



Fakulteta za zdravstvo

Jesenice

Faculty of Health Care

Jesenice

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI
OCENJEVANJU IN ZMANJŠEVANJU
TVEGANJA ZA NASTANEK
PODHRANJENOSTI V BOLNIŠNICI**

**NURSES' ROLE IN ASSESSING AND
REDUCING THE RISK OF HOSPITAL
UNDERNUTRITION**

Mentorica: Mateja Bahun, pred.

Kandidatka: Herta Avsenek

Somentorica: Pavla Lavrinec, uč. vešč.

Jesenice, marec 2015

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici Mateji Bahun, pred., in somentorici Pavli Lavrinec, uč. vešč., za podporo, spodbudo in pomoč pri pisanju diplomskega dela, za vse strokovne in koristne nasvete, potrpežljivost in dobre usmeritve h končnemu cilju.

Najlepša hvala izr. prof. dr. Cirili Hlastan Ribič in Saneli Pivač, pred. za recenzijo diplomskega dela.

Hvala lektorici Maji Kovačič, prof. ang. in slov., za lektoriranje in Mihu za statistično obdelavo podatkov.

Zahvaljujem se vodstvu Splošne bolnišnice Jesenice, ki mi je omogočilo izvajanje empiričnega dela raziskave v njihovi ustanovi. Hvala vsem sodelavcem v zdravstveni negi, ki so prostovoljno sodelovali v raziskavi in s tem omogočili izvedbo diplomskega dela. Hvala vsem mojim sodelavcem in sodelavkam na oddelku za zdravstveno nego in kronične rane za potrpežljivost pri odsotnosti zaradi študijskih obveznosti. Hvala tudi vodji zdravstvene nege Gordani Sivec, dipl. m. s., ki me je vzpodbujala v času študija in mi omogočila opravljanje študijskih obveznosti.

Posebna zahvala gre tudi moji družini, možu in hčerkama, ki so mi ves čas študija stali ob strani, verjeli vame in me spodbujali, predvsem pa razumeli mojo odsotnost.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Podhranjenost predstavlja vedno večji problem. Veliko pacientov je sprejetih v bolnišnično obravnavo že podhranjenih ali pa hospitalizacija njihovo stanje še poslabša. Pri skrbi za ustrezno prehranjenost in hidracijo pacientov ima medicinska sestra ključno vlogo. Pomembno je, da pravočasno odkrijemo paciente, pri katerih bi zaradi prehranskega stanja lahko pričakovali zaplete pri zdravljenju.

Cilj: Glavni cilj raziskave je bil prikazati vlogo medicinske sestre pri prepoznavanju, ocenjevanju in zmanjševanju tveganja za nastanek podhranjenosti v bolnišnici.

Metoda: Izvedena je bila kvantitativna raziskava z anketnim vprašalnikom. Anketiranje je potekalo junija in julija 2014. Sodelovalo je 63 medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege na kirurškem oddelku, internem oddelku in oddelku za zdravstveno nego in kronične rane Splošne bolnišnice Jesenice (70 % realizacija). Za statistično obdelavo podatkov smo uporabili statistični računalniški program SPSS, rezultate pa smo prikazali z opisno statistiko. Zanesljivost inštrumenta je bila zmerna. Cronbachov koeficient stopnje zaupanja alfa: $\alpha = 0,63$.

Rezultati: Rezultati so pokazali, da 58,73 % anketiranih meni, da je indeks telesne mase zadosten pokazatelj podhranjenosti. Ugotovili smo pomembno statistično razliko med medicinskimi sestrami z visokošolsko izobrazbo, ki se bolj zavedajo pomembnosti vloge pri spremljanju telesne mase hospitaliziranih pacientov (povprečna vrednost (PV) = 4,44, standardni odklon (SO) = 0,51), v primerjavi z medicinskimi sestrami s srednješolsko izobrazbo (PV = 3,94, SO = 0,89). Pomembna statistična razlika med skupinama medicinskih sester z različno strokovno izobrazbo je v strinjanju, da se zaradi izgube telesne mase poveča umrljivost pri hospitaliziranih pacientih – srednješolsko izobražene medicinske sestre: PV = 3,15, SO = 1,00, višješolsko izobražene medicinske sestre: PV = 3,75, SO = 0,86.

Razprava: Glede na pridobljene rezultate bi bilo potrebno izvesti izobraževanje za zaposlene na nivoju celotne ustanove vsaj enkrat letno. Za primerjavo bi bilo zanimivo izvesti enako raziskavo tudi v ostalih ustanovah na področju Slovenije, s čimer bi pridobili pomembne podatke in izmenjali primere dobre prakse na tem področju.

Ključne besede: podhranjenost, prehranska obravnavo, prehransko presejanje, prehranski dodatki, prepoznavanje podhranjenosti, preprečevanje podhranjenosti

ABSTRACT

Theoretical background: Malnutrition is a constantly growing problem. Many patients who are admitted to hospital are already malnourished or their condition deteriorates during the hospitalization. Nurses have a crucial role as far as caring for adequate nutrition and hydration of patients is concerned. It is important to identify such patients in time because complications in relation to the nutritional status could be expected during the process of treatment.

Objective: The main objective of this study was to present the role of nurses in identifying, assessing and reducing the risk of malnutrition in hospitals.

Method: We performed a quantitative survey with a questionnaire. The survey was conducted in June and July 2014. The respondents were 63 nurses and junior nurses, employed in surgical department, department of internal medicine and the department of health care and chronic wounds at Jesenice General Hospital (70 % realisation). We used statistical software programme SPSS for statistical data analysis. The results are shown with descriptive statistics. The reliability of the instrument was moderate. Cronbach's alpha reliability coefficient $\alpha = 0.63$.

Results: The results showed that 58.73 % of respondents think that the body mass index is a sufficient indicator of malnutrition. A statistically significant difference was established between nurses with higher education who are more aware of the importance of monitoring the weight of hospitalized patients (average value (AV) = 4.44, standard deviation (SD) = 0.51) and nurses with secondary school (AV = 3.94, SD = 0.89). Significant statistical difference between the two groups of nurses with different professional qualifications is also in agreeing that mortality of the hospitalized patients increases due to the weight loss – secondary educated nurses: AV = 3.15, SD = 1.00, higher educated nurses: AV = 3.75, SD = 0.86.

Discussion: According to the results it would be necessary to carry out training for employees at the level of the whole institution at least once a year. For comparison, it would be interesting to carry out the same study in other hospitals in Slovenia. This would provide important information and exchange of good practice in this area.

Keywords: malnutrition, nutritional treatment, nutritional screening, nutritional supplements, identifying malnutrition, prevention of malnutrition

KAZALO

1	UVOD	1
2	TEORETIČNI DEL	2
2.1	PODHRANJENOST.....	2
2.1.1	Prepoznavanje podhranjenosti.....	3
2.1.2	Dejavniki tveganja za nastanek podhranjenosti.....	4
2.1.3	Vzroki za podhranjenost.....	4
2.1.4	Raziskave na področju prepoznavanja in preprečevanja podhranjenosti.....	5
2.2	PREHRANSKA OBRAVNAVA.....	7
2.2.1	Prehransko presejanje – ocena prehranskega stanja.....	8
2.2.2	Prehranski pregled – prehranska diagnoza.....	9
2.2.3	Prehranski načrt – prehransko ukrepanje.....	10
2.2.4	Prehransko spremljanje in vrednotenje.....	10
2.3	POMEN USTREZNE PREHRANJENOSTI IN HIDRACIJE PRI PACIENTU.....	11
2.4	KOMPETENCE MEDICINSKE SESTRE V PREHRANSKI OBRAVNAVI.....	12
2.5	VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI PREPOZNAVANJU IN OCENJEVANJU TVEGANJA ZA NASTANEK PODHRANJENOSTI.....	12
2.6	VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI ZMANJŠEVANJU TVEGANJA ZA NASTANEK PODHRANJENOSTI.....	14
3	EMPIRIČNI DEL	18
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	18
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	18
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	19
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov.....	19
3.3.2	Opis merskega instrumenta.....	19
3.3.3	Opis vzorca.....	20
3.3.4	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov.....	21
3.4	REZULTATI.....	22
3.4.1	Zavedanje medicinskih sester o pomenu prehranskega presejanja pri tveganju za nastanek podhranjenosti.....	22
3.4.2	V kolikšni meri se medicinske sestre strinjajo z ukrepi za zmanjševanje tveganja za nastanek podhranjenosti?.....	25
3.4.3	Ugotavljanje stopnje strinjanja med povezavo podhranjenosti in izidom zdravljenja – opisne mere glede na stopnjo izobrazbe.....	32
3.4.4	Koliko strokovnega znanja imajo medicinske sestre o potrebah po hranilih in prehranski anamnezi v času bolezni ter o prehranskem presejanju?.....	35
3.4.5	Koliko strokovnega znanja imajo medicinske sestre za ustrezno ukrepanje pri zmanjševanju tveganja za nastanek podhranjenosti?.....	38
3.5	RAZPRAVA.....	41
4	ZAKLJUČEK	45
5	VIRI IN LITERATURA	46
6	PRILOGE	47

KAZALO TABEL

Tabela 1: Demografski podatki anketirancev	20
Tabela 2: Starost in delovna doba anketirancev v letih	21
Tabela 3: Zavedanje medicinskih sester o pomenu prehranskega presejanja pri tveganju za nastanek podhranjenosti	22
Tabela 4: Ugotavljanje višine strinjanja z ukrepi za zmanjševanje tveganja za nastanek podhranjenosti	25
Tabela 5: Stopnja strinjanja z ukrepi za zmanjševanje tveganja za nastanek podhranjenosti – opisne mere glede na stopnjo izobrazbe	26
Tabela 6: Prepoznavanje ukrepov za zmanjševanje tveganja za nastanek podhranjenosti glede na stopnjo izobrazbe	27
Tabela 7: Prepoznavanje ukrepov za zmanjševanje tveganja za nastanek podhranjenosti glede na delovišče.....	29
Tabela 8: Ugotavljanje višine strinjanja s povezanostjo podhranjenosti in izida zdravljenja	32
Tabela 9: Ugotavljanje višine strinjanja med povezavo podhranjenosti in izidom zdravljenja	32
Tabela 10: Strinjanje s trditvami glede povezanosti med podhranjenostjo in izidom zdravljenja glede na stopnjo izobrazbe.....	34
Tabela 11: Strokovno znanje medicinskih sester o potrebah po hranilih in prehranski anamnezi v času bolezni ter o prehranskem presejanju.....	35
Tabela 12: Strokovno znanje medicinskih sester za ustrezno ukrepanje pri zmanjševanju tveganja za nastanek podhranjenosti	38

1 UVOD

Približno 30 % vseh pacientov v bolnišnicah je podhranjenih. Velik del je takih že ob sprejemu, pri večini pa se podhranjenost med hospitalno obravnavo še poslabša. To lahko preprečimo ali vsaj omilimo, če posvetimo dovolj pozornosti ustreznim prehranskim ukrepom. Spremljanju primarne bolezni in merjenju ustreznih vitalnih znakov posvetimo veliko pozornosti, zato je nesprejemljivo, da prehranskim težavam ne posvetimo dovolj pozornosti in jih velikokrat sploh ne odkrijemo (Kondrup et al., 2003).

Medicinske sestre imajo tesen stik s pacienti in so odgovorne za načrtovanje individualne zdravstvene nege pacienta. Green in Watson (2005) poudarjata, da imajo medicinske sestre ključno vlogo pri ocenjevanju stanja prehranjenosti pacientov in pri prepoznavanju podhranjenih pacientov, ki potrebujejo dodatno svetovanje in pomoč pri načrtovanju in izvajanju prehranskega svetovanja.

Zaradi narave dela je medicinska sestra ob pacientu neprekinjeno štiriindvajset ur, kar omogoča kontinuirano zdravstveno nego in zdravstveno vzgojo, razumevanje pacientovih potreb in celostno obravnavo pacienta. V sodelovanju s sodelavci zdravstvenega tima poišče pomoč in ustrezne vire za pacienta (Gornjak, 2011).

Pravica vsakega pacienta je, da so v času hospitalizacije njegove prehranske potrebe zadovoljene. Dobra prehranska podpora in oskrba, ki zagotavljata zadovoljevanje njegovih potreb, pomembno vplivata na izid zdravljenja, ki je pomemben indikator kakovostne obravnave hospitaliziranih pacientov (Ovesen, 2001, povz. po Mlakar Mastnak, Rotovnik, 2005b).

V diplomski nalogi naziv medicinska sestra zajema vse zdravstvene delavce s peto oziroma šesto stopnjo strokovne izobrazbe smer zdravstvena nega. Pod nazivom diplomirana medicinska sestra so zajeti tudi diplomirani zdravstveniki in višje medicinske sestre. V nazivu zdravstveni tehniki so zajeti tudi zdravstvene tehnice, tehniki/ce zdravstvene nege, srednje medicinske sestre/srednji medicinski tehniki.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 PODHRANJENOST

Slaba prehranjenost nastane, kadar telo ne dobi ustrezne količine vitaminov, mineralov in drugih hranil, ki jih potrebuje za ohranjanje zdravega tkiva in za pravilno delovanje organov. Nastane lahko tako pri ljudeh, ki so podhranjeni, kot tudi pri ljudeh, ki so prekomerno prehranjeni (Fyke, Kaczkowski, 2006).

Svetovna zdravstvena organizacija definira podhranjenost kot »celično neravnovesje med oskrbo s hranili in energijo in njihovo telesno potrebo za zagotavljanje ustrezne rasti, vzdrževanje in delovanje« (Shashidhar, Grigsby, 2009).

Mednarodni komite za pripravo smernic (Consensus Guidelines Committee), ki ga predstavljajo ameriška in evropska združenja za klinično prehrano, je predlagal novo opredelitev podhranjenosti pri odraslih pacientih. Kadar je pri odraslih pacientih podhranjenost združena z boleznijo ali poškodbo, je po sodobni definiciji iz leta 2010 pogosto opredeljena kot kombinacija podhranjenosti in/ali slabe prehranjenosti v povezavi z akutnim in kroničnim vnetjem. Zaradi tega se spremeni sestava organizma in so motene številne telesne funkcije. V skladu z novo opredelitvijo govorimo o podhranjenosti zaradi stradanja, kadar je le-ta kronična in je ne spremlja vnetje. V tem primeru gre za enostavno stradanje, ki ga lahko izboljšamo s povečanim vnosom hrane. O podhranjenosti pri kronični bolezni govorimo, kadar v telesu poteka blago do zmerno kronično vnetje, o podhranjenosti pri akutnem vnetju ali poškodbi govorimo, kadar je podhranjenost povezana z akutno poškodbo ali vnetjem. Podhranjenost, ki je povezana z vnetjem, zahteva tako prehransko kot tudi ustrezno protivnetno terapijo (Jensen et al., 2010).

Hallin s sodelavci (2007) v svoji raziskavi opisuje, da je izguba telesne mase močan napovednik smrtnosti pri kroničnih pacientih in da se pri tistih pacientih, ki so pridobili na telesni masi, zmanjša tveganje za umrljivost. Ravno tako zadosten vnos hranil bistveno pripomore k okrevanju po in med boleznijo in posledično skrajša ležalno dobo.

Pregled publikacij iz zadnjih petih let o bolnišnični nedohranjenosti v Evropi kaže, da je še vedno zelo pogosta, saj jo ima 37 % bolnišničnih pacientov (Kondrup, Sorensen, 2009).

2.1.1 Prepoznavanje podhranjenosti

Orodja za prehransko presejanje morajo odgovoriti na naslednja vprašanja (Kondrup et al., 2003):

Kakšno je trenutno stanje?

Na podlagi telesne višine in telesne mase izračunamo indeks telesne mase. Normalne vrednosti se gibljejo med 20 in 25. O debelosti govorimo pri indeksu telesne mase nad 30, o mejni podhranjenosti pri indeksu telesne mase med 18,5 in 20 ter o podhranjenosti pod 18,5 vrednosti indeksa telesne mase. Če pri pacientih ni možno izmeriti telesne višine in telesne mase, si lahko pomagamo z obsegom nadlahti. Indeks telesne mase je lahko manj primeren pokazatelj pri otrocih, v obdobju adolescence in pri starostnikih.

Ali je stanje stabilno?

Trenutna izguba telesne mase je vezana na pacientove predhodne meritve in zapise. Več kot 5 % nenamenske izgube telesne mase v obdobju treh mesecev je definirano kot pomembna izguba telesne mase. To lahko nakazuje na podhranjenost, ki pri prvem vprašanju ni bila potrjena.

Ali se bo stanje poslabšalo?

Pri tem vprašanju ugotavljamo, ali je prišlo do zmanjšanja vnosa hrane v času do prehranskega presejanja pacientov ter za koliko in kako dolgo. Če ugotovimo zmanjšan vnos hrane glede na pacientove prehranske potrebe, lahko pričakujemo izgubo telesne mase.

Ali bo bolezenski proces pospešil poslabšanje trenutnega pacientovega prehranskega stanja?

Bolezni proces lahko poveča prehranske potrebe, saj predstavlja stres za človeško telo.

2.1.2 Dejavniki tveganja za nastanek podhranjenosti

Motnje v prehranjevanju lahko razdelimo v dve veliki skupini (Mičetić - Turk, 2005): v prvo skupino uvrstimo podhranjenost, ki pomeni zmanjšanje energijske rezerve, v drugo skupino pa sodi nedohranjenost, ki pomeni nezadostno prehranjevanje. Le-to lahko v nadaljevanju razdelimo v tri osnovne skupine, in sicer sodi v prvo skupino z boleznijo povezana izguba telesne mase, v drugi skupini so navedene težave, ki so povezane s pomanjkanjem beljakovin, kar pomeni zmanjševanje vsebnosti telesnih beljakovin, v tretjo skupino sodi podhranjenost zaradi pomanjkanja specifičnih hranilnih snovi (vitamini, minerali ...).

2.1.3 Vzroki za podhranjenost

Vzroki za podhranjenost hospitaliziranih pacientov so lahko različni:

- Posvečanje premajhne pozornosti zdravstvenega osebja prehrani in prehranjevanju pacientov (Dudek, 2000 povz. po Mlakar Mastnak, Rotovnik Kozjek, 2005a); zdravnik predpiše vrsto prehrane, ki jo pacient lahko uživa, dietetik sestavi jedilnik in medicinska sestra zapiše, koliko je pacient pojedel. Pogosto pa nihče ne preveri, ali je pacient z zaužito hrano zadostil svojim prehranskim potrebam. Prav tako pogosto spregledamo znake podhranjenosti pacientov, kot so: izguba mišične mase, okužbe, slabše celjenje ran ipd.
- Bolezen; pacienti z boleznimi črevesja, srca, jeter (ibid.) in z onkološkimi boleznimi (Grant, 2000 povz. po Mlakar Mastnak, Rotovnik Kozjek, 2005a) so pogosto podhranjeni. Slabost, bruhanje, anksioznost, bolečina, utrujenost, depresija in zadihanost povzročijo, da pacient zaužije manjše količine hrane. Zdravstvena stanja, kot so bolezni v ustih in grlu ter nevrološke bolezni, ki pacientu otežujejo žvečenje in požiranje, pomembno vplivajo na zmanjšano uživanje hrane (Dudek, 2000 povz. po Mlakar Mastnak, Rotovnik Kozjek, 2005a). Spremembe v prebavi, kot so slabša razgradnja hranil v črevesju in slabša absorpcija hranil, ki se kažejo z drisko, vodijo v slabšo prehranjenost pacientov. Rak, operativno zdravljenje, opekline in poškodbe povzročijo pri pacientu hipermetabolično stanje, zaradi katerega se povečajo prehranske potrebe pacientov.

- Zdravljenje; kot na primer onkološko zdravljenje, ki je pogosto povezano z različnimi stranskimi učinki, ki lahko pomembno vplivajo na prehranjevanje in prehranjenost bolnika z rakom (Briony, 2001 povz. po Mlakar Mastnak, Rotovnik Kozjek, 2005a).
- Psihološki, kulturni, čustveni in duhovni dejavniki (Holmes, 1998 povz. po Mlakar Mastnak, Rotovnik Kozjek, 2005a); prehranjevanje predstavlja za paciente socialni dogodek, vendar morajo pogosto jesti izolirani v bolniških sobah, v postelji ali ob postelji, kar zmanjša socialne interakcije med pacienti. Bolnišnična prehrana je pogosto nefleksibilna in ne upošteva individualnih želja po hrani in prehranskih potreb hospitaliziranih pacientov (ibid.).

2.1.4 Raziskave na področju prepoznavanja in preprečevanja podhranjenosti

Prisotnost podhranjenih pacientov v evropskih bolnišnicah je že dobro poznan in raziskan problem. Podhranjenost zaradi bolezni se pojavlja pri 15 do 60 % pacientov, ki so sprejeti v bolnišnico in je v tesni povezavi z naraščajočim številom komplikacij, večjo umrljivostjo, višjimi stroški, daljšo ležalno dobo in počasnejšim okrevanjem. Zaradi resnosti problema je Svet Evrope za izboljšanje stanja na področju prehranske podpore ustanovil ekspertno skupino, ki je v resoluciji ResAP (2003) vsem članicam predlagala, da v svoje nacionalne programe preprečevanja bolnišnične podhranjenosti vključijo točke, ki se osredotočajo na (Powel-Tuck, 2007):

- prehransko oceno in zdravljenje v bolnišnicah z uporabo orodja Nutritional Risk Screening 2002,
- prepoznavanje vzrokov za podhranjenost in izvedbo ukrepov, osnovno bolnišnično prehrano in nadomestno prehransko podporo,
- osebje, odgovorno za izvajanje prehranske oskrbe; odgovornost za prehransko oskrbo se prenese na vse nivoje v bolnišnicah,
- kontinuirano izobraževanje glede prehranjenosti pacientov in dvig zavedanja o pomenu prenosa znanja o tem na vseh nivojih,
- organizacijo bolnišnične prehrane (servisne službe, skrb za prehranjevalno okolje),
- bolnišnično prehrano (medicinske indikacije za prilagojeno prehrano, nadzor nad količino zaužite hrane ter vključevanje informiranja pacientov),

- finančni vidik obravnave.

Spodaj navedene študije navajajo podhranjenost kot pomemben problem v klinični prehrani. Prevalenca slabe prehranjenosti, ki jo navajajo v različnih študijah pri hospitaliziranih pacientih, je 30–65 %, s tem da se podhranjenost v obdobju hospitalizacije pogosto še poslabša (Bavelaar et al., 2008). Prav tako se prevalenca podhranjenosti v zadnjih desetih letih ni bistveno spremenila (Kubrak, Jensen, 2007). V britanski študiji, v kateri so za ugotavljanje prehranskega stanja uporabili univerzalno orodje za ugotavljanje podhranjenosti (angl. Malnutrition Universal Screening Tool), so ugotovili prevalenco slabe prehranjenosti pacientov od 19 do 60 %. V nemški študiji so prišli do podobnih rezultatov, saj se vrednost slabo prehranjenih pacientov giblje okoli 27 %, pri raziskavi pa so uporabljali prehransko orodje Subjective Global Assessment. Tudi v študiji na Nizozemskem se stanje slabe prehranjenosti giblje od 24,3 do 29,9 %. V letu 2001 je nizozemsko združenje dietetikov predstavilo podatek, da je bilo le 50 % slabo prehranjenih pacientov odkritih s strani medicinskega osebja. Do podobnih podatkov so prišli tudi v drugih državah. Na Škotskem so ugotovili prevalenco slabe prehranjenosti okoli 13 %, pri čemer podhranjenost ni bila diagnosticirana pri 75 % pacientov. Kanadska študija hospitaliziranih pacientov prikazuje, da je kar 69 % pacientov slabo prehranjenih. V danski študiji je bilo kar 22 % pacientov prehransko ogroženih in samo 25 % teh pacientov je bilo energijsko in beljakovinsko ustrezno podprtih (Bavelaar et al., 2008).

Po podatkih raziskave »NutritionDay«, ki je potekala v evropskih bolnišnicah, je razvidno, da je več kot 75 % pacientov v bolnišnicah odvisnih od bolnišnične prehrane kot edine prehranske podpore. Tisti, ki preživijo v njih manj kot pet dni in imajo blage bolezni, ne bodo bistveno prizadeti, četudi bo v prehrani kakšno pomanjkanje. Drugače je pri pacientih, ki so že ob sprejemu v bolnišnico slabo prehranjeni, npr. resno bolni, kronični bolniki oziroma bolniki, sprejeti na daljše zdravljenje. Takih naj bi bilo po raziskavi kar 40 %. Ti pacienti lahko postanejo zadostno podhranjeni – izgubijo telesno maso, imajo motene funkcionalne sposobnosti, podaljšano okrevanje, povečano število zapletov, kar vpliva na bistveno dražje zdravljenje (Stratton, Green, Elia, 2003).

Perry je že leta 1997 v rezultatih svoje raziskave o znanju, naravnosti in aktivnosti kvalificiranih medicinskih sester v odnosu do prehranske oskrbe in podpore pacientov v zdravstveni negi ugotovil, da medicinske sestre občutijo, da je ocenjevanje prehranskega stanja pacientov primarno njihova odgovornost. Prav tako so rezultati pokazali, da pomanjkanje splošno sprejetih prehranskih standardov in pomanjkanje znanja medicinskih sester o prehranski podpori pacientov pomembno ovira izvajanje kvalitetne zdravstvene nege (Mlakar Mastnak, Rotovnik Kozjek, 2005a).

2.2 PREHRANSKA OBRAVNAVA

Od prehranske obravnave in stanja prehranjenosti je odvisen boljši ali slabši izid zdravljenja (Kondrup et al., 2003).

Izid zdravljenja lahko ocenimo na več načinov – ocenjujemo lahko izboljšanje in preprečevanje poslabšanja duševnega in telesnega stanja pacientov oziroma njihovih sposobnosti. Lahko ga ocenjujemo po zmanjšanju števila in resnosti zapletov bolezni in zdravljenja. Velik pokazatelj je tudi pospešeno okrevanje ali skrajšano obdobje rekonvalescence. In ne nazadnje, kar prihaja v veljavo predvsem v zadnjem času, je zmanjšana poraba sredstev zdravstvenega sistema, kot je na primer krajša hospitalizacija, manjša uporaba terapevtskih in negovalnih pripomočkov (ibid.).

Bolnišnice in ostale zdravstvene organizacije bi morale imeti izdelane smernice oziroma protokol prepoznavanja pacientov, ki so prehransko ogroženi, s posledično izdelanimi prehranskimi potmi za ustrezno energijsko in beljakovinsko podporo prehransko ogroženih pacientov. Prehranski načrt mora vsebovati ustrezno prehrano za zagotovitev pacientovih prehranskih potreb kot tudi prehranske dodatke (ibid.).

Opredelitev prehranskega stanja pacientov je pomemben začetni del njihove prehranske obravnave. Presejanje je preprost in hiter postopek, po katerem določimo posameznike, ki so podhranjeni ali prehransko ogroženi. Imeti mora zadostno občutljivost, da zazna skoraj vse v tem stanju. Presejanje je začetek prehranske oskrbe in vodi v dve smeri. Prva smer obravnava podhranjene paciente in paciente, ki tvegajo podhranjenost. Druga

smer pa obravnava običajno oskrbo. Ker je presejanje večinoma enkratno dejanje, mora biti učinkovito (Priporočila za prehransko obravnavo, 2008).

Prepoznavanje in zdravljenje podhranjenih hospitaliziranih pacientov pogosto ni prioriteta v klinični praksi. Podatki kažejo, da je bila ocena prehranjenosti, kot del klinične prakse ob sprejemu pacientov v bolnišnico, narejena le v polovici enot, ki so bile vključene v raziskavo (Schindler et al., 2010). V tej obsežni raziskavi (21.007 hospitaliziranih pacientov) v Evropi, v katero je bila vključena tudi Slovenija, so ugotovili nekaj značilnosti pacientov, ki so jih kategorizirali kot rizične za podhranjenost (27 % pacientov). Izpostavili so starost, nižji indeks telesne mase, izgubo telesne mase v zadnjih šestih mesecih in slabšo gibljivost pacientov.

Howard (2006) s sodelavci v svoji raziskavi opisuje, da je poleg narejene ocene prehranjenosti pomembno še beleženje vnosa hrane pri hospitaliziranih pacientih.

Štirje različni, vendar med seboj povezani postopki prehranske obravnave (Group of the Nutrition Care Process, 2008):

- prehransko presejanje – ocena prehranskega stanja,
- prehranski pregled – prehranska diagnoza,
- prehranski načrt – prehransko ukrepanje,
- prehransko spremljanje in vrednotenje.

2.2.1 Prehransko presejanje – ocena prehranskega stanja

Prehransko presejanje je pomembno orodje, ki omogoča hitro in enostavno oceno prehranskega stanja pacienta ter odbiro posameznikov, ki so že podhranjeni oziroma so bolj izpostavljeni tveganju za razvoj podhranjenosti (Priporočila za prehransko obravnavo, 2008).

Nekaj orodij, ki se uporabljajo v evropskih državah (Priporočila za prehransko obravnavo, 2008):

- presejanje prehranske ogroženosti (Nutritional Risk Screening) – NRS 2002,

- univerzalno orodje za ugotavljanje podhranjenosti (Malnutrition Universal Screening Tool) – MUST,
- mini prehranska ocena (Mini Nutritional Assessment) – MNA,
- univerzalna subjektivna ocena (Subjective Global Assessment) – SGA.

Presejanje prehranjenosti pacientov vodi v načrtovanje usmerjene prehranske oskrbe, ki je za vsakega pacienta individualna glede na indikacije, možne stranske učinke in včasih tehnike hranjenja (Rotovnik Kozjek, Mravlje, 2010).

Prehransko presejanje sodi med kompetence diplomirane medicinske sestre, ki so opredeljene v dokumentu Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi iz leta 2008 (Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi, 2008).

2.2.2 Prehranski pregled – prehranska diagnoza

Prehranski pregled je diagnostični proces, s katerim opredelimo stopnjo podhranjenosti in možnost zapletov, povezanih s podhranjenostjo. Gre za natančnejši pregled presnovnih, prehranskih in funkcijskih spremenljivk, ki ga izvede ustrezno izobražen zdravnik, medicinska sestra ali dietetik. Pregled je veliko obsežnejši od prehranskega presejanja pacientov in vodi v načrtovanje usmerjene prehranske oskrbe, ki je za vsakega pacienta individualna glede na indikacije, možne stranske učinke in včasih tehnike hranjenja. Sestavljajo ga natančna anamneza, pregled in po potrebi laboratorijske preiskave. Vsebuje tudi oceno ali merjenje funkcijskih posledic podhranjenosti, kot so mišična oslabelost, utrujenost in depresija. Vključuje razmislek o zdravilih, ki jih pacient jemlje in ki bi lahko prispevala k simptomom, ter presojo o dosedanjih prehranskih navadah in uživanju alkohola (Rotovnik Kozjek, Mravlje, 2010).

Prehranski pregled je kompleksen postopek obravnave pacienta, ki se običajno prične s prehranskim presejanjem – postopkom, ki nam pomaga določiti paciente, ki so prehransko ogroženi. Presejanju sledi prehranski pregled pacienta, kar predstavlja

diagnostičen proces, s katerim ocenimo prehransko stanje pacienta. Za oceno prehranskega stanja lahko uporabimo različne tehnike. Pomembno je, da prehranska ocena vključuje področja, kot so: anamneza in fizikalni pregled pacienta; antropometrija; sedanja bolezen; funkcionalno stanje pacienta; laboratorijske preiskave krvi in pacientovo tekočinsko ravnovesje (Mlakar Mastnak, 2012).

Na podlagi pridobljenih podatkov lahko izkušen strokovnjak oceni stanje prehranjenosti pacienta, ugotovi vzroke in predvidi posledice odstopanj od priporočenih vrednosti ter načrtuje in izvede ukrepe za izboljšanje pacientovega prehranskega stanja (ibid.).

2.2.3 Prehranski načrt – prehransko ukrepanje

V pisnem prehranskem načrtu se opredelijo prehranski ukrepi (kot so prehranski dodatki, izbrana dietna hrana ipd.) in storitve (prehransko svetovanje), s katerimi se bodo reševali prehranski problemi in s katerimi se zagotavlja prehranske potrebe pacientov. Sledi predpriprava in izvedba načrtovanih ukrepov, opredeljenih v zapisanem prehranskem načrtu. Pri načrtovanju prehranskih ukrepov moramo paciente aktivno vključiti in zanje zastaviti realne cilje (Mlakar Mastnak, 2005).

S prehranskim svetovanjem klinični dietetik pacienta, kakor tudi njegove svojce, obvešča in pouči o posebnostih in ciljnih individualnega prehranskega načrta, ki vsebuje načela prehranjevanja, s katerimi bo zadostil svojim prehranskim potrebam. Pomembno vlogo pri uresničevanju in nadziranju učinkovitosti prehranskega načrta pri hospitaliziranem pacientu imajo medicinske sestre (ibid.).

2.2.4 Prehransko spremljanje in vrednotenje

Namen spremljanja izvajanja prehranskega načrta in vrednotenja uspešnosti je: merjenje uspeha prehranske obravnave, prepoznavanje in analiza vzrokov za slabše rezultate ter prepoznavanje in uvedba potrebnih izboljšav v prehransko obravnavo za boljše učinke. Pri hospitaliziranih pacientih to pomeni več kakor samo opazovanje dogajanja, saj zahteva dnevno spremljanje, vrednotenje, ocenjevanje in dokumentiranje kazalcev pacientovega

napredovanja (kot so povečan vnos hrane, obvladovanje slabosti, izboljšana telesna kondicija, izboljšanje prehranskega stanja ...). Medicinske sestre in zdravstveni tehniki so s svojo štiriindvajseturno prisotnostjo ob hospitaliziranem pacientu najpomembnejši zdravstveni strokovnjaki, ki skrbijo in spremljajo uresničevanje prehranskih načrtov. Klinični dietetik na osnovi dokumentiranih podatkov vrednoti prehranski načrt in ga po potrebi spremeni (Sedej, 2011).

2.3 POMEN USTREZNE PREHRANJENOSTI IN HIDRACIJE PRI PACIENTU

Pokorn (2003) trdi, da na stanje prehranjenosti starejšega človeka v starosti nad 65 let neugodno vplivajo akutne in kronične bolezni ter različni življenjski pogoji, vendar lahko njegovo trditev posplošimo na vse paciente v različnih bolezenskih stanjih. Oteženo uživanje hrane zaradi fizične nesposobnosti, na primer artritisa ali nezmožnosti žvečenja hrane zaradi pomanjkanja zob, vpliva na slabo prehranjenost. Enako velja za paciente, ki so zaradi bolezni ali poškodbe nesposobni samostojnega hranjenja ali so prisiljeni uživati hrano spremenjene konsistence zaradi motenj požiranja. Jemanje različnih zdravil lahko zniža tek, vpliva na slabo prebavo, absorpcijo in presnovo ali poveča izločanje hranil. Na neugodje pri uživanju hrane lahko vplivajo tudi okvare vida, sluha, okvara voha ter spremembe v okušanju. Lahko pride tudi do izpustitve obroka hrane zaradi živčnih in duševnih bolezni, predvsem demence.

Dejstvo je, da je podhranjenost pacientov neodvisni dejavnik večje obolevnosti, podaljšane hospitalizacije, večjega števila ponovnih sprejemov, daljšega okrevanja, višjih stroškov zdravljenja in seveda slabše kakovosti življenja. Nezdosten vnos hranil je povezan tudi s pospešenim razvojem sindroma kaheksije, ki je pridružen številnim kroničnim boleznim, kakršne so rak, kronično srčno popuščanje, pljučno in ledvično popuščanje, bolezni jeter, revmatološke bolezni in druge kronične vnetne bolezni (Priporočila za prehransko obravnavo, 2008).

2.4 KOMPETENCE MEDICINSKE SESTRE V PREHRANSKI OBRAVNAVI

Da je skrb za ustrezno prehranjenost pacientov pomembna v okviru zdravstvene nege pacientov, kaže tudi dejstvo, da so naloge medicinske sestre glede prehranjevanja zapisane v dokumentu Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi (Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi, 2008).

Klasifikacija temelji na teoretičnem modelu Virginie Henderson in teoriji Dorothee Orem. Kriteriji pa so bili predvsem osnovne življenjske aktivnosti oziroma potrebe posameznika, družine in skupnosti. Med drugimi kriteriji so navedeni različni posegi in postopki v zdravstveni negi, sledijo pa še delitev dela v negovalnem timu in pristojnosti zdravstvene nege z vidika njenih funkcij (ibid.).

V dokumentu so kar na dveh straneh po abecednem vrstnem redu vpisane kompetence glede prehranjevanja pacientov, tako v bolnišnici kot tudi v domačem okolju. Ob posamezni aktivnosti so označene kompetence o tem, kdo od zdravstvenih delavcev lahko izvaja posamezne aktivnosti (ibid.).

Kompetenca je sposobnost uporabe znanj in drugih zmožnosti, ki so potrebne, da nekdo uspešno, učinkovito in v skladu s standardi delovne uspešnosti izvrši določeno nalogo, opravi delo ali odigra vlogo v poslovnem procesu. Obsega znanje, veščine, spretnosti, osebnostne in vedenjske značilnosti, prepričanja, vrednote, samopodobo, to se pravi vse tisto, kar je skupaj precej večje jamstvo za delovni uspeh, kot je znanje samo po sebi (Gruban, 2004 povz. po Železnik, 2008).

2.5 VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI PREPOZNAVANJU IN OCENJEVANJU TVEGANJA ZA NASTANEK PODHRANJENOSTI

Za medicinsko sestro je pomembno, da zna prepoznati tveganja za razvoj podhranjenosti in v načrtu zdravstvene nege določiti paciente, pri katerih obstaja veliko

tveganje za razvoj podhranjenosti, in paciente, pri katerih so težave v zvezi s prehrano že izražene (Mlakar Mastnak, Rotovnik Kozjek, 2005a).

V procesu zdravstvene nege mora medicinska sestra pri vsakem posameznem pacientu opredeliti individualne prehranske probleme pacienta, na podlagi zaznave le-teh načrtovati ukrepe za njihovo reševanje, planirane ukrepe izvajati in jih vrednotiti, zelo pomembno je tudi, da prične z aktivnim spremljanjem in beleženjem količine zaužite hrane in pijače. V kolikor se pojavijo potrebe, mora znati načrtovati tudi poti povezovanja z ostalimi člani multidisciplinarnega tima: z zdravnikom, ki pacienta zdravi, s kliničnim dietetikom, z osebjem v kuhinji, s psihologom, socialno delavko in kliničnim farmacevtom (McLaren, 1998, povz. po Mlakar Mastnak, 2012).

Pomembno je tudi spremljanje gibanja telesne teže, saj je njena nenamerna izguba kriterij za prepoznavanje podhranjenosti. V okviru študije, izvedene v 70 bolnišnicah v Veliki Britaniji, je bilo ugotovljeno, da med 454 medicinskimi sestrami in 319 mladimi zdravniki le 52 % medicinskih sester ob sprejemu pacienta obravnava telesno maso in le 69 % telesno višino. Razlogi za to so predvsem, da nimajo na razpolago ustreznih pripomočkov, pacienti so prešibki oziroma se telesna masa in višina ne smatrata kot pomembna parametra pri zdravstveni oskrbi (Kubrak, Jensen, 2007).

Poleg tega medicinska sestra izvaja vlogo advokata pacienta, nudi mu psihično in čustveno podporo, izvaja prehransko zdravstveno vzgojo pacienta med hospitalizacijo in ga uči specifičnih prehranskih intervencij, ki jih bo izvajal sam ali njegovi svoji doma. V kliničnem okolju je zadolžena za ocenjevanje dnevnega vnosa hranil in tekočine, monitoriranje pacientov na parenteralni prehrani ter nadzor in oskrbo centralnih venskih katetrov. Zadolžena je tudi za prenos znanja na raven bolnišničnega oddelka in seznanjanje ter uporabo novih protokolov prehranske obravnave (Hudson, 2000).

Medicinske sestre in zdravstveni tehniki so s svojo štiriindvajseturno prisotnostjo ob hospitaliziranem pacientu najpomembnejši zdravstveni strokovnjaki, ki skrbijo in spremljajo uresničevanje prehranskih načrtov (Mlakar Mastnak, Sedej, 2010).

Za doseganje ciljev prehranske obravnave je nujno sodelovanje medicinske sestre s kliničnim dietetikom. Sodelovanje zajema predvsem skupne prehranske vizite, ki vključujejo pogovor in poročanje medicinske sestre o dnevni količini zaužitih hranil, komplikacijah pri hranjenju in oceno o pacientovem teku. Na podlagi analize dobljenih rezultatov sledi naročanje ustrezne diete, ustrezne konsistence hrane in določanje prehranskih dodatkov (Kern, Lavrinec, Kalender Smajlovič, 2010).

Ena od učinkovitih poti za izboljšanje prehranskega stanja pacientov v bolnišnici je delovanje prehranskega tima. Prehranski tim je multidisciplinarna skupina strokovnjakov s področij medicine, zdravstvene nege, dietetike in farmacije, ki združujejo svoja znanja za celostno prehransko oskrbo pacienta. Skupna naloga članov prehranskega tima je identifikacija pacientov s prehranskimi težavami in izvedba terapevtskih ukrepov, ki bodo za pacienta ustrezni in varni, za bolnišnico pa finančno upravičeni (Powel-Tuck, 2007).

2.6 VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI ZMANJŠEVANJU TVEGANJA ZA NASTANEK PODHRANJENOSTI

Naloga medicinske sestre je, da obvlada načine hranjenja, da sodeluje v zdravstvenem timu in obvešča ostale člane o spremembah, ki jih opazi pri pacientu. Delovati mora profesionalno, korektno in v okviru svojih kompetenc. Medicinska sestra se mora stalno izobraževati, saj je potrebno imeti različna znanja, s katerimi se lahko aktivno vključuje v delo, zdravljenje in dobro počutje pacienta (Vrši, Dolar, 2009).

Medicinska sestra, ki ima znanje o prehrani pacientov in prevzame odgovornost za njihovo prehranjevanje, lahko v prehranski podpori prevzame aktivno vlogo pri zmanjševanju tveganja za nastanek podhranjenosti. Kakor koli že, prehranska podpora in oskrba pacientov nista samo odgovornost medicinskih sester. Brez interdisciplinarnе pozornosti na prehrano hospitaliziranih pacientov, ki vključuje multidisciplinaren timski pristop, oskrbo pacientov s hrano, ki ustreza hranilnim in energijskim potrebam posameznih skupin pacientov, ter individualno obravnavo pacientovih potreb, organizacijo bolnišničnih dejavnosti tako, da so v času obrokov izključeni nenujni

medicinsko tehnični posegi, postopki in preiskave, organizacijo dela na bolnišničnih oddelkih tako, da bo v času obrokov dovolj negovalnega kadra na voljo za hranjenje pacientov in oceno prehranskega stanja pacientov, lahko medicinske sestre same opravijo le del poti (Bond, 1998; povz. po Mlakar Mastnak, Rotovnik Kozjek, 2005a).

Pri pacientih, pri katerih je pomemben prehranski ukrep, je toliko kot zdravljenje pomembno spremljanje uspešnosti prehranskega ukrepa in ponovno ovrednotenje terapevtskih postopkov. Prehransko stanje pacientov med hospitalizacijo spremljamo s ponovnim presejanjem (pri pacientih, ki ob sprejemu niso potrebovali posebnih prehranskih ukrepov) in ponovno natančno oceno stanja prehranjenosti, vključno z dnevnim nadzorom vnosa hranil pri tistih pacientih, pri katerih smo uporabili prehranske ukrepe (Priporočila za prehransko obravnavo, 2008).

Kot navajata Kobentar in Marinič (2000), so vzroki za motnje pri uživanju hrane najpogosteje kronične bolezni, organske motnje, funkcionalne motnje prebavil in številni drugi dejavniki. Pomembno je, da znamo te dejavnike odkriti, in tiste, ki jih je možno odpraviti, tudi odpravimo.

Pomembno je, da se medicinske sestre zavedajo pomena svoje vloge pri zagotavljanju ustrezne prehranjenosti pacientov. Pomembno je, da osvojijo ustrezna znanja in veščine, ki jim bodo omogočile uspešno izvajanje prehranske zdravstvene nege (Mlakar Mastnak, 2006).

Prehranska zdravstvena nega obsega naročanje hrane, hranjenje pacientov, spremljanje in dokumentiranje količine zaužite hrane in pijače, spodbujanje pacienta k hranjenju, identifikacijo pacientov s težavami v zvezi s prehranjevanjem, razrešitev težav, evalvacijo ukrepov, sodelovanje z drugimi člani prehranskega tima pri reševanju pacientovih težav v zvezi s prehrano, prehransko zdravstveno vzgojo pacientov in svojcev (ibid.).

Pajnkihar v svojem delu Teoretične osnove zdravstvene nege (2005) sicer govori o starostniku, vendar se z enakimi težavami spopadajo tudi ostali pacienti glede na naravo

svoje bolezni. Hranjenje torej lahko ovira samo okolje, v katerem se pacient hrani, predvsem pa na težave pri hranjenju vplivajo spremembe v zdravstvenem stanju.

Prehranska zdravstvena nega pri pacientu, ki se prehranjuje sam, obsega samo naročanje hrane, vsakodnevno in sprotno spremljanje in dokumentiranje količine zaužite hrane in pijače. Medicinska sestra ima veliko vlogo pri spodbujanju pacienta k hranjenju, vse to pa nima nikakršne vrednosti, če dobljenih rezultatov ne evalvira. Mnogokrat pa pacient zaradi novega načina prehranjevanja, kar se nanaša predvsem na ugotovitev določenega bolezenskega stanja (novo odkritje sladkorne bolezni, visokega krvnega tlaka ...), potrebuje prehransko zdravstveno vzgojo, ki zajema tudi svojce (Mlakar Mastnak, 2006).

Hurd (2004 povz. po Lavrinec, 2010) sicer opozarja na pogoste težave pri zagotavljanju ustreznega prehranskega vnosa starostnikom z rano zaradi pritiska, vendar njena opažanja lahko prenesemo na vse hospitalizirane paciente, ki so že podhranjeni ali imajo visoko tveganje za pojav podhranjenosti. Potrebna je tako začetna spodbuda, kakor tudi neprestano sprotno spodbujanje pacienta k uživanju hrane. Posebni poudarki se nanašajo na to, da je paciente potrebno prednostno spodbujati, da zaužijejo čim več beljakovinskih živil pri vsakem obroku. S spodbujanjem uživanja priljubljenih živil/jedi bo bolj verjetno dosežen boljši energetsko hranilni vnos, kakor če bi jih spodbujali k uživanju nepriljubljenih živil. Velikokrat je prezrto dejstvo, da tudi položaj pri hranjenju vpliva na količino zaužite hrane, zato je potrebno paciente v času hranjenja spodbujati k sedenju, saj je v pokončnem položaju lažje uživati hrano, poleg tega jih spodbujamo k temeljitemu žvečenju in čim večji samostojnosti pri hranjenju, zato naj bodo na razpolago jedi, ki jih pacient lahko prime z roko. Ne samo hrana, na zmanjševanje možnosti za nastanek podhranjenosti vpliva tudi ustrezna hidracija, zato je potrebno paciente spodbujati k pogostemu pitju tekočin, četudi samo po požirkih. Tako kot pri zdravem človeku, tudi pri pacientih ne smemo pozabiti na ustrezno ustno higieno, zato pred hranjenjem zagotovimo nego zobne proteze ali/in ustne votline, če tega ne zmorejo sami. Nazadnje, kar pa ne pomeni, da nima velikega vpliva na hranjenje, je zagotavljanje prijetnega okolja. Appetit v neprezračnem prostoru je slabši (ibid.).

Začetek prehranske podpore predstavlja prehransko presejanje in lahko vodi v prehransko podporo. Da pa bo prehranska podpora učinkovita, mora biti ciljna in individualizirana. S prehranskim pregledom lahko ugotovimo pacientovo prehransko stanje in določimo prehransko diagnozo ter načrtujemo, izvajamo in ocenjujemo prehransko podporo (Mlakar Mastnak, 2012).

Pri pacientih, ki potrebujejo posebno prehrano zaradi svojega zdravstvenega stanja, je potrebno vključiti več strokovnjakov in ne imeti strahu pred neobičajnimi načini hranjenja (Škrabec, 2012). Kot navajajo Dragoš, Germovnik, Abazović (2013), pacientu, ki ne more zaužiti dovolj hranil, lahko pomagamo z dodatkom enteralne prehrane.

Kadar je hranjenje per os oteženo ali le-to sploh ni možno, se za zagotavljanje ustreznega prehranskega vnosa poslužujemo enteralnega hranjenja pacienta. To pomeni, da pacient prejema del ali celotno potrebno količino hranilnih snovi in tekočine preko hranilnih sond ali stom v želodec, duodenum ali jejunum (Štupnik, 2007). Kozjek Rotovnik (2012) navaja, da je parenteralna prehrana upravičena, kadar vnos hranil preko prebavne cevi ni možen. Parenteralen vnos hranil kot presnovnih substratov je pogosto uporabljen kot terapija delne ali popolne odpovedi prebavil, ki je lahko prehodna ali dolgotrajnejša, v nekaterih primerih pa tudi trajna.

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je ugotoviti, ali se medicinske sestre zavedajo svoje pomembne vloge pri ocenjevanju in posledično zmanjševanju tveganja za nastanek podhranjenosti pri hospitaliziranih pacientih in ali imajo za to dovolj strokovnega znanja.

Cilji:

- ugotoviti, ali se medicinske sestre zavedajo pomena ocenjevanja tveganja za nastanek podhranjenosti,
- ugotoviti, ali se medicinske sestre zavedajo pomena ukrepov za zmanjševanje tveganja za nastanek podhranjenosti,
- ugotoviti, ali medicinske sestre menijo, da podhranjenost vpliva na izid zdravljenja,
- ugotoviti, kakšen nivo znanja imajo medicinske sestre pri ocenjevanju in zmanjševanju tveganja za podhranjenost.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi pregleda literature smo si postavili naslednja raziskovalna vprašanja:

1. V kolikšni meri se medicinske sestre zavedajo pomena prehranskega presejanja pri tveganju za nastanek podhranjenosti?
2. V kolikšni meri se medicinske sestre strinjajo s trditvami za zmanjševanje tveganja za nastanek podhranjenosti?
3. V kolikšni meri medicinske sestre poznajo povezanost med podhranjenostjo in izidom zdravljenja?
4. Koliko strokovnega znanja imajo medicinske sestre o potrebah po hranilih in prehranski anamnezi v času bolezni ter o prehranskem presejanju?
5. Koliko strokovnega znanja imajo medicinske sestre za ustrezno ukrepanje pri zmanjševanju tveganja za nastanek podhranjenosti?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava je temeljila na kavzalno-neeksperimentalni metodi empiričnega raziskovanja. Za potrebe empiričnega dela so bili zbrani, analizirani in sintetizirani primarni in sekundarni viri. Vključeni so bili viri, ki smo jih zbrali s pomočjo strokovne in znanstvene literature, dostopne v Sloveniji in na svetovnem svetu.

Slovenske članke smo iskali preko kooperativnega online bibliografskega sistema in servisa COBISS ter Google Učenjak. Za iskanje smo uporabili ključne besede v slovenskem jeziku: »podhranjenost«, »prehranska obravnava«, »prehransko presejanje«, »prehranski dodatki«, »prepoznavanje podhranjenosti«, »preprečevanje podhranjenosti«. Tuje vire smo iskali v bazah: CINAHL, PubMed, MEDLINE, kjer je bilo iskanje omejeno na celotno besedilo v angleškem jeziku ter strokovne članke, katerih leto izdaje sega od leta 2003 do 2012. Uporabili smo ključne besede »malnutrition«, »dietary treatment«, »nutritional screening«, »nutritional supplements«, »identification of malnutrition« in »prevention of malnutrition«.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

V empiričnem delu smo podatke zbirali s tehniko anketiranja zaposlenih medicinskih sester s 5. in 6. stopnjo strokovne izobrazbe v Splošni bolnišnici Jesenice, in sicer na kirurškem in internem oddelku ter oddelku za zdravstveno nego in kronične rane. Uporabili smo pisni strukturiran vprašalnik s sedemnajstimi vprašanji. Vprašalnik je bil razdeljen na vsebinske sklope. V prvem delu, ki je zajemal prvih pet vprašanj, je vseboval demografske podatke o anketirancih, v drugem delu pa je vseboval trditve s področja prepoznavanja in preprečevanja podhranjenosti pri hospitaliziranem pacientu. Za ugotavljanje strokovnega znanja medicinskih sester glede prehranskega presejanja in zmanjševanja tveganja za nastanek podhranjenosti smo pri dveh vprašanjih uporabili dihotomni tip anketnih vprašanj. Sedem vprašanj je bilo zaprtega tipa, kjer je bilo anketirancem ponujenih več možnih odgovorov. Pri šestnajstih vprašanjih je bil možen le en pravilen odgovor. Pri vprašanju številka dvanajst je bilo možnih več odgovorov, ki

pa so bili med seboj enakovredni in niso vsebovali pravilnega odgovora, saj smo spraševali po načinih dodatnega izobraževanja medicinskih sester na področju prepoznavanja in preprečevanja podhranjenosti. S pomočjo petstopenjske Likertove lestvice smo pri dveh vprašanjih ugotavljali zavedanje medicinskih sester o pomenu prehranskega presejanja in zmanjševanju tveganja za nastanek podhranjenosti.

Zanesljivost anketnega vprašalnika smo preverili s Cronbachovim koeficientom alfa. Vrednost Cronbachovega koeficienta alfa je v anketnem vprašalniku znašala 0,63, kar predstavlja zmerno zanesljivost.

3.3.3 Opis vzorca

Vprašalnik je bil namenjen medicinskim sestram s 5. in 6. stopnjo strokovne izobrazbe, zaposlenim na kirurškem oddelku, internem oddelku in oddelku za zdravstveno nego in kronične rane v Splošni bolnišnici Jesenice. Zaposlenim je bilo razdeljenih 90 anketnih vprašalnikov. Vrnjenih je bilo 63 anketnih vprašalnikov, kar predstavlja 70 % realizacijo vzorca. Uporabljena je bila metoda neslučajnega naključnega vzorca.

Tabela 1: Demografski podatki anketirancev

		f	%
spol	ženski	54	85,71
	moški	9	24,29
strokovna izobrazba	diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik	16	25,40
	tehnik zdravstvene nege	47	74,60
delovišče	kirurški oddelek	26	41,27
	interni oddelek	24	38,10
	oddelek za zdravstveno nego in kronične rane	13	20,63

f = frekvenca; % = odstotki

Iz tabele 1 je razvidno, da je v anketi sodelovalo 63 anketirancev. Večina, 54 anketirancev (85,71 %), je bila ženskega spola, le 9 anketirancev je bilo moškega spola (24,29 %). Tri četrtine anketirancev je imelo 5. stopnjo strokovne izobrazbe, četrtina anketirancev je imela 6. stopnjo strokovne izobrazbe. Na kirurškem oddelku je vprašalnik izpolnilo 26 zdravstvenih delavcev, kar predstavlja 41,27 % vseh sodelujočih v anketi, na internem oddelku 24, kar predstavlja 38,10 % sodelujočih, in na oddelku za

zdravstveno nego in kronične rane 13 zdravstvenih delavcev, ki so predstavljali 20,63 % vseh sodelujočih v anketi.

Tabela 2: Starost in delovna doba anketirancev v letih

	f	minimum	maksimum	PV	SO
starost	63.00	20.00	49.00	31.33	6.51
delovna doba	63.00	0.00	29.00	9.67	7.13

f = frekvenca; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon

Iz tabele 2 je razvidna starost anketiranih, ki se je gibala od 20 do 49 let (PV = 31,33). Povprečna delovna doba anketiranih v zdravstveni negi je bila 9,67 let (od 0 do 29 let).

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Anketiranje je potekalo junija in julija 2014, in sicer po odobritvi dispozicije na Komisiji za diplomske zadeve Fakultete za zdravstvo Jesenice in po predhodni pridobitvi soglasja s strani vodstva Splošne bolnišnice Jesenice. Anketirancem je bila zagotovljena anonimnost pri izpolnitvi vprašalnika s pomočjo nabiralnika, v katerega so anketiranci lahko oddali svoje anketne vprašalnike. Podatke, pridobljene po kavzalno-neeksperimentalni metodi empiričnega raziskovanja, smo kvantitativno obdelali s pomočjo programov MSO Excel in SPSS. Za analizo podatkov smo uporabili opisno in bivariatno statistiko. Rezultate smo dobili s pomočjo t-testa, F- testa in primerjave aritmetičnih sredin več skupin med seboj. Za interpretacijo podatkov smo uporabili povprečno vrednost, vrednost standardnega odklona, standardne napake, stopnjo statistične pomembnosti, statistično pomembnost aritmetičnih sredin, stopnjo prostosti, interval zaupanja, frekvenco in odstotke. Dobljeni rezultati so prikazani s pomočjo tabel.

Stopnjo tveganja in statistično pomembnost je predstavljala p-vrednost. Za stopnjo značilnosti smo izbrali vrednost $p = 0,05$.

3.4 REZULTATI

3.4.1 Zavedanje medicinskih sester o pomenu prehranskega presejanja pri tveganju za nastanek podhranjenosti

Tabela 3: Zavedanje medicinskih sester o pomenu prehranskega presejanja pri tveganju za nastanek podhranjenosti

trditve	oddelek	pravilni odgovori f	nepravilni odgovori f	pravilni odgovori %	nepravilni odgovori %
S pojavom bolezni ali poškodbe se potrebe po hranilih pri hospitaliziranem pacientu povečajo.	vsi	53	10	84,13	15,87
	kirurški	23	3	88,46	11,54
	interni	18	6	75,00	25,00
	OZZN	12	1	92,31	7,69
Pacient s prekomerno telesno maso je lahko podhranjen.	vsi	52	11	82,54	17,46
	kirurški	23	3	88,46	11,54
	interni	18	6	75,00	25,00
	OZZN	11	2	84,62	15,38
Pri novo sprejetem pacientu je pomemben podatek o njihovi telesni masi in telesni višini.	vsi	62	1	98,41	1,59
	kirurški	25	1	96,15	3,85
	interni	24	0	100,00	0,00
	OZZN	13	0	100,00	0,00
Pacient, ki zaužije vso ponujeno hrano razen beljakovinskih živil je v tveganju za razvoj podhranjenosti.	vsi	43	20	68,25	31,75
	kirurški	20	6	76,92	23,08
	interni	14	10	58,33	41,47
	OZZN	9	4	69,23	30,77
Indeks telesne mase je zadosten pokazatelj podhranjenosti pri pacientu.	vsi	26	37	41,27	58,73
	kirurški	12	14	46,15	53,85
	interni	6	18	25,00	75,00
	OZZN	8	5	61,54	38,46
Pacient, pri katerem smo izračunali indeks telesne mase 20, je lahko v tveganju za nastanek podhranjenosti.	vsi	30	33	47,62	52,38
	kirurški	16	10	61,54	38,46
	interni	8	16	33,33	66,67
	OZZN	6	7	46,15	53,85
Normalne vrednosti indeksa telesne mase se gibljejo med 20 in 25.	vsi	47	16	74,60	25,40
	kirurški	20	6	76,92	23,08
	interni	17	7	70,83	29,17
	OZZN	10	3	76,92	23,08
Izguba 5 % telesne mase v obdobju treh mesecev je definirana kot pomembna izguba telesne mase.	vsi	35	28	55,56	44,44
	kirurški	14	12	53,85	46,15
	interni	12	12	50,00	50,00
	OZZN	9	4	69,23	30,77
Podhranjenost nima večjega vpliva na celjenje ran.	vsi	56	7	88,89	11,11
	kirurški	22	4	84,62	15,38
	interni	21	3	87,50	12,50
	OZZN	13	0	100,00	0,00

trditve	oddelek	pravilni odgovori f	nepravilni odgovori f	pravilni odgovori %	nepravilni odgovori %
Energijske potrebe med boleznijo se povečajo tudi pri pacientu s prekomerno telesno maso.	vsi	57	6	90,48	9,52
	kirurški	23	3	88,46	11,54
	interni	21	3	87,50	12,50
	OZZN	13	0	100,00	0,00
SKUPAJ	vsi			73,18	26,82
	kirurški			76,15	23,85
	interni			66,25	33,75
	OZZN			80,00	20,00

f = frekvenca; % = odstotki; OZZN = oddelek za zdravstveno nego in kronične rane

Glede na posamezne trditve v tabeli 3 je razvidno, da je zavedanje medicinskih sester o pomenu prehranskega presejanja pri tveganju za nastanek podhranjenosti zelo različno. Največ nepravilnih odgovorov je bilo povezanih s trditvijo »Indeks telesne mase je zadosten pokazatelj podhranjenosti pri pacientu.«, pri kateri je skoraj 59 % anketirancev podalo nepravilen odgovor. Slabi rezultati so bili tudi pri trditvi »Pacient, pri katerem smo izračunali indeks telesne mase 20, je lahko v tveganju za nastanek podhranjenosti.«, saj je 52 % anketirancev podalo napačen odgovor. Več kot polovica pravilnih odgovorov je bila pri trditvi »Izguba 5 % telesne mase v obdobju treh mesecev je definirana kot pomembna izguba telesne mase.« Najboljši rezultati so bili pri trditvah: »Pri novo sprejetem pacientu je pomemben podatek o njegovi telesni masi in telesni višini.«, »Energijske potrebe med boleznijo se povečajo tudi pri pacientu s prekomerno telesno maso.«, pri katerih je bilo več kot 90 % pravilnih odgovorov.

Na kirurškem oddelku je bilo ravno tako največ nepravilnih odgovorov v zvezi s trditvijo »Indeks telesne mase je zadosten pokazatelj podhranjenosti pri pacientu.«, saj je skoraj 54 % anketirancev podalo napačen odgovor. Več kot polovica pravilnih odgovorov je bila pri trditvi »Izguba 5 % telesne mase v obdobju treh mesecev je definirana kot pomembna izguba telesne mase.« Najboljši rezultati so bili pri trditvi »Pri novo sprejetem pacientu je pomemben podatek o njegovi telesni masi in telesni višini.«, pri kateri je bilo pravilnih odgovorov nekaj manj kot 90 %.

Na internem oddelku je bilo ravno tako največ nepravilnih odgovorov povezanih s trditvijo »Indeks telesne mase je zadosten pokazatelj podhranjenosti pri pacientu.«, saj je kar tri četrtine anketirancev podalo napačen odgovor. Slabi rezultati so bili tudi pri

trditvi »Pacient, pri katerem smo izračunali indeks telesne mase 20, je lahko v tveganju za nastanek podhranjenosti.« in vprašanju »Katere podatke upošteva medicinska sestra pri presejanju stanja prehranjenosti hospitaliziranih pacientov?«, pri katerem je 66,67 % anketirancev podalo napačen odgovor. Najboljši rezultat je bil pri trditvi »Pri novo sprejetem pacientu je pomemben podatek o njegovi telesni masi in telesni višini.«, saj so bili vsi odgovori pravilni.

Na oddelku za zdravstveno nego in kronične rane je bilo največ nepravilnih odgovorov v zvezi s trditvijo »Pacient, pri katerem smo izračunali indeks telesne mase 20, je lahko v tveganju za nastanek podhranjenosti.«, saj je 53,85 % anketirancev podalo napačen odgovor. Pri trditvi »Izguba 5 % telesne mase v obdobju treh mesecev je definirana kot pomembna izguba telesne mase.« je bila podana polovica pravilnih odgovorov. Najboljši rezultat je bil dosežen pri trditvah »Pri novo sprejetem pacientu je pomemben podatek o njegovi telesni masi in telesni višini.«, »Podhranjenost nima večjega vpliva na celjenje ran.« in pri trditvi »Energijske potrebe med boleznijo se povečajo tudi pri pacientu s prekomerno telesno maso.«, saj so bili vsi odgovori pravilni. Več kot 90 % pravilnih odgovorov se je nanašalo na trditev »S pojavom bolezni ali poškodbe se potrebe po hranilih pri hospitaliziranem pacientu povečajo.«

Iz tabele 3 je razvidno, da je zavedanje medicinskih sester o pomenu prehranskega presejanja pri tveganju za nastanek podhranjenosti različno. Najslabši rezultat je bil dosežen na internem oddelku (66,25 %), najboljši rezultat pa je bil dosežen na oddelku za zdravstveno nego in kronične rane, saj je zavedanje medicinskih sester 80,00 %.

3.4.2 V kolikšni meri se medicinske sestre strinjajo z ukrepi za zmanjševanje tveganja za nastanek podhranjenosti?

Tabela 4: Ugotavljanje višine strinjanja z ukrepi za zmanjševanje tveganja za nastanek podhranjenosti

n = 63				
trditve	minimum	maksimum	PV	SO
Pri novo sprejetem pacientu je podatek o njegovi telesni masi in telesni višini pomemben.	1.00	5.00	4.38	0.87
Redno spremljanje telesne mase hospitaliziranega pacienta je zelo pomembna naloga medicinske sestre.	1.00	5.00	4.06	0.84
Pomembno je, da količino vsakega zaužitega obroka natančno zabeležimo.	2.00	5.00	4.32	0.67
Medicinska sestra je odgovorna za spremljanje vnosa hranil pri hospitaliziranem pacientu.	1.00	5.00	3.89	0.95
Prehranske vizite skupaj z dietetikom lahko vplivajo na boljšo prehranjenost hospitaliziranih pacientov.	1.00	5.00	3.76	1.19
Prehranske vizite so na vašem oddelku dovolj pogoste.	1.00	5.00	3.06	1.27
Zdravniki se dovolj vključujejo v reševanje problemov, povezanih s prehranjenostjo pacientov.	1.00	4.00	2.65	0.99
V naši bolnišnici je dobro poskrbljeno za pridobivanje znanja glede prehranjenosti pacientov.	1.00	5.00	3.05	1.04
Na področju prepoznavanja tveganja za nastanek podhranjenosti pri pacientih so izobraževanja potrebna.	1.00	5.00	3.86	0.98
Podatke o pacientovi telesni višini in telesni masi lahko pridobimo samo od pacienta in naše meritve tako niso potrebne.	1.00	4.00	1.79	0.86
Opis v negovalnem poročilu »pacientov apetit je dober« nam veliko pove o tveganju za poslabšanje prehranskega stanja.	1.00	5.00	2.78	1.28

n = velikost vzorca; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon

Iz tabele 4 je razvidno, da je najvišjo oceno (PV = 4,38; SO = 0,87) dosegla trditev »Pri novo sprejetem pacientu je podatek o njegovi telesni masi in telesni višini pomemben.« Visoko oceno (PV = 1,79; SO = 0,86) je dobila tudi trditev »Podatke o pacientovi telesni višini in telesni masi lahko pridobimo samo od pacienta in naše meritve tako niso potrebne.« Je pa bila trditev postavljena obratno, kjer je pravilen rezultat čim nižji. Sledi trditev »Pomembno je, da količino vsakega zaužitega obroka natančno zabeležimo.« (PV = 4,32; SO = 0,67). Nekoliko nižje rezultate je dosegla trditev »Redno spremljanje telesne mase hospitaliziranega pacienta je zelo pomembna naloga

medicinske sestre.« (PV = 4,06; SO = 0,84). Nizke vrednosti standardnih odklonov kažejo na to, da so bili pri teh trditvah odgovori zelo homogeni, kar pa ne bi mogli reči za trditvi: »Prehranske vizite so na vašem oddelku dovolj pogoste.« (PV = 3,06; SO = 1,27), »Opis v negovalnem poročilu »pacientov apetit je dober« nam veliko pove o tveganju za poslabšanje prehranskega stanja.« (PV = 2,78; SO = 1,28), saj so bili odgovori zelo nehomogeni.

Tabela 5: Stopnja strinjanja z ukrepi za zmanjševanje tveganja za nastanek podhranjenosti – opisne mere glede na stopnjo izobrazbe

srednješolska izobrazba n = 47					
visokošolska izobrazba n = 16					
trditve	izobrazba	PV	SO	SN	
Pri novo sprejetem pacientu je podatek o njegovi telesni masi in telesni višini pomemben.	srednješolska	4,28	0,88	0,13	
	visokošolska	4,69	0,79	0,20	
Redno spremljanje telesne mase hospitaliziranega pacienta je zelo pomembna naloga medicinske sestre.	srednješolska	3,94	0,89	0,13	
	visokošolska	4,44	0,51	0,13	
Pomembno je, da količino vsakega zaužitega obroka natančno zabeležimo.	srednješolska	4,26	0,71	0,10	
	visokošolska	4,50	0,52	0,13	
Medicinska sestra je odgovorna za spremljanje vnosa hranil pri hospitaliziranem pacientu.	srednješolska	3,85	0,88	0,13	
	visokošolska	4,00	1,15	0,29	
Prehranske vizite skupaj z dietetikom lahko vplivajo na boljšo prehranjenost hospitaliziranih pacientov.	srednješolska	3,74	1,15	0,17	
	visokošolska	3,81	1,33	0,33	
Prehranske vizite na vašem oddelku so dovolj pogoste.	srednješolska	3,21	1,18	0,17	
	visokošolska	2,63	1,45	0,36	
Zdravniki se dovolj vključujejo v reševanje problemov, povezanih s prehranjenostjo pacientov.	srednješolska	2,72	1,02	0,15	
	visokošolska	2,44	0,89	0,22	
V naši bolnišnici je dobro poskrbljeno za pridobivanje znanja glede prehranjenosti pacientov.	srednješolska	3,09	1,10	0,16	
	visokošolska	2,94	0,85	0,21	
Na področju prepoznavanja tveganja za nastanek podhranjenosti pri pacientih so izobraževanja potrebna.	srednješolska	3,89	0,87	0,13	
	visokošolska	3,75	1,29	0,32	
Podatke o pacientovi višini in telesni masi lahko pridobimo samo od pacienta in naše meritve tako niso potrebne.	srednješolska	1,79	0,81	0,12	
	visokošolska	1,81	1,05	0,26	
Opis v negovalnem poročilu »pacientov apetit je dober« nam veliko pove o tveganju za poslabšanje prehranskega stanja.	srednješolska	2,85	1,29	0,19	
	visokošolska	2,56	1,26	0,32	

n = velikost vzorca; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; SN = standardna napaka

Tabela 5 kaže opisne mere po stopnji strokovne izobrazbe. Anketirancev s srednješolsko izobrazbo je bilo 47, medtem ko je imelo 16 anketirancev visokošolsko izobrazbo. Povprečna vrednost je pri anketirancih z visokošolsko izobrazbo nekoliko višja kot pri anketirancih s srednješolsko izobrazbo, kar pomeni, da se anketiranci z visokošolsko

izobrazbo bolj strinjajo s trditvami o ukrepih za zmanjševanje tveganja za nastanek podhranjenosti kot anketiranci s srednješolsko izobrazbo. Najvišja razlika v strinjanju je pri trditvi »Redno spremljanje telesne mase hospitaliziranega pacienta je zelo pomembna naloga medicinske sestre.«, saj je povprečna vrednost strinjanja pri anketirancih z visokošolsko izobrazbo 4,44, pri anketirancih s srednješolsko izobrazbo pa 3,94. Standardni odklon pri tej trditvi je pri medicinskih sestrah z visokošolsko izobrazbo nižji, kar nam pove, da so bili odgovori zelo homogeni (SO = 0,51), medtem ko je homogenost pri medicinskih sestrah s srednješolsko izobrazbo nižja (SO = 0,89). Anketiranci z visokošolsko izobrazbo se manj strinjajo s trditvijo »Prehranske vizite so na vašem oddelku dovolj pogoste.« (PV = 2,63, SO = 1,45), so pa pri tem manj homogeni kot medicinske sestre s srednješolsko izobrazbo (PV = 3,21, SO = 1,18). Presenetljiv rezultat je pri trditvi »Na področju prepoznavanja tveganja za nastanek podhranjenosti pri pacientih so izobraževanja potrebna.«, pri kateri se medicinske sestre z visokošolsko izobrazbo s to trditvijo manj strinjajo (PV = 3,75, SO = 1,29) in so pri tem manj homogene kot medicinske sestre s srednješolsko izobrazbo (PV = 3,89, SO = 0,85), ki se s to trditvijo bolj strinjajo.

Glede na nizke vrednosti standardne napake aritmetične sredine lahko sklepamo, da naš vzorec relativno dobro predstavlja vse medicinske sestre.

Tabela 6: Prepoznavanje ukrepov za zmanjševanje tveganja za nastanek podhranjenosti glede na stopnjo izobrazbe

trditve		Levjenov		t-test za enakost povprečnih vrednosti						
		F	p	t	df	p	razlika PV	SN	95 % razlika intervala zaupanja	
									najnižja	najvišja
Pri novo sprejetem pacientu je podatek o njegovi telesni masi in telesni višini pomemben.	homogenost varianc	0,66	0,42	-1,66	61,00	0,10	-0,41	0,25	-0,91	0,09

trditve		Levjenov		t-test za enakost povprečnih vrednosti						
		F	p	t	df	p	razlika PV	SN	95 % razlika intervala zaupanja	
									najnižja	najvišja
Redno sprem. telesne mase hospitaliziranega pacienta je zelo pomembna naloga medicinske sestre.	homo- genost varianc	0,99	0,32	-2,12	61,00	0,04	-0,50	0,24	-0,97	-0,03
Pomembno je, da količino vsakega zaužitega obroka natančno zabeležimo.	homo- genost varianc	0,47	0,49	-1,27	61,00	0,21	-0,24	0,19	-0,63	0,14
Medicinska sestra je odgovorna za spremljanje vnosa hranil pri hospital. pacientu.	homo- genost varianc	0,71	0,40	-0,54	61,00	0,59	-0,15	0,28	-0,70	0,41
Prehranske vizite skupaj z dietetikom lahko vplivajo na boljšo prehranjenost hospital. pacien.	homo- genost varianc	0,34	0,56	-0,20	61,00	0,85	-0,07	0,35	-0,76	0,62
Prehranske vizite so na vašem oddelku dovolj pogoste.	homo- genost varianc	2,38	0,13	1,62	61,00	0,11	0,59	0,36	-0,14	1,31
Zdravniki se dovolj vključujejo v reševanje prob., povezanih s prehranjenostjo pacientov.	homo- genost varianc	0,81	0,37	1,00	61,00	0,32	0,29	0,29	-0,28	0,86
V naši bolnišnici je dobro poskrb. za pridobivanje znanja glede prehranjenosti pacientov.	homo- genost varianc	0,75	0,39	0,49	61,00	0,63	0,15	0,30	-0,46	0,75
Na področju prepoznavanja tveganja za nastanek podhranjenosti pri pacien. so izobraževanja potrebna.	neho- mogenost varianc	4,53	0,04	0,41	19,79	0,68	0,14	0,35	-0,58	0,87

trditve		Levjenov		t-test za enakost povprečnih vrednosti						
		F	p	t	df	p	razlika PV	SN	95 % razlika intervala zaupanja	
									najnižja	najvišja
Podatke o pacientovi višini in telesni masi lahko pridobimo samo od pacienta in naše meritve tako niso potrebne.	homogenost varianc	1,35	0,25	-0,10	61,00	0,92	-0,03	0,25	-0,53	0,48
Opis v negovalnem poročilu »pacientov apetit je dober« nam veliko pove o tveganju za poslabšanje prehran. stanja.	homogenost varianc	0,00	0,99	0,78	61,00	0,44	0,29	0,37	-0,45	1,03

F = F-test – homogenost varianc; p = statistična pomembnost F-testa; t = t-test; p = statistična pomembnost povprečnih vrednosti; df = stopnja prostosti; PV = povprečna vrednost; SN = standardna napaka

Iz tabele 6 je razvidno, da je p večji od 0,05 pri skoraj vseh trditvah, razen pri eni, in sicer »Na področju prepoznavanja tveganja za nastanek podhranjenosti pri pacientih so izobraževanja potrebna.«, kjer je $p = 0,04$. Glede na dobljene rezultate lahko obdržimo predpostavko o homogenosti varianc. Opazimo, da je le pri trditvi »Redno spremljanje telesne mase hospitaliziranega pacienta je zelo pomembna naloga medicinske sestre« vrednost večja od 0,05 in predstavlja statistično pomembno razliko. Pri ostalih trditvah do pomembnih statističnih razlik v povprečjih med izobrazbo ne prihaja.

Tabela 7: Prepoznavanje ukrepov za zmanjševanje tveganja za nastanek podhranjenosti glede na delovišče

trditve	oddelek	PV	SO	SN	95 % razlika intervala zaupanja		min.	max.
					najnižja	najvišja		
					Pri novo sprejetem pacientu je podatek o njegovi telesni masi in telesni višini pomemben.	kirurški		
	interni	4,29	0,86	0,18	3,93	4,65	2,00	5,00
	OZZN	4,38	0,65	0,18	3,99	4,78	3,00	5,00
	skupaj	4,38	0,87	0,11	4,16	4,60	1,00	5,00

trditve	oddelek	PV	SO	SN	95 % razlika intervala zaupanja		min.	max.
					najnižja	najvišja		
Redno spremljanje telesne mase hospitaliziranega pacienta je zelo pomembna naloga medicinske sestre.	kirurški	4,04	0,92	0,18	3,67	4,41	1,00	5,00
	interni	3,92	0,83	0,17	3,57	4,27	2,00	5,00
	OZZN	4,38	0,65	0,18	3,99	4,78	3,00	5,00
	skupaj	4,06	0,84	0,11	3,85	4,28	1,00	5,00
Pomembno je, da količino vsakega zaužitega obroka natančno zabeležimo.	kirurški	4,23	0,82	0,16	3,90	4,56	2,00	5,00
	interni	4,33	0,56	0,12	4,09	4,57	3,00	5,00
	OZZN	4,46	0,52	0,14	4,15	4,78	4,00	5,00
	skupaj	4,32	0,67	0,08	4,15	4,49	2,00	5,00
Medicinska sestra je odgovorna za spremljanje vnosa hranil pri hospitaliziranem pacientu.	kirurški	3,88	1,07	0,21	3,45	4,32	1,00	5,00
	interni	3,88	0,90	0,18	3,50	4,25	1,00	5,00
	OZZN	3,92	0,86	0,24	3,40	4,44	2,00	5,00
	skupaj	3,89	0,95	0,12	3,65	4,13	1,00	5,00
Prehranske vizite skupaj z dietetikom lahko vplivajo na boljšo prehranjenost hospitaliziranih pacientov.	kirurški	3,81	1,27	0,25	3,30	4,32	1,00	5,00
	interni	3,54	1,32	0,27	2,99	4,10	1,00	5,00
	OZZN	4,08	0,64	0,18	3,69	4,46	3,00	5,00
	skupaj	3,76	1,19	0,15	3,46	4,06	1,00	5,00
Prehranske vizite so na vašem oddelku dovolj pogoste.	kirurški	2,54	1,03	0,20	2,12	2,95	1,00	4,00
	interni	2,92	1,25	0,25	2,39	3,44	1,00	5,00
	OZZN	4,38	0,77	0,21	3,92	4,85	3,00	5,00
	skupaj	3,06	1,27	0,16	2,74	3,38	1,00	5,00
Zdravniki se dovolj vključujejo v reševanje problemov, povezanih s prehranjenostjo pacientov.	kirurški	2,65	0,98	0,19	2,26	3,05	1,00	4,00
	interni	2,88	1,03	0,21	2,44	3,31	1,00	4,00
	OZZN	2,23	0,83	0,23	1,73	2,73	1,00	4,00
	skupaj	2,65	0,99	0,12	2,40	2,90	1,00	4,00
V naši bolnišnici je dobro poskrbljeno za pridobivanje znanja glede prehranjenosti pacientov.	kirurški	3,15	1,05	0,21	2,73	3,58	1,00	5,00
	interni	2,88	1,15	0,24	2,39	3,36	1,00	4,00
	OZZN	3,15	0,80	0,22	2,67	3,64	2,00	4,00
	skupaj	3,05	1,04	0,13	2,79	3,31	1,00	5,00
Na področju prepoznavanja tveganja za nastanek podhranjenosti pri pacientih so izobraževanja potrebna.	kirurški	3,65	1,20	0,23	3,17	4,14	1,00	5,00
	interni	3,79	0,78	0,16	3,17	4,12	2,00	5,00
	OZZN	4,38	0,65	0,18	3,99	4,78	3,00	5,00
	skupaj	3,86	0,98	0,12	3,61	4,10	1,00	5,00
Podatke o pacientovi telesni višini in telesni masi lahko pridobimo samo od pacienta in naše meritve tako niso potrebne.	kirurški	1,81	0,98	0,19	1,41	2,20	1,00	4,00
	interni	1,92	0,88	0,18	1,54	2,29	1,00	4,00
	OZZN	1,54	0,52	0,14	1,22	1,85	1,00	2,00
	skupaj	1,79	0,86	0,11	1,58	2,01	1,00	4,00
Opis v negovalnem poročilu »pacientov apetit je dober« nam veliko pove o tveganju za poslabšanje prehranskega stanja.	kirurški	2,73	1,37	0,27	2,18	3,29	1,00	5,00
	interni	2,88	1,23	0,25	2,36	3,39	1,00	5,00
	OZZN	2,69	1,25	0,35	1,94	3,45	1,00	5,00
	skupaj	2,78	1,28	0,16	2,46	3,10	1,00	5,00

PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; SN = standardna napaka; min. = minimum, max. = maksimum, OZZN = oddelek za zdravstveno nego in kronične rane

Iz tabele 7 je razvidno, da so najvišje ocene strinjanja pri posameznih trditvah podali na oddelku za zdravstveno nego in kronične rane, kjer se ocene gibljejo od $PV = 4,46$ do $PV = 3,92$. Le pri trditvi »Pri novo sprejetem pacientu je podatek o njegovi telesni masi in telesni višini pomemben.« so najvišjo stopnjo strinjanja podali na kirurškem oddelku ($PV = 4,46$). Najvišja razlika med oddelki se pojavi pri trditvi »Prehranske vizite so na vašem oddelku dovolj pogoste.«, saj je stopnja strinjanja s trditvijo na oddelku za zdravstveno nego in kronične rane $PV = 4,38$, na internem oddelku je ta stopnja strinjanja $PV = 2,92$, na kirurškem oddelku pa le $PV = 2,54$. Pričakovana nizka stopnja strinjanja je pri trditvah: »Podatke o pacientovi telesni višini in telesni masi lahko pridobimo samo od pacienta in naše meritve tako niso potrebne.«, »Opis v negovalnem poročilu »Pacientov apetit je dober« nam veliko pove o tveganju za poslabšanje prehranskega stanja.« Nizke vrednosti standardnih odklonov kažejo na to, da so bili odgovori anketirancev pri večini trditev zelo homogeni, kar pa ne velja za trditev »Medicinska sestra je odgovorna za spremljanje vnosa hranil pri hospitaliziranem pacientu.«, saj se vrednosti gibljejo od $SO = 0,86$ na oddelku za zdravstveno nego in kronične rane do $SO = 1,07$ na kirurškem oddelku. Nehomogenost v odgovorih je prisotna tudi pri trditvi »Prehranske vizite skupaj z dietetikom lahko vplivajo na boljšo prehranjenost hospitaliziranih pacientov« ($SO = 0,64$ na oddelku za zdravstveno nego in kronične rane, $SO = 1,27$ na kirurškem oddelku in $SO = 1,32$ na internem oddelku). Enako velja tudi za trditev »Prehranske vizite so na vašem oddelku dovolj pogoste.« ($SO = 0,77$ na oddelku za zdravstveno nego in kronične rane, $SO = 1,03$ na kirurškem oddelku in $SO = 1,25$ na internem oddelku). Na vseh oddelkih so bili najmanj homogeni odgovori pri trditvi »Opis v negovalnem poročilu »pacientov apetit je dober« nam veliko pove o tveganju za poslabšanje prehranskega stanja.« ($SO = 1,25$ na oddelku za zdravstveno nego in kronične rane, $SO = 1,37$ na kirurškem oddelku in $SO = 1,23$ na internem oddelku).

Glede na nizke vrednosti standardne napake aritmetične sredine lahko sklepamo, da naš vzorec relativno dobro predstavlja vsa delovišča.

3.4.3 Ugotavljanje stopnje strinjanja med povezavo podhranjenosti in izidom zdravljenja – opisne mere glede na stopnjo izobrazbe

Tabela 8: Ugotavljanje višine strinjanja s povezanostjo podhranjenosti in izida zdravljenja

n = 63				
trditve	min.	max.	PV	SO
Zaradi izgube telesne mase se poveča umrljivost pri hospital. pacientih.	1.00	5.00	3.30	0.99
Ustrezna prehranjenost pacientov vpliva na hitrejše okrevanje.	2.00	5.00	4.32	0.62
Bolnišnična prehrana je tudi del terapije.	3.00	5.00	4.33	0.65
Tveganje za pojav pljučnice pri hospitaliziranem pacientu je pogostejše pri podhranjenih pacientih kot pri ustrezno prehranjenih pacientih.	2.00	5.00	3.65	0.95
Pri pacientu s poškodbo glave je tveganje za razvoj podhranjenosti majhno.	1.00	4.00	1.94	0.88
Pri pacientu s slabšo prehranjenostjo je celjenje ran počasnejše.	2.00	5.00	4.48	0.67

PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; n = velikost vzorca; min. = minimum; max. = maksimum

Iz tabele 8 je razvidno, da je najvišje ocene dosegla trditev »Pri pacientu s slabšo prehranjenostjo je celjenje ran počasnejše.« (PV = 4,48; SO = 0,67). Visoke ocene sta dosegli tudi trditvi: »Bolnišnična prehrana je tudi del terapije.« (PV = 4,33; SO = 0,65), »Ustrezna prehranjenost pacientov vpliva na hitrejše okrevanje.« (PV = 4,32; SO = 0,62). Dober rezultat je dosegla tudi trditev »Pri pacientu s poškodbo glave je tveganje za razvoj podhranjenosti majhno.« (PV = 1,94; SO = 0,88). Nizke vrednosti standardnih odklonov kažejo na to, da so bili odgovori pri teh trditvah zelo homogeni. Najmanj homogeni so bili odgovori pri trditvi »Zaradi izgube telesne mase se poveča umrljivost pri hospitaliziranih pacientih.«

Tabela 9: Ugotavljanje višine strinjanja med povezavo podhranjenosti in izidom zdravljenja

srednješolska izobrazba		n = 47			
visokošolska izobrazba		n = 16			
		PV	SO	SN	p
Zaradi izgube telesne mase se poveča umrljivost pri hospitaliziranih pacientih.	srednješolska izobrazba	3,15	1,00	0,15	0,04
	visokošolska izobrazba	3,75	0,86	0,21	
Ustrezna prehranjenost pacientov vpliva na hitrejše okrevanje.	srednješolska izobrazba	4,26	0,64	0,09	0,17
	visokošolska izobrazba	4,50	0,52	0,13	

		PV	SO	SN	p
srednješolska izobrazba	n = 47				
visokošolska izobrazba	n = 16				
Bolnišnična prehrana je tudi del terapije.	srednješolska izobrazba	4,28	0,65	0,09	0,24
	visokošolska izobrazba	4,50	0,63	0,16	
Tveganje za pojav pljučnice pri hospitaliziranem pacientu je pogostejše pri podhranjenih pacientih kot pri ustrezno prehranjenih pacientih.	srednješolska izobrazba	3,55	1,00	0,15	0,17
	visokošolska izobrazba	3,94	0,77	0,19	
Pri pacientu s poškodbo glave je tveganje za razvoj podhranjenosti majhno.	srednješolska izobrazba	2,09	0,88	0,13	0,02
	visokošolska izobrazba	1,50	0,73	0,18	
Pri pacientu s slabšo prehranjenostjo je celjenje ran počasnejše.	srednješolska izobrazba	4,40	0,71	0,10	0,14
	visokošolska izobrazba	4,69	0,48	0,12	

PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; SN = standardna napaka; p = statistična pomembnost; n = velikost vzorca

Iz tabele 9 je razvidno, da je bilo anketirancev s srednješolsko izobrazbo 47, anketirancev z visokošolsko izobrazbo pa 16. Pri slednjih je povprečna vrednost nekoliko višja kot pri anketirancih s srednješolsko izobrazbo, in sicer skoraj pri vseh trditvah, razen pri trditvi »Pri pacientu s poškodbo glave je tveganje za razvoj podhranjenosti majhno.« (PV = 2,09 srednješolska izobrazba, PV = 1,50 visokošolska izobrazba). Torej se anketiranci z visokošolsko izobrazbo bolj strinjajo s trditvami o povezavi med podhranjenostjo in izidom zdravljenja kot anketiranci s srednješolsko izobrazbo. Najvišja razlika v strinjanju s trditvami je pri trditvi »Zaradi izgube telesne mase se poveča umrljivost pri hospitaliziranih pacientih.«, saj je povprečna vrednost strinjanja pri anketirancih z visokošolsko izobrazbo PV = 3,75, pri anketirancih s srednješolsko izobrazbo pa PV = 3,15. Podobni rezultati se kažejo tudi pri standardnem odklonu. Največja razlika standardnega odklona se pojavi pri trditvi »Tveganje za pojav pljučnice pri hospitaliziranem pacientu je pogostejše pri podhranjenih pacientih kot pri ustrezno prehranjenih pacientih.« (SO = 1,00 srednješolska izobrazba, SO = 0,77 visokošolska izobrazba).

Glede na nizke vrednosti standardne napake povprečne vrednosti lahko sklepamo, da naš vzorec relativno dobro predstavlja medicinske sestre s srednješolsko kot tudi z visokošolsko izobrazbo.

Statistično pomembna razlika med skupinama je pri dveh trditvah: pri trditvi »Zaradi izgube telesne mase se poveča umrljivost pri hospitaliziranih pacientih.« je vrednost

$p = 0,04$, pri trditvi »Pri pacientu s poškodbo glave je tveganje za razvoj podhranjenost majhno.« pa je vrednost $p = 0,02$.

Tabela 10: Strinjanje s trditvami glede povezanosti med podhranjenostjo in izidom zdravljenja glede na stopnjo izobrazbe

trditve		Levjenov		t-test za enakost povprečnih vrednosti						
		F	p	t	df	p	razlika PV	SN	95 % razlika intervala zaupanja	
									najnižja	najvišja
Zaradi izgube telesne mase se poveča umrljivost pri hospitaliziranih pacientih.	homogenost varianc	0,25	0,62	-2,15	61,00	0,04	-0,60	0,28	-1,16	-0,04
Ustrezna prehranje. pacientov vpliva na hitrejše okrevanje.	homogenost varianc	0,01	0,94	-1,38	61,00	0,17	-0,24	0,18	-0,60	0,11
Bolnišnična prehrana je tudi del terapije.	homogenost varianc	0,01	0,93	-1,20	61,00	0,24	-0,22	0,19	-0,60	0,15
Tveganje za pojav pljučnice pri hospitaliziranem pacientu je pogo. pri podhranjenih pacientih kot pri ustrezno prehranje. pacientih.	homogenost varianc	3,74	0,06	-1,40	61,00	0,17	-0,38	0,27	-0,93	0,16
Pri pacientu s poškodbo glave je tveganje za razvoj podhranjenosti majhno.	homogenost varianc	0,36	0,55	2,39	61,00	0,02	0,59	0,24	0,10	1,07
Pri pacientu s slabšo prehranjenostjo je celjenje ran počasnejše.	homogenost varianc	3,63	0,06	-1,48	61,00	0,14	-0,28	0,19	-0,67	0,10

F = F-test – homogenost varianc; p = statistična pomembnost F-testa; t = t-test; p = statistična pomembnost povprečnih vrednosti; df = stopnja prostosti; PV = povprečna vrednost; SN = standardna napaka

Iz tabele 10 je razvidno, da je p večji od 0,05 pri vseh trditvah, zato lahko obdržimo predpostavko o homogenosti varianc. V stolpcu p t-testa za enakost povprečnih vrednosti vidimo, da je razen pri dveh trditvah p večji od 0,05. Gre za trditev »Zaradi izgube telesne mase se poveča umrljivost pri hospitaliziranih pacientih.«, kjer je $p = 0,04$, in pri trditvi »Pri pacientu s poškodbo glave je tveganje za razvoj podhranjenosti

majhno.«, kjer je $p = 0,02$ in predstavlja statistično pomembno razliko. Razlike med aritmetično sredino obeh skupin pri ostalih trditvah niso statistično pomembne.

3.4.4 Koliko strokovnega znanja imajo medicinske sestre o potrebah po hranilih in prehranski anamnezi v času bolezni ter o prehranskem presejanju?

Tabela 11: Strokovno znanje medicinskih sester o potrebah po hranilih in prehranski anamnezi v času bolezni ter o prehranskem presejanju

vprašanja	oddelek	pravilni odgovori f	nepravilni odgovori f	pravilni odgovori %	nepravilni odgovori %
Kakšne so dnevne potrebe po beljakovinah pri pacientu z obsežno golenjo razjedo?	vsi	33	30	52,38	47,62
	kirurški	10	16	38,46	61,54
	interni	12	12	50,00	50,00
	OZZN	11	2	84,62	15,38
Kateri antropometrični podatki so za oceno prehranskega stanja pacienta ob sprejemu potrebni?	vsi	59	4	93,65	6,35
	kirurški	25	1	96,15	3,85
	interni	22	2	91,67	8,33
	OZZN	12	1	92,31	7,69
Katere podatke upošteva medicinska sestra pri presejanju stanja podhranjenosti hospitaliziranih pacientov?	vsi	29	34	46,03	53,97
	kirurški	14	12	53,85	46,15
	interni	8	16	33,33	66,67
	OZZN	7	6	53,85	46,15
Po katerih hranilih, menite, se potrebe pri hospitaliziranem pacientu v času zdravljenja povečajo?	vsi	21	42	33,33	66,67
	kirurški	5	21	19,23	80,77
	interni	9	15	37,50	52,50
	OZZN	7	6	53,85	46,15
Kdo na vašem oddelku je po vašem mnenju odgovoren za zdravstveno-vzgojno delo o prehrani in svetovanje pacientu?	vsi	36	27	57,14	42,86
	kirurški	12	14	46,15	53,85
	interni	15	9	52,50	37,50
	OZZN	9	4	69,23	20,77
Kdo na vašem oddelku je po vašem mnenju odgovoren za zdravstveno-vzgojno delo o prehrani in svetovanje pacientovim svojcem?	vsi	28	35	44,44	55,56
	kirurški	12	14	46,15	53,85
	interni	10	14	41,67	58,33
	OZZN	6	7	46,15	53,85
SKUPAJ	vsi			54,49	45,51
	kirurški			50,00	50,00
	interni			51,11	48,89
	OZZN			66,67	33,33

f = frekvenca; % = odstotki

Iz tabele 11 je razvidno, da je strokovno znanje pri medicinskih sestrah o potrebah po hranilih in prehranski anamnezi v času bolezni ter o prehranskem presejanju nizko. Največ nepravilnih odgovorov se je nanašalo na vprašanje »Po katerih hranilih, menite, se potrebe pri hospitaliziranem pacientu v času zdravljenja povečajo?«, saj sta kar dve tretjini anketirancev podali napačen odgovor. Slabi rezultati so bili tudi pri vprašanju »Kdo na vašem oddelku je po vašem mnenju odgovoren za zdravstveno-vzgojno delo o prehrani in svetovanje pacientovim svojcem?«, pri katerem je skoraj 55 % anketirancev podalo napačen odgovor. Več kot polovico nepravilnih odgovorov je bilo tudi pri vprašanju »Katere podatke upošteva medicinska sestra pri presejanju stanja prehranjenosti hospitaliziranih pacientov?« Nekaj več kot polovico pravih odgovorov je bilo pri vprašanju »Kakšne so dnevne potrebe po beljakovinah pri pacientu z obsežno golenjo razjedo?« in pri vprašanju »Kdo na vašem oddelku je po vašem mnenju odgovoren za zdravstveno-vzgojno delo o prehrani in svetovanju pacientu?« Najboljši rezultati so bili pri vprašanju »Kateri antropometrični podatki so za oceno prehranskega stanja pacienta ob sprejemu potrebni?«, saj je kar 93,65 % anketirancev podalo pravih odgovorov.

Na kirurškem oddelku je bilo ravno tako največ nepravilnih odgovorov na vprašanje »Po katerih hranilih, menite, se potrebe pri hospitaliziranem pacientu v času zdravljenja povečajo?«, saj je kar 80 % anketirancev podalo napačen odgovor. Slabi rezultati so bili tudi pri vprašanju »Kakšne so dnevne potrebe po beljakovinah pri pacientu z obsežno golenjo razjedo?«, pri katerem je skoraj 61,54 % anketirancev podalo napačen odgovor. Več kot polovico nepravilnih odgovorov je bilo tudi pri vprašanih: »Kdo na vašem oddelku je po vašem mnenju odgovoren za zdravstveno-vzgojno delo o prehrani in svetovanju pacientovim svojcem?«, »Kdo na vašem oddelku je po vašem mnenju odgovoren za zdravstveno-vzgojno delo o prehrani in svetovanju pacientu?« Najboljši rezultati so bili pri vprašanju »Kateri antropometrični podatki so za oceno prehranskega stanja pacienta ob sprejemu potrebni?«, saj je bilo pravih odgovorov več kot 90 %.

Na internem oddelku je bilo ravno tako največ nepravilnih odgovorov na vprašanje »Katere podatke upošteva medicinska sestra pri prehranskem presejanju hospitaliziranih pacientov?«, saj sta kar dve tretjini anketirancev podali napačen odgovor. Slabi rezultati

so bili tudi pri vprašanju »Kdo na vašem oddelku je po vašem mnenju odgovoren za zdravstveno-vzgojno delo o prehrani in svetovanje pacientovim svojcem?« in vprašanju »Po katerih hranilih, menite, se potrebe pri hospitaliziranem pacientu v času zdravljenja povečajo?«, pri katerem je bilo več kot polovico nepravilnih odgovorov. Polovico pravilnih odgovorov je bilo na vprašanje »Kakšne so dnevne potrebe po beljakovinah pri pacientu z obsežno golenjo razjedo?« Najboljši rezultat je bil dosežen pri vprašanju »Kateri antropometrični podatki so za oceno prehranskega stanja pacienta ob sprejemu potrebni?«, saj je bilo pravilnih odgovorov več kot 90 %.

Na oddelku za zdravstveno nego in kronične rane je bilo največ nepravilnih odgovorov na vprašanje »Kdo na vašem oddelku je po vašem mnenju odgovoren za zdravstveno-vzgojno delo o prehrani in svetovanje pacientovim svojcem?«, saj je 53,85 % anketirancev podalo napačen odgovor. Nekaj več kot polovico pravilnih odgovorov je bilo tudi pri vprašanjih: »Katere podatke upošteva medicinska sestra pri presejanju stanja prehranjenosti hospitaliziranih pacientov?«, »Po katerih hranilih, menite, se potrebe pri hospitaliziranem pacientu v času zdravljenja povečajo?« Najboljši rezultat je bil dosežen pri vprašanju »Kateri antropometrični podatki so za oceno prehranskega stanja pacienta ob sprejemu potrebni?«, saj je bilo pravilnih odgovorov več kot 90 %.

Iz tabele 11 je tako razvidno, da je strokovno znanje medicinskih sester o potrebah po hranilih in prehranski anamnezi v času bolezni ter o prehranskem presejanju slabo. Najslabši rezultati so bili doseženi na kirurškem oddelku (50,00 %), najboljši rezultati pa so bili doseženi na oddelku za zdravstveno nego in kronične rane, saj je strokovno znanje prehranskega presejanja 66,67 %.

3.4.5 Koliko strokovnega znanja imajo medicinske sestre za ustrezno ukrepanje pri zmanjševanju tveganja za nastanek podhranjenosti?

Tabela 12: Strokovno znanje medicinskih sester za ustrezno ukrepanje pri zmanjševanju tveganja za nastanek podhranjenosti

trditve	oddelek	pravilni odgovori f	nepravilni odgovori f	pravilni odgovori %	nepravilni odgovori %
Pri pacientih, pri katerih je to glede na naravo bolezni oziroma poškodbe možno, je potrebno tedensko spremljanje nihanja telesne mase.	vsi	59	4	93,65	6,35
	kirurški	24	2	92,31	7,69
	interni	22	2	91,67	8,33
	OZZN	13	0	100,00	0,00
Položaj pri hranjenju hospitaliziranega pacienta je zelo pomemben.	vsi	60	2	95,25	4,76
	kirurški	25	1	96,15	3,85
	interni	22	2	91,67	8,33
	OZZN	13	0	100,00	0,00
Položaj pri hranjenju hospitaliziranega pacienta pomembno vpliva na zmanjševanje tveganja za nastanek podhranjenosti.	vsi	35	28	55,56	44,44
	kirurški	16	10	61,54	38,46
	interni	14	10	58,33	41,67
	OZZN	5	8	38,46	61,54
Enteralno hranjenje je namenjeno samo podhranjenim pacientom.	vsi	54	9	85,71	14,29
	kirurški	22	4	84,62	15,38
	interni	21	3	87,50	12,50
	OZZN	11	2	84,62	15,38
Če pacient v 5–10 dneh oralno zaužije manj kot 50 % potrebne hrane, potrebuje prehranske dodatke.	vsi	55	8	87,30	12,70
	kirurški	20	6	76,92	23,08
	interni	22	2	91,67	8,33
	OZZN	13	0	100,00	0,00
S tem, ko smo zabeležili količino zaužite hrane pri pacientu, smo storili že dovolj za preprečevanje podhranjenosti.	vsi	55	8	87,30	12,70
	kirurški	22	4	84,62	15,38
	interni	22	2	91,67	8,33
	OZZN	11	2	84,62	15,38
Sprememba v količini zaužite hrane je pomemben podatek, na katerega je smiselno opozoriti zdravnika/dietetika/odgovorno medicinsko sestro.	vsi	63	0	100,00	0,00
	kirurški	26	0	100,00	0,00
	interni	24	0	100,00	0,00
	OZZN	13	0	100,00	0,00
Kako pogosto je po vašem mnenju potrebno spremljati telesno maso pacienta za pravočasno preprečevanje podhranjenosti?	vsi	41	22	65,08	34,92
	kirurški	17	9	65,38	34,62
	interni	13	11	54,17	45,83
	OZZN	11	2	84,62	15,38
SKUPAJ	vsi			83,73	16,27
	kirurški			82,69	17,31
	interni			83,33	16,67
	OZZN			86,54	13,46

f = frekvenca; % = odstotki; OZZN = oddelek za zdravstveno nego in kronične rane

Iz tabele 12 je razvidno, da je strokovno znanje pri medicinskih sestrah za ustrezno ukrepanje pri zmanjševanju tveganja za nastanek podhranjenosti v okviru pričakovanj. Največ nepravilnih odgovorov se je nanašalo na trditev »Položaj pri hranjenju hospitaliziranega pacienta pomembno vpliva na zmanjševanje tveganja za nastanek podhranjenosti.«, saj je 44,44 % anketirancev podalo napačen odgovor. Slabi rezultati so bili tudi pri vprašanju »Kako pogosto je po vašem mnenju potrebno spremljati telesno maso pacienta za pravočasno preprečevanje podhranjenosti?«, pri katerem je skoraj 35 % anketirancev podalo napačen odgovor. Najboljši rezultati so bili doseženi pri trditvi »Sprememba v količini zaužite hrane je pomemben podatek, na katerega je smiselno opozoriti zdravnika/dietetika/odgovorno medicinsko sestro.«, saj so bili na vseh anketiranih oddelkih vsi odgovori pravilni. Več kot 90 % pravilnih odgovorov je bilo pri trditvah: »Pri pacientih, pri katerih je to glede na naravo bolezni oziroma poškodbe možno, je potrebno tedensko spremljanje nihanja telesne mase.«, »Položaj pri hranjenju hospitaliziranega pacienta je zelo pomemben.«

Na kirurškem oddelku je bilo največ nepravilnih odgovorov povezanih s trditvijo »Položaj pri hranjenju hospitaliziranega pacienta pomembno vpliva na zmanjševanje tveganja za nastanek podhranjenosti.«, pri kateri je 38,46 % anketirancev podalo napačen odgovor. Slabi rezultati so bili tudi pri vprašanju »Kako pogosto je po vašem mnenju potrebno spremljati telesno maso pacienta za pravočasno preprečevanje podhranjenosti?«, saj je 34,62 % anketirancev podalo napačen odgovor. Najboljši rezultati so bili pri trditvi »Sprememba v količini zaužite hrane je pomemben podatek, na katerega je smiselno opozoriti zdravnika/dietetika/odgovorno medicinsko sestro.«, saj so bili vsi odgovori pravilni. Več kot polovico pravilnih odgovorov je bilo tudi pri trditvah: »Pri pacientih, pri katerih je to glede na naravo bolezni oziroma poškodbe možno, je potrebno tedensko spremljanje nihanja telesne mase.«, »Položaj pri hranjenju hospitaliziranega pacienta je zelo pomemben.«

Na internem oddelku je bilo največ nepravilnih odgovorov na vprašanje »Kako pogosto je po vašem mnenju potrebno spremljati telesno maso pacienta za pravočasno preprečevanje podhranjenosti?«, saj je skoraj polovica anketirancev podala napačen odgovor. Slabi rezultati so bili tudi pri trditvi »Položaj pri hranjenju hospitaliziranega

pacienta pomembno vpliva na zmanjševanje tveganja za nastanek podhranjenosti.« Najboljši rezultat je bil pri trditvi »Sprememba v količini zaužite hrane je pomemben podatek, na katerega je smiselno opozoriti zdravnika/dietetika/odgovorno medicinsko sestro.«, saj so bili vsi odgovori pravilni. Več kot 90 % pravilnih odgovorov se je nanašalo na trditve: »Pri pacientih, pri katerih je to glede na naravo bolezni oziroma poškodbe možno, je potrebno tedensko spremljanje nihanja telesne mase.«, »Položaj pri hranjenju hospitaliziranega pacienta je zelo pomemben.«, »Če pacient v 5–10 dneh oralno zaužije manj kot 50 % potrebne hrane, potrebuje prehranske dodatke.«, »S tem, ko smo zabeležili količino zaužite hrane pri pacientu, smo storili že dovolj za preprečevanje podhranjenosti.«

Na oddelku za zdravstveno nego in kronične rane so pokazali najvišjo stopnjo znanja. Popolnoma pravilni odgovori so se nanašali na štiri trditve od osmih. Odgovori, ki so bili 100 %, so: »Pri pacientih, pri katerih je to glede na naravo bolezni oziroma poškodbe možno, je potrebno tedensko spremljanje nihanja telesne mase.«, »Položaj pri hranjenju hospitaliziranega pacienta je zelo pomemben.«, »Če pacient v 5–10 dneh oralno zaužije manj kot 50 % potrebne hrane, potrebuje prehranske dodatke.«, »Sprememba v količini zaužite hrane je pomemben podatek, na katerega je smiselno opozoriti zdravnika/dietetika/odgovorno medicinsko sestro.« Na tri vprašanja so anketiranci odgovorili 84,62 % pravilno. Najslabši rezultat pa je bil dosežen pri trditvi, pri kateri so najslabše rezultate dosegali tudi na ostalih oddelkih: »Položaj pri hranjenju hospitaliziranega pacienta pomembno vpliva na zmanjševanje tveganja za nastanek podhranjenosti.«

Iz tabele 12 je tako razvidno, da imajo medicinske sestre ustrezno strokovno znanje za ukrepanje pri zmanjševanju tveganja za nastanek podhranjenosti. Najslabši rezultat je bil dosežen na kirurškem oddelku (82,69 %), najboljši rezultat pa je bil dosežen na oddelku za zdravstveno nego in kronične rane, saj je strokovno znanje prehranskega presejanja 86,54 %.

3.5 RAZPRAVA

Z raziskavo, ki smo jo izvedli v Splošni bolnišnici Jesenice junija in julija 2014 med medicinskimi sestrami s 5. in 6. stopnjo strokovne izobrazbe na internem oddelku, kirurškem oddelku in oddelku za zdravstveno nego in kronične rane, smo hoteli dokazati, kako pomembno vlogo ima medicinska sestra pri ocenjevanju in zmanjševanju tveganja za nastanek podhranjenosti pri hospitaliziranem pacientu.

Po rezultatih naše raziskave lahko odgovorimo na zastavljena raziskovalna vprašanja.

Prvo raziskovalno vprašanje se je glasilo: »V kolikšni meri se medicinske sestre zavedajo pomena prehranskega presejanja pri tveganju za nastanek podhranjenosti?« Iz dobljenih rezultatov vidimo, da zavedanje ni na vseh oddelkih enako. Najboljše rezultate so dosegli zaposleni na oddelku za zdravstveno nego in kronične rane. To lahko pripisujemo dejstvu, da omenjeni oddelek vodijo medicinske sestre same in zdravnik ni prisoten na oddelku, s čimer prevzemajo odgovornost za celotno obravnavo pacientov. Dobljeni rezultati so za posamezna vprašanja precej zaskrbljujoči. Glede na odgovore, večina medicinskih sester ne bi prepoznala pacienta s prekomerno telesno težo kot ogroženega za podhranjenost. Ker pa je splošno znano, da je takšnih ljudi v našem okolju precej, obstaja veliko tveganje, da bi bili taki pacienti prezrti, s čimer se njihove možnosti za ugoden izid zdravljenja precej zmanjšajo.

Drugo raziskovalno vprašanje se je glasilo: »V kolikšni meri se medicinske sestre strinjajo z ukrepi za zmanjševanje tveganja za nastanek podhranjenosti?« Iz dobljenih rezultatov je razvidno, da se medicinske sestre prevečkrat zanašajo, da podatke o telesni masi in telesni višini podajo pacienti sami in ne izvedejo meritev. Podatki, ki jih pridobijo od pacientov, velikokrat niso pravilni in preprečijo kvalitetno prehransko obravnavo v nadaljevanju. Ravno tako se morajo naučiti, da zapis o kvaliteti pacientovega apetita še ne pove, ali je zaužil zadostno količino hranil. Glede na moje izkušnje se večina pacientov izogiba uživanju mesa, ker se jim, kot sami navajajo, »meso upira«, zaradi česar je beljakovinski vnos prenizek. Ko smo med seboj primerjali različno strokovno izobražen kader, smo ugotovili, da se bolj izobražen kader bolj

strinja z ukrepi za zmanjševanje tveganja za nastanek podhranjenosti, medtem ko se vsi zaposleni enako strinjajo s trditvami o poznavanju ukrepov za zmanjševanje tveganja za nastanek podhranjenosti. Ko smo med seboj primerjali posamezne oddelke, smo ugotovili, da so najvišje ocene strinjanja podali na oddelku za zdravstveno nego in kronične rane. Največje razlike so se pokazale pri trditvi o pogostosti prehranskih vizit na posameznem delovišču. Po dodatnih raziskavah se je pokazalo, da je na oddelku za zdravstveno nego in kronične rane prehranska vizita bolj pogosta kot na ostalih oddelkih, zato smo tudi dobili drugačen rezultat.

Med trditvami, povezanimi s tretjim raziskovalnim vprašanjem »V kolikšni meri medicinske sestre poznajo povezanost med podhranjenostjo in izidom zdravljenja?« je izstopala trditev, da je pri pacientih s poškodbo glave tveganje za nastanek podhranjenosti majhno. Izkušnje povedo, da so ravno ti pacienti glede na naravo poškodbe še bolj občutljivi in da potrebujejo veliko vzpodbude in pomoči za zagotavljanje ustrezne prehranjenosti. Medicinske sestre se ne zavedajo dovolj, da se pri podhranjenih pacientih pljučnica lahko pojavi prej. Skupini z različno strokovno izobrazbo sta bili pri teh trditvah zelo homogeni. Rečemo lahko, da se medicinske sestre dobro zavedajo, da je poleg zdravljenja osnovne bolezni potrebno skrbeti, da so pacienti primerno prehranjeni, saj se tako njihove možnosti za ozdravitev povečajo.

Presenetljivi so bili rezultati pri raziskovalnem vprašanju: »Koliko strokovnega znanja imajo medicinske sestre o potrebah po hranilih in prehranski anamnezi v času bolezni ter o prehranskem presejanju?« Strokovno znanje je na vseh oddelkih dokaj slabo. Ponovno nekoliko izstopa oddelek za zdravstveno nego in kronične rane, kjer je znanje nekoliko večje, a še vedno zaskrbljujoče. Najbolj so bili presenetljivi odgovori, da anketiranci menijo, da so za svetovanje o prehrani tako pacientu kot tudi svojcem zadolženi zdravniki ali dietetik, čeprav je medicinska sestra ves čas ob pacientu in zato najlažje presodi, kdaj bi pacient in/ali svojci potrebovali svetovanje. Mogoče pa je rezultat takšen, ker medicinske sestre ne poznajo dovolj dobro svojih kompetenc oziroma nimajo dovolj znanja za svetovanje tako pacientu kot tudi svojcem. Obstaja pa tudi možnost, da svetovalnega dela sploh ne prepoznajo kot del terapije. Ravno tako so bili nizki rezultati pri vprašanju »Po katerih hranilih, menite, se potrebe pri

hospitaliziranem pacientu v času zdravljenja povečajo?«, pri katerem je bilo veliko poudarka predvsem na beljakovinah, ostale hranilne snovi pa so bile zanemarjene. Iz dobljenih rezultatov lahko sklepamo, da bi bilo potrebno dodatno izobraževanje, ki bi posredno zmanjšalo možnost za podhranjenost pri hospitaliziranih pacientih.

Ne nazadnje nas je zanimalo: »Koliko strokovnega znanja imajo medicinske sestre za ustrezno ukrepanje pri zmanjševanju tveganja za nastanek podhranjenosti?« Z dobljenimi rezultati smo dokazali, da je na tem področju pri medicinskih sestrah dovolj strokovnega znanja, saj smo na vsa vprašanja dobili zelo visoke povprečne vrednosti. Ponovno pa izstopa oddelek za zdravstveno nego in kronične rane, ki je imel kar pri štirih vprašanjih podane same pravilne odgovore. V tem sklopu je izstopalo samo eno vprašanje, pri katerem so bili rezultati neprimerno nižji kot pri ostalih odgovorih. Po dodatnih preverjanjih nismo dobili ustreznega odgovora, ki bi to lahko razložil. Večina medicinskih sester je sicer menila, da je bolj pomembno, da pacienta nahranimo, ne pa v kakšnem položaju je pacient med hranjenjem.

O znanju medicinskih sester na področju prehranske obravnave nismo našli nobene prosto dostopne raziskave. Raziskave, ki so jih izvedli po svetu, ugotavljajo, da se prehranjenosti hospitaliziranih pacientov sploh ne posvečamo dovolj, da bi take paciente odkrili (Kondrup et al., 2003) – že pri samem sprejemu pacienta se ocena prehranjenosti opravi le pri polovici v bolnišnico sprejetih pacientov (Schindler et al., 2010). Kubrak in Jensen (2007) v svoji raziskavi navajata, da je vzrok za neobravnavo pacientove višine in teže s strani medicinskih sester in mlajših zdravnikov v pomanjkanju ustreznih pripomočkov ali pa se je iskal vzrok v oslabeledosti pacientov in dejstvu, da se telesna masa in telesna višine ne smatrata za pomemben podatek pri zdravljenju. Hallin s sodelavci (2007) v svoji raziskavi opisuje, da je izguba telesne mase močan napovednik smrtnosti pri kroničnih pacientih in da se pri tistih pacientih, ki so pridobili na telesni masi, zmanjša tveganje za umrljivost. Raziskave so potekale predvsem v smeri kvantitativne določitve odstotka podhranjenih pacientov v bolnišnicah, ne pa o vlogi medicinske sestre, kot je potekala naša raziskava. Green in Watson (2005) poudarjata, da imajo medicinske sestre ključno vlogo pri ocenjevanju stanja prehranjenosti pacientov in pri prepoznavanju podhranjenih pacientov, ki

potrebujejo dodatno svetovanje in pomoč pri načrtovanju in izvajanju prehranskega svetovanja, saj imajo medicinske sestre tesen stik s pacienti in so odgovorne za načrtovanje individualne zdravstvene nege pacienta.

Raziskavo, ki jo je že leta 1997 objavil Perry in bi jo lahko primerjali z našo, v svojem članku povzemata Mlakar Mastnak in Rotovnik Kozjek (2005a). Govori o znanju, naravnosti in aktivnosti usposobljenih medicinskih sester v odnosu do prehranske oskrbe in podpore pacientov v zdravstveni negi. Tako kot v naši raziskavi, tudi on ugotavlja, da medicinske sestre občutijo, da je ocenjevanje prehranskega stanja pacientov primarno njihova odgovornost. Prav tako so rezultati pokazali, da pomanjkanje splošno sprejetih prehranskih standardov in pomanjkanje znanja medicinskih sester o prehranski podpori pacientov pomembno ovira izvajanje kvalitetne zdravstvene nege, zato bi bile novejša raziskave, s pomočjo katerih bi lahko primerjali posamezne zdravstvene ustanove med seboj ali izvedli primerjavo med bolnišnicami in domovi za starostnike, toliko bolj potrebne.

Našo raziskavo bi lahko izboljšali z uporabo spremenjenega anketnega vprašalnika, ki bi imel višjo zanesljivost od uporabljenega. Bolj natančne rezultate bi dobili tudi v primeru povečanja števila vzorca anketirancev, za kar bi bilo potrebno izvesti anketiranje v ustanovah, v katerih je število zaposlenih, predvsem medicinskih sester z visokošolsko izobrazbo, večje.

4 ZAKLJUČEK

Čeprav sta prehranjevanje in pitje opredeljena kot temeljni življenjski aktivnosti, se jima v bolnišnicah daje premalo poudarka. Neposredna naročila zdravnika glede zdravljenja osnovne bolezni so še vedno na prvem mestu. Medicinske sestre strokovno znanje glede prepoznavanja in ocenjevanja nevarnosti za prehranjenost pacientov prinesejo s seboj z rednih izobraževanj, medtem ko se medicinske sestre s 6. stopnjo strokovne izobrazbe v večini primerov izobražujejo same s pomočjo dostopne literature. Znanje med medicinskimi sestrami s srednješolsko strokovno izobrazbo pa se v večini primerov prenaša s strani medicinskih sester, ki imajo na tem področju več znanja, na manj izkušene medicinske sestre. Naša raziskava je pokazala, da bi bilo dodatno izobraževanje zelo dobrodošlo, tako bi vse medicinske sestre pridobile več strokovnega znanja s področja ocenjevanja nevarnosti za nastanek podhranjenosti. V veliko pomoč pa bi bile tudi dodatne raziskave, ki bi potekale na našem območju, saj so raziskave, ki se dotikajo geografskega območja, bolj sprejete in jim strokovnjaki namenjajo večjo pozornost kot raziskavam, ki potekajo po svetu.

»Podhranjenost bolnikov je dolg, ki ga bolnik nekoč med zdravljenjem plača in tako, kot je v življenju z vsemu dolgovi, ga po navadi plača z obrestmi« (Kozjek Rotovnik, 2012).

5 VIRI IN LITERATURA

Bavelaar JW, Oter CD, van Bodegraven AA, Thijs A, van Bokhorst-de van der Schueren MAE. Diagnosis and treatment of (disease-related) in hospital malnutrition: The performance of medical and nursing staff. *Clin Nutr.* 2008;27(3):431–8.

Dragoš M, Germovnik T, Abazović M. Biološka zdravila: o pravilni in varni uporabi zdravil: zbornik. Ljubljana: Slovensko farmacevtsko društvo, Sekcija farmacevtov javnih lekarn; 2013.

Fyke M, Kaczowski CH. Malnutrition. In: *Gale encyclopedia of children's health; infancy through adolescence*, 2006. Dostopno na: <http://www.encyclopedia.com> (6. 10. 2013).

Gornjak D. Vloga medicinske sestre pri enteralnem hranjenju pacienta. In: Trdin A, Mrhar M, eds. *Celostna obravnava pacienta, obolelega za rakom grla in vratu: zbornik predavanj: II. strokovno izobraževanje*, Maribor, maj 2011. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v otorinolaringologiji; 2011: 30–8.

Green SM, Watson R. Nutritional screening and assessment tools for use by nurse: Literature review. *J Adv Nurs.* 2005;50(1):69–83.

Group of the nutrition care process. Nutrition care process and model Part I: The 2008 update. *J Am Dietetic Association.* 2008;108(7):1116.

Hallin R, Gudmundsson G, Suppli UC, Nieminen M, Gislason T, Linderg E, et al. Nutritional status and long-term mortality in hospitalised patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Respiratory Medicine.* 2007;(101):1945–60.

Howard P, Jonkers-Schuitema C, Furniss L, Kyle U, Muehlebach S, Ödlund-Olin A, et al. Managing the patient journey through enteral nutrition care. *Clin Nutr.* 2006;(25):195–8.

Hudson J. The multidisciplinary team. In: Hamilton H, ed. *Total Parenteral Nutrition a practical guide for nurses.* London: Churchill Livingstone; 2000: 17–29.

Jensen GL, Mirtallo J, Compher C, Dhaliwal R, Forbes A, Grijalba RF, et al. 2010. Adult starvation and disease-related malnutrition; A proposal for etiology-based diagnosis in the clinical practise setting from the International Consensus Guideline Committe. *Clin Nutr.* 2010;29(2):151–3.

Kern A, Lavrinec P, Kalender Smajlovič S. Prehranska obravnava bolnikov v enoti intenzivne terapije operativnih strok. *Bolje: glasilo Splošne bolnišnice Jesenice*; junij 2010: 13.

Kobentar R, Marinič M. Organske spremembe in motnje prehranjevanja v starosti. *Obzor Zdr N.* 2000;(34):209–14.

Kondrup J, Allison SP, Elia M, Velass B, Plauhth M. ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clin Nutr.* 2003;22(4):415–21.

Kondrup J, Sorensen JM. The Magnitude of the Problem of Malnutrition in Europe. In: Elia M, Bistrrian B, eds. *The Economic, Medical/Scientific and Regulatory Aspects of Clinical Nutrition Practice: What Impacts What? Nestlé Nutr Inst Workshop Ser Clin Perform Program.* 2009;(12):1–14.

Kozjek Rotovnik N. Parenteralna prehrana. In: Matić L, Fink A, Vettorazzi R, eds. *Temeljna življenjska aktivnost, prehranjevanje in pitje: zbornik predavanj, Srednja zdravstvena šola Ljubljana, 16. 10. 2012.* Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v vzgoji in izobraževanju; 2012: 91.

Kubrak C, Jernsen L. Malnutrition in acute care patients: A narrative review. *Int J Nurs Stud.* 2007;44(6):1036–54.

Lavrinec P. Poskus opredelitve prehranskih priporočil glede na stopnjo razjede zaradi pritiska. In: Vilar V, ed. *Prehranska podpora pacientov s kronično rano: simpozij z učnimi delavnicami*, Lipica, 17. 9. in 18. 9. 2010. Ljubljana: Društvo za oskrbo ran Slovenije. -DORS; 2010: 55–6.

Mičetić-Turk D. *Klinična prehrana: Izbrana poglavja*. Maribor: Visoka zdravstvena šola; 2005: 47–8.

Mlakar Mastnak D. *Prehranska zdravstvena vzgoja pri bolniku z rakom: [specialistično delo]*. Maribor: Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola; 2005: 65.

Mlakar Mastnak D. Posebnosti prehrane bolnika z rakom. In: Trampuž R, ed. *Celostna obravnava pacienta z rakom: zbornik predavanj*, Nova Gorica, 4. marec 2006. Nova Gorica: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov; 2006: 64–72.

Mlakar Mastnak D. Prehranski pregled pacienta. In: Matić L, Fink A, Vettorazzi R, eds. *Temeljna življenjska aktivnost, prehranjevanje in pitje: zbornik predavanj*, Srednja zdravstvena šola Ljubljana, 16. 10. 2012. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v vzgoji in izobraževanju; 2012: 71–7.

Mlakar Mastnak D, Rotovnik Kozjek N. Identifikacija bolnikov s prehranskimi težavami – vloga medicinske sestre pri prehranski podpori hospitaliziranih bolnikov. In: Filej B, Kvas A, Kersnik P, eds. *Kongres zdravstvene in babiške nege "Skrb za človeka": zbornik predavanj in posterjev 5. kongresa zdravstvene in babiške nege "Skrb za človeka"*, Ljubljana, 12.–14. 5. 2005. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2005a: 491–6.

Mlakar Mastnak D, Rotovnik Kozjek N. Identifikacija bolnikov s prehranskimi težavami – vloga medicinske sestre. In: Logonder MM, Skela Savič B, Lokar K, eds. Sodobni trendi v onkologiji in onkološki zdravstveni negi, 32. strokovni seminar, Rogla, 29. in 30. 9. 2005. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji; 2005b: 58–63.

Mlakar Mastnak D, Sedej I. Prehranska obravnava onkološkega bolnika, ki je na ambulantnem onkološkem zdravljenju. In: Duratović A, Kotnik M, eds. Bolnik z rakom na zdravljenju doma – priporočila za zdravstveno nego, 37. strokovni seminar Rogaška Slatina, 4. in 5. 3. 2010. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji; 2010: 40–1.

Pajnkihar M. Teoretične osnove zdravstvene nege. Maribor: Visoka zdravstvena šola; 2005.

Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2008: 5, 30–1.

Pokorn D. Prehrana v različnih življenjskih obdobjih, prehranska dopolnila v prehrani. Ljubljana: Založba Marbona; 2003: 177.

Powell-Tuck J, eds. Organisation of Food and Nutritional Support in Hospitals. BAPEN 2007. Dostopno na: <http://www.bapen.org.uk/ofnsh/organizationOfNutritionalSupportwithinHospitals.pdf> (12. 10. 2013).

Priporočila za prehransko obravnavo bolnikov v bolnišnicah in starostnikov v domovih za starejše občane. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije; 2008: 11, 18–22.

Rotovnik Kozjek N, Mravlje Ž. Prehranska obravnava in prehrana bolnika z rakom. *Dietetikus*. 2010;(12): 4–10.

Sedej I. Ocena prehranskega stanja nevrološkega bolnika. In: Zupanc V, Pražnikar A, eds. *Disfagija in možganska kap*. Ljubljana: Nevrološka klinika, UKC; 2011: 123–44.

Shashidhar HR, Grigsby DG. Malnutrition. *eMedicine*, 2009. Dostopno na: <http://emedicine.com/article/985140-overview> (6. 10. 2013).

Schindler K, Pernicka E, Laviano A, Howard P, Schütz T, Bauer P, et al. How nutritional risk is assessed and managed in European hospitals: A survey of 21.007 patients findings from the 2007-8 cross-sectional nutrition Daysurvey. *Clin Nutr*. 2010;(29):552–9.

Stratton RJ, Green CJ, Elia M. *Disease-related malnutrition: an evidence-based approach to treatment*. Walingford: CABI International; 2003.

Škrabec M. Prehranjevanje starostnika. In: Matić L, Fink A, Vettorazzi R, eds. *Temeljna življenjska aktivnost, prehranjevanje in pitje: zbornik predavanj*, Ljubljana, 16. 10. 2012. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v vzgoji in izobraževanju Srednja zdravstvena šola Ljubljana; 2012: 114–6.

Štupnik T. Gastrostoma in jejunostoma. In: Gavrilov N, Trček M, eds. *Zbornik predavanj šole enterostomalne terapije, 2006-2007*. Ljubljana: Klinični center Ljubljana, Področje za zdravstveno nego; 2007: 158–63.

Vrši A, Dolar M. Enteralna prehrana bolnika na umetni ventilaciji. In: Nunar-Perko A, ed. *Prehrana kritično bolnega*. Rogla, 15.–16. maj 2009. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in

zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v anesteziologiji, intenzivni terapiji in transfuziologiji; 2009: 22–6.

Železnik D. Kompetencam na pot. Obzor Zdr N. 2008;42(3):165–7.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

VPRAŠALNIK

Spoštovani,

moje ime je Herta Avsenek, sem absolventka zdravstvene nege na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice in pripravljam diplomsko delo z naslovom: Vloga medicinske sestre pri ocenjevanju in zmanjševanju tveganja za nastanek podhranjenosti v bolnišnici.

Pred vami je vprašalnik, s katerim želim ugotoviti, kakšno je vaše stališče glede ocenjevanja in preprečevanja možnosti za nastanek podhranjenosti pri hospitaliziranih pacientih.

Vljudno vas prosim za sodelovanje v raziskavi. Anketa je anonimna in prostovoljna.

Za vaše sodelovanje se vam iskreno zahvaljujem.

Izpolnjen vprašalnik vrnite v za to namenjen nabiralnik.

Herta Avsenek

Pri vseh vprašanjih je možen en odgovor, razen pri enem vprašanju, kjer je možnih več odgovorov. Ta možnost je pri vprašanju posebej poudarjena. Pri drugih vprašanjih pa na lestvici izberite ustrezen nivo strinjanja.

1 SPOL:

- a) ženski
- b) moški

2 STAROST V LETIH:

3 DELOVNA DOBA V ZDRAVSTVENI NEGI V LETIH:

4 STOPNJA IZOBRAZBE:

- a) srednja medicinska sestra/medicinski tehnik/zdravstveni tehnik/tehnik zdravstvene nege
- b) diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik/višja medicinska sestra

5 DELOVIŠČE:

- a) kirurški oddelek
- b) interni oddelek
- c) oddelek za zdravstveno nego in kronične rane

6 V SPODNJI TABELI SO PREDSTAVLJENE TRDITVE, S KRIŽCEM OB TRDITVI OZNAČITE IZBRAN ODGOVOR.

	DA	NE	NE VEM
S pojavom bolezni oziroma poškodbe se potrebe po hranilih pri hospitaliziranem pacientu povečajo.			
Pacient s prekomerno telesno maso je lahko podhranjen.			
Pri novo sprejetem pacientu je pomemben podatek o njihovi telesni masi in telesni višini.			
Pacient, ki zaužije vso ponujeno hrano razen beljakovinskih živil je v tveganju za razvoj podhranjenosti.			
Indeks telesne mase je zadosten pokazatelj podhranjenosti pri pacientu.			
Pacient, pri katerem smo izračunali indeks telesne mase 20, je lahko v tveganju za nastanek podhranjenosti.			
Normalne vrednosti indeksa telesne mase se gibljejo med 20 in 25.			
Izguba 5 % telesne mase v obdobju treh mesecev je definirana kot pomembna izguba telesne mase.			
Podhranjenost nima večjega vpliva na celjenje ran.			
Energijske potrebe med boleznijo se povečajo tudi pri pacientu s prekomerno telesno maso.			

7 KAKŠNE SO DNEVNE POTREBE PO BELJAKOVINAH PRI PACIENTU Z OBSEŽNO GOLENJO RAZJEDO?

- a) 0,8–1 g/kg telesne mase
- b) 1,25–1,50 g/kg telesne mase
- c) minimalno 2 g/kg telesne mase
- d) več kot 2,5 g/kg telesne mase

8 KATERI ANTROPOMETRIČNI PODATKI SO ZA OCENO PREHRANSKEGA STANJA PACIENTA POTREBNI OB SPREJEMU?

- a) telesna masa pacienta
- b) telesna višina pacienta
- c) telesna višina in telesna masa pacienta

9 KATERE PODATKE UPOŠTEVA MEDICINSKA SESTRA PRI PRESEJANJU STANJA PREHRANJENOSTI HOSPITALIZIRANIH PACIENTOV?

- a) pacientova anamneza, fizični pregled, podatki antropometrije, podatki biokemičnih preiskav
- b) indeks telesne mase, resnost obolenja, izguba telesne mase, prehranski vnos
- c) seznanitev z zdravnikovim naročilom, zdravila, ki jih pacient jemlje, stanje kože, meritev vitalnih znakov
- d) fizični pregled, ocenitev zmožnosti hranjenja, podatki antropometrije, zdravnikovo naročilo

10 PO KATERIH HRANILIH, MENITE, SE POTREBE PRI HOSPITALIZIRANEM PACIENTU V ČASU ZDRAVLJENJA POVEČAJO?

- a) ogljikovi hidrati
- b) maščobe
- c) beljakovine
- d) po vsem zgoraj naštetem

11 V SPODNJI TABELI SO PREDSTAVLJENE TRDITVE, S KRIŽCEM OB TRDITVI OZNAČITE IZBRAN ODGOVOR.

	DA	NE	NE VEM
Pri pacientih, pri katerih je to glede na naravo bolezni oziroma poškodbe možno, je potrebno tedensko spremljanje nihanja telesne mase.			
Položaj pri hranjenju hospitaliziranega pacienta je zelo pomemben.			
Položaj pri hranjenju hospitaliziranega pacienta pomembno vpliva na zmanjševanje tveganja za nastanek podhranjenosti.			
Enteralno hranjenje je namenjeno samo podhranjenim pacientom.			
Če pacient v 5–10 dneh oralno zaužije manj kot 50 % potrebne hrane, potrebuje prehranske dodatke.			
S tem, ko smo zabeležili količino zaužite hrane pri pacientu, smo storili že dovolj za preprečevanje podhranjenosti.			
Sprememba v količini zaužite hrane je pomemben podatek, na katerega je smiselno opozoriti zdravnika/dietetika/odgovorno medicinsko sestro.			

12 NA KAKŠEN NAČIN PRIDOBIVATE ZNANJE GLEDE ZMANJŠEVANJA TVEGANJA ZA NASTANEK PODHRANJENOSTI PRI HOSPITALIZIRANIH PACIENTIH? (MOŽNIH JE VEČ ODGOVOROV.)

- a) uporabljam znanje, pridobljeno v rednem izobraževalnem programu
- b) posvetujem se z zdravnikom
- c) posvetujem se z bolnišničnim dietetikom
- d) posvetujem se s kolegicami v negovalnem timu, ki imajo več strokovnega znanja na tem področju
- e) udeležujem se seminarjev in delavnic na temo prehranjenosti pacienta in zmanjševanja tveganja za nastanek podhranjenosti
- f) drugo: _____

13 KAKO POGOSTO JE PO VAŠEM MNENJU POTREBNO SPREMLJATI TELESNO MASO PACIENTA ZA PRAVOČASNO PREPREČEVANJE PODHRANJENOSTI?

- a) ob sprejemu in odpustu pacienta
- b) vsakodnevno
- c) enkrat tedensko
- d) merjenje ni potrebno

14 V SPODNJI TABELI SO PREDSTAVLJENE TRDITVE. PRI VSAKI TRDITVI OPREDELITE VAŠO STOPNJO STRINJANJA S POSTAVLJENO TRDITVIJO.

	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Ne-odločen	Se strinjam	Popolnoma se strinjam
	1	2	3	4	5
Pri novo sprejetem pacientu je podatek o njegovi telesni masi in telesni višini pomemben.					
Redno spremljanje telesne mase hospitaliziranega pacienta je zelo pomembna naloga medicinske sestre.					
Pomembno je, da količino vsakega zaužitega obroka natančno zabeležimo.					
Medicinska sestra je odgovorna za spremljanje vnosa hranil pri hospitaliziranem pacientu.					

	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Ne-odločen	Se strinjam	Popolnoma se strinjam
	1	2	3	4	5
Prehranske vizite skupaj z dietetikom lahko vplivajo na boljšo prehranjenost hospitaliziranih pacientov.					
Prehranske vizite so na vašem oddelku dovolj pogoste.					
Zdravniki se dovolj vključujejo v reševanje problemov, povezanih s prehranjenostjo pacientov.					
V naši bolnišnici je dobro poskrbljeno za pridobivanje znanja glede prehranjenosti pacientov.					
Na področju prepoznavanja tveganja za nastanek podhranjenosti pri pacientih so izobraževanja potrebna.					
Podatke o pacientovi telesni višini in telesni masi lahko pridobimo samo od pacienta in naše meritve tako niso potrebne.					
Opis v negovalnem poročilu »pacientov apetit je dober« nam veliko pove o tveganju za poslabšanje prehranskega stanja.					

15 KDO NA VAŠEM ODDELKU JE PO VAŠEM MNENJU ODGOVOREN ZA ZDRAVSTVENO-VZGOJNO DELO O PREHRANI IN SVETOVANJE PACIENTU?

- a) zdravnik
- b) bolnišnični dietetik
- c) medicinska sestra na oddelku
- d) medicinska sestra skupaj z bolnišničnim dietetikom

16 KDO JE NA VAŠEM ODDELKU PO VAŠEM MNENJU ODGOVOREN ZA ZDRAVSTVENO-VZGOJNO DELO O PREHRANI IN SVETOVANJE PACIENTOVIM SVOJCEM?

- a) zdravnik
- b) bolnišnični dietetik
- c) medicinska sestra na oddelku
- d) medicinska sestra skupaj z bolnišničnim dietetikom

17 V SPODNJI TABELI SO PREDSTAVLJENE TRDITVE. PRI VSAKI TRDITVI OPREDELITE VAŠO STOPNJO STRINJANJA S POSTAVLJENO TRDITVIJO.

	Sploh se ne strinjam 1	Se ne strinjam 2	Ne- odločen 3	Se strinjam 4	Popolnoma se strinjam 5
Zaradi izgube telesne mase se poveča umrljivost pri hospitaliziranih pacientih.					
Ustrezna prehranjenost pacientov vpliva na hitrejše okrevanje.					
Bolnišnična prehrana je tudi del terapije.					
Tveganje za pojav pljučnice pri hospitaliziranem pacientu je pogostejše pri podhranjenih pacientih kot pri ustrezno prehranjenih pacientih.					
Pri pacientu s poškodbo glave je tveganje za razvoj podhranjenosti majhno.					
Pri pacientu s slabšo prehranjenostjo je celjenje ran počasnejše.					