en. (maltodextrin 18,4 g/100 ml)**



Příchutě varianty: jablko, jahoda

Cubitan

Pro koho je určen

- Pro pacienty s **dekubity/proležením**
- Dávkování se řídí poškozením tkáně
- 1. stupeň: 1 balení/denně, 2. stupeň: 2 balení/denně, 3. stupeň: 3 balení/denně, obvykle určuje lékař

Obsahuje

- Energie 1,25 kcal / 1 ml (balení 200ml = 250 kcal)
- **Bílkoviny 30% en. (mléčný kaseinát 10,0 g/100 ml, arginin 1,5 g/100 ml)**
- Tuky 25% en. (rostlinné oleje 3,5 g/100 ml)
- Sacharidy 45% en. (maltodextrin 14,2 g/100 ml)
- Vitamíny – **vitamin C 125 mg/100ml, vitamin E 19 mg a-TE/100 ml**
- Minerály, stopové prvky (zinek 4,5 mg/100 ml)



Příchutě varianty: čokoláda, vanilka, jahoda

Diasip

V harmonii s diabetem

- Bílkoviny: **syrovátka + sójová bílkovina**
- Tuky 70%
- Sacharidy (**tapiokový škrob, fruktóza**)
- Vláknina 4,0 g/200 ml

Příchutě varianty: jahoda, vanilka, cappuccino

Dávkování:

2-3 lahvičky denně – doplnění běžné stravy

Vhodný zejména pro:

- Diabetiky II. typu
- Pacienty s poruchou glukózy tolerance



Calogen – tuková emulze

Pro koho je určen

- Pro pacienty se zvýšenými energetickými nároky, nebo nízkým energetickým příjmem

Obsahuje

- Energie 4,5 kcal / 1 ml (balení 200ml = 900 kcal)
- Bílkoviny 0 % en.
- **Tuky 100 % en. (rostlinné olej, 100% LCT)**
- Sacharidy 0 % en.
- Sodík 6 mg/100 ml

Dávkování

- 3x denně jako lék
- 3x 30-35 ml dodá pacientům 450 kcal

Příchutě varianty: neutral

Děkuji za pozornost

