

Postoj ošetrovatelského personálu k výživě starších pacientů

Abstrakt

Cíl. Cílem této studie bylo prozkoumat postoj ošetrovatelského personálu v geriatrické péči k faktorům důležitých pro výživu v ošetrovatelství.

Úvod. Studie ukazují, že se u starších pacientů rutinně usuzuje nutriční stav a velmi málo z nich už má individuální výživový plán. Pacienti v dlouhodobé péči, kterým se jednodušeji podává strava, jsou hodnoceny pozitivněji než ti, u kterých je nutná asistence během podávání stravy.

Metody. Celkem 252 všeobecných a praktických sester pracujících v geriatrické léčebné rehabilitaci, zdravotnickém zařízení a v domě s pečovatelskou službou, se zúčastnilo studie. Postoj byl zkoumán pomocí škály SANN Scale - Postoj ošetrovatelského personálu k výživě starších pacientů. Škála obsahuje 18 položek a byla upravena jako 5 bodová Likertova škála. Celkový výsledek a 5 subškál reprezentuje normy. Norma, Návyky, Hodnocení, Intervence a Individualizace. Vyšší skóre znamená pozitivnější přístup.

Výsledky. Z celého personálu 53% pracovníků vykazovalo pozitivní vztah k faktorům důležitých pro výživu v ošetrovatelské péči a zbytek vykazoval neutrální či negativní přístup.

Závěr. Problematika výživy zahrnují důležitou a časově náročnou odpovědnost v geriatrické péči; nicméně ošetrovatelský personál nevykazuje jednoznačný kladný přístup k odpovědnosti. Důsledky, které přináší staršímu pacientovi je potřeba dále zkoumat.

Relevance pro klinickou praxi. Ošetrovatelský personál hraje důležitou roli v ošetrování pacientů, kteří jsou podvyživení anebo jim hrozí vznik podvýživy. Kladný přístup může zabránit rozvoji stavu podvýživy anebo dalšímu zhoršení již podvyživeného pacienta.

ÚVOD

Malnutrice a podvýživa stále představují častým problémem v ošetrování geriatrických pacientů v různých zdravotnických zařízeních vyspělých zemí. (Christensson *et al.* 1999, Pirlich *et al.* 2003, Kyle *et al.* 2004). Malnutrice může být popsána jako výsledek nepoměru mezi potřebou a příjmem živin, jehož příčina může být často multifaktoriální, včetně medicínského, sociálního faktoru a faktoru životního prostředí. Být starý a závislý na pomoc ostatních včetně nákupu, vaření, přijímání stravy a zároveň žijící v samostatné domácnosti s výskytem symptomů deprese, zvyšuje riziko podvyživení. (Chen *et al.* 2001, 2005, Pirlich *et al.* 2005). Zjistilo se, že neléčená a nezjištěná malnutrice může poškodit kvalitu života (Visvanathan 2003) a vést k mnoha následkům jako je prodloužená doba hospitalizace, vyšší riziko infekce, stresové vředy, pomalé hojení ran, zvýšená morbidita a mortalita, včetně zvýšeného nákladu na poskytovanou péči. (Akner & Cederholm 2001, Kondrup & Johansen 2002, Bansal *et al.* 2005, Kyle *et al.* 2005).

Výsledek činnosti založené na důkazech jako je podávání nutričně kompletní vysokokalorické výživy nebo předpis vysokokalorických výživových doplňků obsahující bílkoviny u starších pacientů v riziku malnutrice, byl menší, ale konzistentní přírůstek na váze. (Milne *et al.* 2005). Ošetrovatelský personál musí vědět pro jakého pacienta je to výhodné a potřeby pacienta identifikovat. Individuální výživový plán založený na problémech, přání a zdroje jsou doporučené pro zlepšení optimální poskytované ošetrovatelské péče. (Beck *et al.* 2002, Council of Europe 2002). Ošetrovatelský personál hraje důležitou roli v odhalení riziko pacienta a v provedení dostatečně preventivních strategií. Nicméně studie ukazují, že hodnocení v oblasti výživy je zřídka provedeno na geriatrických pacientech jako rutina a velmi málo rizikových pacientů má nutriční plán. Studie ukazují, že sestry v oblasti geriatrické péče cítí odpovědnost za hodnocení v oblasti výživy a za péči, ale zároveň nedostatek znalostí k úkolu stejně jako podpora za strany lékařů. (Perry 1997, Kondrup *et al.* 2003). Švédská doporučení poukazují, že Všeobecné sestry/lékaři jsou odpovědní za hodnocení nutričního stavu a Všeobecné sestry samotné jsou odpovědné za informovanost, objednávání a podávání stravy, sledování obsahu přijaté stravy a zajištění

dostatečného příjmu (ESS 1991). Tyto činnosti vyžadují, aby měl personál dostatečné znalosti a vhodné pomůcky pro screening a hodnocení pacienta.

Zjistilo se, že postoje mezi zdravotními sestrami, které pracují se staršími pacienty, jsou jak pozitivní, tak negativní (Courtney et al. 2000, McLafferty & Morrison 2004) a pacienti v dlouhodobé péči s vysokými potřebami dopomoci s výživou jsou zobrazeni méně pozitivně nežli pacienti, kteří jsou soběstačnější (Barnes 1990). Rovněž se navrhuje, aby studenti ošetrovatelství byli ovlivněni negativním postojem vůči starším pacientům od ošetrovatelského personálu a učitelů zdravotnických škol (McLafferty & Morrison 2004, McLafferty 2005). V jedné studii včetně ošetrovatelského personálu pracující v domě s pečovatelskou službou (n = 176) se 44% vyjádřilo negativním postojem k problematice stravování a výživy. Vzdělávání v oblasti výživy a implementace výživového programu může výrazně zvýšit počet kladného přístupu k „Individualizaci“ v porovnání s kontrolní skupinou (Christensson et al. 2003). Edukace ošetrovatelského personálu problematice výživy bylo prokázáno zlepšení stavu výživy starších lidí žijící v domě s pečovatelskou službou (Christensson et al. 2001, Irving-Faxén et al. 2002).

Postoje zaměstnanců k SANN scale bylo vyvinuto ke zkoumání postoje ošetrovatelského personálu k problematice v rámci stravování a stravy. Skládá se z položek související s ošetrovatelským procesem, oblastí v rámci hodnocení, požadavků ve výživě, stravování, prostředí a individualizace; tyto položky představují „výživu v ošetrovatelství“ (Christensson *et al.* 2003). Původně bylo užití omezeno mezi ošetrovatelským personálem pracující v domě s pečovatelskou službou, ale později se rozvinul a bylo testováno pro užití mezi personálem pracující ve všech typech zařízení s péčí o starší pacienty. 62 položková škála měla rovnoměrný počet pozitivních a negativních formulovaných prohlášení. Diskriminační síla (DS) byla vypočítána a 21 položek s nejvyšší hodnotou DS byla dále analyzována. Položka-položka a položka-celek korelace snížila číslo na 18 položek. Konstrukční validita byla testována pomocí faktorové analýzy ukazující pět základních dimenzí s vlastním hodnotou >1, což představuje 54% rozptylu (L Christensson & M Bachrach-Lindström, unpublished data). Tato verze byla pojmenována SANN-G scale, kdy G označuje gariatrickou péči. (Tabulka 1).

Tabulka 1. Položky v SANN-G scale a k kterým dimenzím patří

Dimenze	Položka (n)
Standard	Zkušený personál vždy znal potřeby stravy pacienta/klienta(11) Jídelna by měla být především upravena tak, aby se personálu pracovalo jednodušeji (5) Je důležité distribuovat stravu takovým způsobem, aby měl každý pacient/klient stejné množství (13) Perorální suplementace je dobrou náhradou běžného jídla (14) Nejlepší je, aby personál podával stravu na talíři bez pomoci pacientů/klientů. (10)
Zvyky	Lidé ve věku 70 let a více nepotřebují stejné množství jídla jako mladí lidé (9) Jedno teplé jídlo denně je dostatečné pro lidi ve věku 70 a výše (1) Pacienti/klienti s polykacími potížemi by neměli být povzbuzováni k tomu, aby se stravovali samostatně (4) Pacienti z nemocnice nebo komunitní péče nechtějí být dotazováni ohledně předešlých dietních návyků (3)
Hodnocení	Je bezvýznamné zhodnotit tělesnou hmotnost všech pacientů/klientů (2) Je dostačující změřit tělesnou hmotnost jen u klientů, u nichž byla indikace lékařem (8) Jenom některým pacientům prospěje vlastní posouzení stavu výživy (12) Obézní pacienti/klienti by měli vždycky mít nízkokalorickou stravu (18)

Dimenze	Položka (n)
Intervence	Podvýživa není běžná u starších osob v geriatrické/zdravotní či komunitní péči (15) Při dopomoci se stravování pacientů/klientů není potřeba zkušenost ani odborné znalosti (16) Je zbytečné u pacienta/klienta, který má problém s přijímáním stravy, naučit se sám najíst (7)
Individualizace	Je nemožné individualizovat dobu stravování (6) Doba stravování nemusí být upravena individuálně (17)

Cíl

Cílem této studie bylo zanalyzovat postoj ošetřovatelského personálu k faktorům důležitých pro výživu v ošetřovatelské péči pro starší pacienty užitím SANN scale adaptované k různým typům geriatrické péče.

Metody

Všechny všeobecné (VS) a praktické sestry (PS) pracující denně na geriatrické léčebné rehabilitaci a ve zdravotnických zařízeních fakultní nebo regionální nemocnice, byly pozvané k účasti ($n = 232$) a 188 (81%) splnilo škálu. Výsledky 64 praktických sester, které účastnily během vývoje SANN Scale, byly použité k zastoupení personálu pracující v domově pro seniory. (Christensson et al. 2003)

Postoj ošetřovatelského personálu byl zkoumán pomocí SANN-G scale (L Christensson & M Bachrach-Lindström, unpublished data). Celkové skóre škály a 5 subškál reprezentují dimenze „Standard, zvyky, hodnocení, intervence a individualizace“. Škála zahrnuje 18 položek a byla upravena jako souhrnná Likertova škála, kde 1 reprezentuje „Naprostou souhlasím“, 2 „Spíše nesouhlasím“, 3 „Nevím“, 4 „Spíše souhlasím“ a 5 „Naprostou nesouhlasím“. Všechny položky v konečném měřítku byly negativně formulované prohlášení. Tudíž výsledky 4 (Spíše nesouhlasím) a 5 (Naprostou nesouhlasím) představují kladný postoj a 1 (Naprostou souhlasím) a 2 (Spíše souhlasím) představují záporný postoj. Celkové skóre 18 bodů představuje nejvíce záporné postoje a skóre 90 bodů nejpozitivnější postoje. Celkové skóre 72 znamená, že zaměstnanci dosáhli v průměru 4 bodů z 18 položek představujících kladný postoj týkajících se problematiky důležité v ošetřovatelské výživě. Celkové skóre <54 reprezentuje, že úspěšnost personálu byl průměru nižší než 3 u všech 18 položek odrážejících negativní postoj (Tabulka 2).

Tabulka 2. Postoje k problematice výživy popsané dle typu ošetřovatelské profese (čtyři účastníci svoji profesi neuvědli)

Dimenze (min-max skóre)	Bod zlomu ke kladnému postoji	Ošetřovatelský personál (n = 252)	Všeobecné sestry (VS) (n = 80)	Praktické sestry (PS) (n = 168)	P-hodnota (porovnání VS a PS)
Standard (5-25)	20	17·0 (14·0, 20·0)†	19·0 (17·0, 22·0)*	16·0 (12·0, 18·0)	<0·001
Zvyky (4-20)	16	16·0 (14·0, 18·0)	17·0 (15·0, 18·0)	16·0 (13·0, 18·0)	0·006
Hodnocení (4-20)	16	14·0 (11·0, 16·0)*	16·0 (13·0, 18·0)*	13·0 (10·0, 15·0)	<0·001
Intervence (9-15)	12	13·0 (11·0, 14·0)	14·0 (13·0, 15·0)	12·0 (10·0, 14·0)	<0·001

Dimenze (min-max skóre)	Bod zlomu ke kladnému postoji	Ošetrovatelský personál (n = 252)	Všeobecné sestry (VS) (n = 80)	Praktické sestry (PS) (n = 168)	P-hodnota (porovnání VS a PS)
Individualizace (2-10)	8	7·0 (6·0, 9·0)	8·5 (7·0, 9·0)	7·0 (5·0, 9·0)	<0·001
Celkové hodnocení (25-90)	72	66·0 (59·0, 74·0)†	73·0 (67·0, 79·0)*	63·0 (55·3, 70·0)	0·001

Postoje jsou prezentovány jako hodnoty mediánu (Q1, Q3). Vyšší skóre znamená kladný postoj.
*1 chybějící výsledek; †2 chybějící výsledky

Údaje o profesi VS nebo PS a časové údaje působení v profesi (<2 roky, 2 až <5 roků, 5 až <10 roků, 10 až <15 roků a <15 roků) byly také uplatněny.

Statistika

Postoj ošetrovatelského personálu jsou uvedeny v procentech, medián a mezikvartilové rozsahy. Ke zkoumání rozdílů mezi 3 podskupin (zdravotnická péče, geriatrická péče a domy s pečovatelskou službou) byl využit Kruskalův-Wallisův test, následoval Mann-Whitneyův pořadový U-test s Bonferonniho korekcí. P-hodnota pod 0·05 byla považována za významnou. Statistická vyhodnocení byla provedena pomocí spss® verze 13.0.

U 16 respondentů chyběla 1 odpověď. U dvou respondentů chyběly dvě odpovědi a u tří respondentů chyběly odpovědi 3.

Chybějící data byly nahrazeny hodnotou mediánu všech položek, na které odpovídali respondenti. Dva respondenti vynechali celou stránku včetně osmi položek, které nebyly nahrazeny.

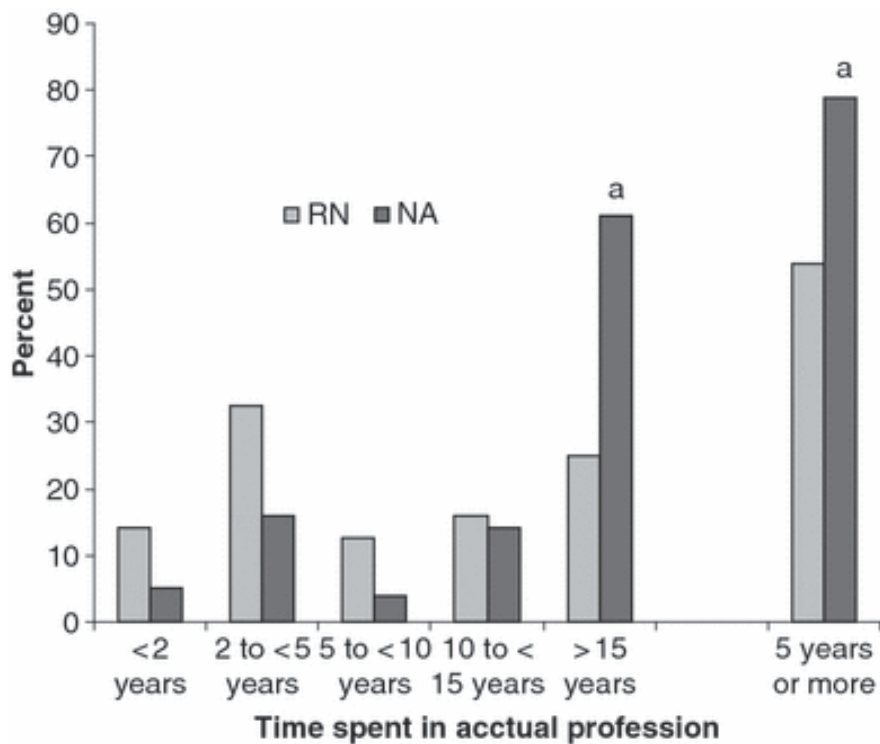
Etické úvahy

Tato studie byla provedena v souladu s etickými pokyny pro výzkum v Ošetrovatelství ve Skandinávii. [Northern nurses' federation (NNF) 2003]. Povolení k provedení výzkumu bylo získané od vrchní sestry. Souhlas respondentů byl získán poté, co obdrželi informace o výzkumu v podobě ústní i písemné a zároveň byli informováni o svém právu se neúčastnit. Škála byla vložena buď do osobní poštovní schránky v nemocnici nebo byla poslána s adresovanou obálkou. Respondenti byli poučeni, aby odpovídali na škále individuálně. Všichni účastníci přijali upozornění po dvou týdnech. Pro kontrolu nedokončení dotazníku, byly škála kódována názvem ošetrovatelského oddělení. Se všemi informacemi bylo zacházeno s důvěrou a není možné si spojit konkrétní odpověď s daným účastníkem.

Výsledky

Studie se zúčastnilo celkem 252 ošetrovatelského personálu, z nichž čtyři neoznačili svoji profesi, se zúčastnili studie.

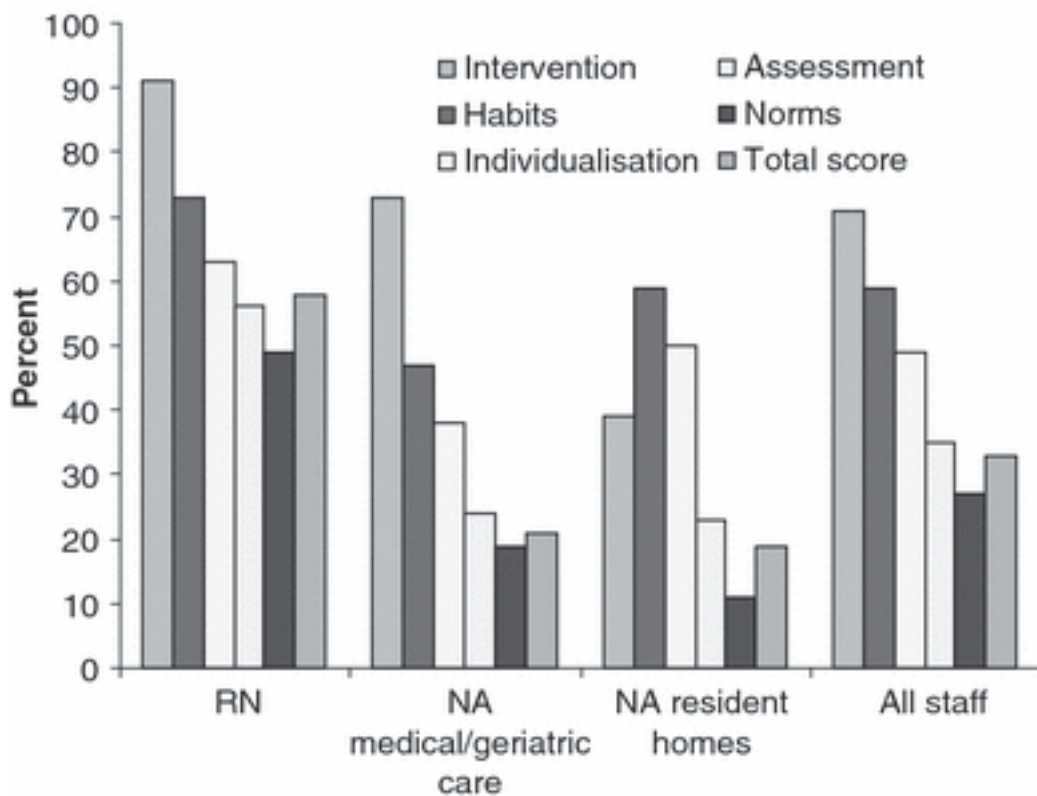
79% (81/103) PS na geriatrickém oddělení nebo ve zdravotnickém zařízení mělo zkušenost v praxi pět let a více. Ve srovnání 54% (43/80) VS ($p < 0·001$) (Vzorec 1). Nebyly nalezeny statisticky významné rozdíly v postoji mezi PS a VS s kratším obdobím v praxi (>5 let) nebo s delším obdobím v praxi (≥ 5 let). Odpovídající data ošetrovatelského personálu v domově s pečovatelskou službou nejsou dostupné.



Vzorec 1

Relativní četnost všeobecných sester (VS) ($n = 80$) a praktických sester (PS) ($n = 104$) pracujících ve zdravotnickém zařízení nebo geriatrická klinika. A, $P < 0.001$.

V celé skupině ošetrovatelského personálu ($n = 252$), 33% projevilo kladný přístup, výsledek standardizovaného skóre a mediánu byl roven nebo vyšší než hraniční hodnota pro kladný postoj k celkovému skóre stupnice (Tabulka 2). VS měly významně lepší výsledky ve všech dimenzích, stejně tak i v celkovém výsledku stupnice ve srovnání s PS (Tabulka 2).



Vzorec 2

Relativní četnost Všeobecných sester (VS) ($n = 80$) a praktické sestry zdravotnické a geriatrické péče ($n = 104$) a praktické sestry v domovech s pečovatelskou službou ($n = 64$) s kladným postojem v různých dimenzích a celkový výsledek SANN-G škály.

Bod zlomu ke kladnému postoj: Standart ≥ 20 bodů, Zvyky, Hodnocení ≥ 16 bodů, Intervence ≥ 12 , Individualizace ≥ 8 bodů, Celkové hodnocení ≥ 72 bodů.

Ve skupině PS se hodnoty mediánu rovnají nebo jsou si rovny bodu zlomu, který ukazuje kladný postoj. Zjištěno to bylo z dimenzí „Zvyky“ a „Intervence“ (Tabulka 2). PS pracující ve zdravotnickém zařízení vykazovaly výrazně kladný postoj k „Standardu“ v porovnání s PS pracujícími v domě s pečovatelskou službou ($p = 0.04$). PS pracující ve zdravotnickém zařízení a geriatrických klinikách udržují víc kladný postoj vůči dimenzi „Intervence“ než PS pracující v domech s pečovatelskou službou. Staticky nejsou významně rozdíly v postoji mezi PS pracujícími ve zdravotnickém zařízení a geriatrických klinikách (Tabulka 3).

Tabulka 3. Postoj praktických (PS) pracujících ve zdravotnickém, geriatrickém anebo v domě s pečovatelskou službou

Dimenze (min-max skóre)	Bod zlomu ke kladnému postoji	Zdravotnické zařízení ($n = 39$)	Geriatrické oddělení ($n = 65$)	Domovy s pečovatelskou službou ($n = 64$)	<i>P</i> -hodnota*
Standard (5-25)	20	17.0 (14.0, 19.0)†	16.0 (12.0, 19.0)	14.0 (11.0, 18.0)	0.04
Zvyky (4-20)	16	15.0 (13.0, 17.0)	15.0 (13.0, 18.0)	16.0 (14.0, 18.0)	0.30
Hodnocení (4-20)	16	13.0 (11.0, 16.0)	13.0 (11.0, 15.0)	12.0 (9.0, 15.0)	0.24
Intervence (9-15)	12	13.0 (11.0, 14.0)*	13.0 (11.0, 14.0)‡	10.0 (8.0, 12.0)	<0.001
Individualizace (2-10)	8	6.0 (5.0, 8.0)	7.0 (5.0, 9.0)	7.5 (5.0, 9.0)	0.25
Celkové hodnocení (25-90)	72	65.0 (59.0, 70.0)	65.0 (55.5, 71.0)	59.5 (53, 67.8)	0.07

Postoje jsou popsány jako hodnoty mediánu (Q1, Q3). Vyšší skóre znamená kladné postoje.

*Kruskal-Wallisův test

† $p < 0.001$ Mann-Whitneyův *U*-test s Bonferroniho korekcí porovnávající rozdíly mezi PS pracujícími ve zdravotnickém zařízení a v domově s pečovatelskou službou.

‡ $p < 0.05$ Mann-Whitneyův *U*-test s Bonferroniho korekcí porovnávající rozdíly mezi PS pracujícími ve zdravotnickém zařízení a domově s pečovatelskou službou.

$\$p < 0.001$ Mann-Whitneyův *U*-test s Bonferroniho korekcí porovnávající rozdíly mezi PS pracující na geriatrickém oddělení a domově s pečovatelskou službou

Dimenze „Intervence“ dosáhla nejvyšší relativní četnosti a to 71% z celého ošetrovatelského personálu. Dimenze s nejnižší relativní četností kladného postoje byl „Standard“ s 27% z celého ošetrovatelského personálu. U VS a PS pracujících v nemocniční a geriatrické klinice byla nejvyšší relativní četnost kladného postoje u dimenze „Intervence“ s 91%, respektive 72%. U PS pracujících v domovech s pečovatelskou službou byla dimenze „Zvyky“ s nejvyšší relativní četností kladného postoje a to s 59% (Tabulka 2).

DISKUZE

Při pohledu na celkový výsledek SANN-G škály odrážející postoj ošetrovatelského personálu vůči výživě v ošetrovatelství je jenom ve skupině VS zobrazeno více než 50% kladný postoj (≥ 72 bodů). Relativní četnost kladného postoje u PS dle celkového skóre stupnice je kolem 20% bez ohledu na místo výkonu práce. Jedno možné vysvětlení pro toto může to, že VS se naučí více o principu výživě a postupu během vzdělávání než PS. Důležitost znalosti a vzdělávání je zdůrazňován ostatními v souvislosti s překonáním překážek nutriční péče (Kowanko *et al.* 1999, Crogan & Shultz 2000), pracovní spokojeností a podpora pozitivních postojů k práci se staršími pacienty (Wade 1999, Häggström *et al.* 2004).

V pokynech Evropské společnosti pro klinickou výživu a metabolismu je zdůrazněn význam screeningových protokolů a zavedených postupů pro identifikaci osob, kteří potřebují péči ve výživě v nemocnici a zdravotnických organizací (Kondrup *et al.* 2003). Screening jako první krok v péči o výživu by identifikoval osoby, které by potřebovaly pozornost v oblasti výživě. Naše studie ukazuje, že 35% z celého ošetrovatelského personálu mělo kladný postoj v dimenzi „Posouzení“. Nízký počet ošetrovatelského personálu ukazující kladný postoj v této dimenzi může být jeden z možných vysvětlení pro zjištění, že velmi málo rizikových pacientů mají nutriční plán během plánování potřeb nemocných (Kondrup & Johansen 2002, Rasmussen *et al.* 2004). Dalším ztěžujícím faktorem pro ošetrovatelský personál při provádění ošetrovatelské péče je poměr personál-ku-pacientovi během podávání stravy. Bylo prokázáno, že více než 80% PS pracujících v domovech s pečovatelskou službou si myslelo, že časový úsek ke splnění nezbytných úkonů se staršími pacienty byl příliš krátký (Crogan & Shultz 2000). Toto může být platné i pro naše účastníky, když si vezmeme v úvahu úspory v posledních letech a stále více upravovaná zdravotní služba a lékařská péče v naší zemi. Předmět bude muset být nadále studován, protože žádná data nesouvisí s počtem zaměstnanců v této studii shromážděna. Zjistilo se, že nízký počet zaměstnanců souvisí s malnutricí v domovech se pečovatelskou službou (Woo 2005) a uspokojení pacientů s ošetrovatelskou péčí, nežádoucí příhody a mortalita (Blegen *et al.* 1998, Whitman *et al.* 2002, Bolton *et al.* 2003, Sasichay-Akkadechanunt *et al.* 2003).

Bylo zjištěno, že individualizované ošetrovatelské intervence zvyšují spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí (Suhonen *et al.* 2005). Aktivní zapojení pacienta do jeho vlastní nutriční péče může mít pozitivní dopad na konzumovanou stravu a přijatou energii jak bylo ukázáno ve studii od Pedersen (2005), kde pacientovi kombinace informací a systematické každodenní hodnocení dietních potřeb a příjmu přineslo kladný výsledek.

Jak bylo uvedeno výše, starší pacient s rizikem podvýživy bude mít prospěch z individuální nutriční terapie. Dimenze „Individualizace“ se zabývá problémy v rámci individualizace porcí. Téměř 50% ošetrovatelského personálu projevilo v této dimenzi pozitivní postoj. Jestliže není dostatek času k provedení individualizované ošetrovatelské péče a více se projevuje rutinní práce s menší individualizací, může se to projevit jako následek, což může být škodlivé pro geriatrického pacienta, protože studie ukazují, že malnutrice u geriatrických pacientů v nemocniční péči je stále významným problémem (Kondrup *et al.* 2003, Kyle *et al.* 2004). Naše poznatky méně pozitivního postoje v dimenzi „Norma“ naznačuje to, že ošetrovatelský personál měl postoj ve prospěch stylu rutinní péče a organizace času a místnosti stravování bez zapojení pacienta/klienta; personál jsou ti, kteří „ví nejlépe“ jak zorganizovat a podat stravu. Toto bylo zjištěno u Sidenvall *et al.* (1994, 1996). Normy mohou vyjadřovat i hodnoty zaměstnanců, tak i hodnoty společnosti. Pracující se staršími pacienty a být starý, obojí má nízké postavení v dnešní společnosti, která přirozeně mohla být odražena v postoji některých účastníků v naší studii. Studie ukazuje, že studenti oboru Ošetrovatelství mají omezené zkušenosti v péči o starší pacienty a ti, kteří jsou mladí (>25 let) mají méně kladný postoj a ti studenti, kteří měli kladný postoj vykazovali větší toleranci při práci s geriatrickými pacienty a zároveň byli více spokojeni se svojí prací (Söderhamn *et al.* 2001, McKinlay & Cowan 2003).

Dimenze „Intervence“ se vypořádá s nutriční problematikou a jak ji napravit a „Zvyky“ se vypořádají se sníženou potřebou jídla jsou dimenze s nejvyšší relativní četností pozitivního postoje. Tyto dimenze odrazují mediální debatu v posledních letech ohledně podvyživených starších pacientů v nemocnicích a domovech s pečovatelskou službou a tato debata jistě přispěla ke zvýšení povědomí o těchto otázkách, které se odráží pozitivním postojem v těchto dimenzích.

Starší pacient/klient spoléhá na znalosti personálu tak, jako na ochotu a úmysl provedení či neprovedení činnosti. Dle Ajzen and Fishbein's (1980) teorie důvěryhodného jednání má jedinec zvážit osobní citění (postoj) proti tlaku vrstevníků (subjektivní norma) během rozhodování v dané situaci. Pro schopnost zvýšení kvality výživy pacientů je důležité, aby okolo pacienta společně spolupracoval ošetrovatelský tým VS (jsou odpovědné za ošetrovatelský výživový plán včetně nutriční péče) a PS (jsou odpovědné za implementaci výživy v ošetrovatelství a často i za zhodnocení), zvláště v domovech s pečovatelskou službou, kde jsou VS méně dostupné a PS nesou vyšší odpovědnost za základní ošetrovatelskou péči pacientů. Krátkodobě hospitalizovaní a pacienti, kteří jsou více závislí na péči v našich domovech s pečovatelskou službou, přispívají ke zvýšenému tlaku na personál, aby v co nejkratší době a někdy i s omezenými zdroji vytvořili výživový ošetrovatelský plán péče včetně opatření, které je třeba přijmout, aby se zabránilo rozvoji podvýživy nebo zhoršení stavu pacienta v brzké době anebo zhoršení stavu pacienta, který je již podvyživený. Dobře fungující komunikace mezi rozdílným nastavením péče může přispět ke kontinuitě individuální ošetrovatelské péče o pacienta a snížit riziko vzniku podvýživy nebo jeho neobjevení.

OMEZENÍ STUDIE

Řada faktorů může zasahovat v procesu sbírání dat a způsobit náhodné chyby. Například faktor jako je časová tíseň a přítomnost jiných lidí nebo přerušení během zodpovídání dotazníku. Vysoká míra odezvy a fakt, že žádný významný rozdíl mezi VS a PS v míře odezvy a nízkou interní mírou předčasného ukončení v kombinaci s podobnými výsledky ve výskytu kladného postoje v porovnání s předešlými studii užitím originálním SANN škálou, posiluje vnější platnost výsledků.

ZÁVĚR

Problematika výživy obsahuje důležité a časově náročnou odpovědnost vůči starším lidem; naše studie ukazuje, že ošetrovatelský personál nevykazuje jasný postoj ohledně těchto odpovědností. Následky geriatrických pacientů musí být dále prostudované. Možnost vysvětlení těchto výsledků může být nedostatečný poměr pacient:personál nebo nedostačující úroveň znalostí nebo dokonce absence rutin týkajících se těchto otázek.

PODĚKOVÁNÍ

Poděkování za finanční podporu pro tuto studii bylo přijato od Medical Research Council of Southeast Sweden no. F2004-507. Děkujeme PhD. Mats Gullbergovi za statistickou recenzi.

Autor:

Margareta Bachrach-Lindstrom PhD, RN

Sara Jensen RN

Rickard Lundin RN

Lennart Christensson PhD, RN

Literatura:

Ajzen I & Fishbein M (1980) Understanding Attitudes and Predicting Social Behaviour. Prentice hall, New Jersey.

Akner G & Cederholm T (2001) Treatment of protein-energy mal- nutrition in chronic non-malignant disorders. The American Journal of Clinical Nutrition 74, 6–24.

Bansal C, Scott R, Stewart D & Cockerell CJ (2005) Decubitus ul- cers: a review of the literature. International Journal of Derma- tology 44, 805–810.

Barnes KE (1990) An examination of nurses' feelings about patients with specific feeding needs. Journal of Advanced Nursing 15, 703–711. Beck A-M, Nilsson Balkna" s U, Camilo ME, Fu" rst P, Gentile MG,

Hasunen K, Jones L, Jonkers-Schuitema C, Keller U, Melchior J-C, Egberg Mikkelsen B, Pavcic M, Schauder P, Sivonen L, Zinck O, Øien H & Ovesen L (2002) Practices in relation to nutritional care and support – report from the Council of Europe. Clinical Nutri- tion 21, 351–354.

Blegen MA, Goode CJ & Reed L (1998) Nurse staffing and patient outcomes. Nursing research 47, 43–50.

Bolton LB, Aydin CE, Donaldson N, Storer brown D, Nelson MS & Harms D (2003) Nurse staffing and patient perceptions of nursing care. The Journal of Nursing Administration 33, 607–614.

Chen C, Schilling L & Lyder C (2001) A concept analysis of mal-nutrition in the elderly. *Journal of Advanced Nursing* 36, 131–142. Chen C, Chang C-K, Chyun D & McCorkle R (2005) Dynamics of nutritional health in a community sample of American elders. A multidimensional approach using Roy adaptation model. *Advances*

in *Nursing Sciences* 4, 376–389.

Christensson L, Unosson M & Ek A-C (1999) Malnutrition in elderly

people newly admitted to a community resident home. *Journal of*

Nutrition Health & Aging 3, 133–139.

Christensson L, Ek A-C & Unosson M (2001) Individually adjusted

meals for older people with protein-energy malnutrition: a single

case study. *Journal of Clinical Nursing* 10, 491–502. Christensson L, Unosson M, Bachrach-Lindström M & Ek A-C (2003) Attitudes of nursing staff towards nutritional nursing care.

Scandinavian Journal Caring Science 17, 223–231.

Council of Europe (2002) Food and nutritional care in hospitals: How to prevent undernutrition. 2 rev. Public Health Committee, Committee of experts on nutrition, food safety and consumer

health, 6th meeting, February.

Courtney M, Tong S & Walsh A (2000) Acute-care nurses' attitudes

towards older patients: a literature review. *International Journal of Nursing Practice* 6, 62–69.

Crogan NL & Shultz JA (2000) Nursing assistants' perceptions of barriers to nutrition care for residents in long-term care facilities. *Journal for Nurses in Staff Development* 16, 216–221.

ESS (1991) Expert Group for Coordination of Hospital Food. In *Food Hospital* (In Swedish). Swedish National Food Administration, Libris, Uppsala, Sweden.

Ha'ggström E, Skovdahl K, Fläckman B, Kihlgren AL & Kihlgren M (2004) Work satisfaction and dissatisfaction – caregivers' experiences after a two-year intervention in a newly opened nursing home. *Journal of Clinical Nursing* 14, 9–19.

Irving-Faxe'n G, Olsson-Andre'n B, af Geijerstam A, Basun H & Cederholm T (2002) The effect of nutritional intervention in elderly subjects residing in group-living for the demented. *European Journal of Clinical Nutrition* 56, 221–227.

Kondrup J & Johansen N (2002) Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals. *Clinical Nutrition* 21, 461–468.

Kondrup J, Allison P, Elia M, Vellas B & Plauth M (2002) ESPEN Guidelines for nutritional screening 2002. *Clinical Nutrition* 22, 415–421.

Kowanko I, Simon S & Wood J (1999) Nutritional care of the patient: nurses' knowledge and attitudes in an acute care setting. *Journal of Clinical Nursing* 8, 217–224.

Kyle U, Pirlich M, Schuetz T, Lochs H & Pichard C (2004) Is nutritional depletion by nutritional risk index associated with increased length of hospital stay? A population-based study. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition* 28, 99–104.

Kyle U, Pirlich M, Lochs H, Schuetz T & Pichard C (2005) Increased length of hospital stay in underweight and overweight patients at hospital admission: a controlled population study. *Clinical Nursing* 24, 133–142.

McKinlay A & Cowan S (2003) Student nurses' attitudes towards working with older patients. *Journal of Advanced Nursing* 43, 298–309.

McLafferty E (2005) A comparison of nurse teachers' and student nurses' attitudes toward hospitalised older adults. *Nurse Education Today* 25, 472–479.

McLafferty I & Morrison F (2004) Attitudes towards hospitalized older adults. *Journal of Advanced Nursing* 47, 446–453.

Milne AC, Potter J & Avenell A (2005) Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 1. Art. No.: CD003288. pub2. DOI: 10.1002/14651858.CD003288. pub2.

Northern nurses' federation (NNF) (2003) *Ethical Guidelines for Nursing Research in the Nordic Countries*, 4th edn. Allservice AS, Oslo, Norway.

Pedersen PU (2005) Nutritional care: the effectiveness of actively involving older patients. *Journal of Clinical Nursing* 14, 247–255.

Perry L (1997) Fishing for understanding: nurses knowledge and attitudes in relation to nutritional care. *International Journal of Nursing Studies* 34, 395–404.

Pirlich M, Schütz T, Kemps M & Luhman N (2003) Prevalence of malnutrition in hospitalized medical patients: impact of underlying disease. *Digestive Diseases* 21, 245–251.

Pirlich M, Schütz T, Kemps M, Luhman N, Minko N, Lübke HJ, Rossmagel K, Willich SN & Lochs H (2005) Social risk factors for hospital malnutrition. *Nutrition* 21, 295–300.

© 2007 The Authors. Journal compilation © 2007 Blackwell Publishing Ltd 2013

M. Bachrach-Lindström et al.

Rasmussen HH, Kondrup J, Staun M, Ladefoged K, Kristensen H & Wengler A (2004) Prevalence of patients at nutritional risk in Danish hospitals. *Clinical Nutrition* 23, 1009–1015.

Sasichay-Akkadechanunt T, Scalzi CC & Jawad AF (2003) The relationship between nurse staffing and patient outcome. *Journal of Nursing Administration* 33, 478–485.

Sidenvall B, Fjellström C & Ek A-C (1994) The meal situation in geriatric care – intentions and experiences. *Journal of Advanced Nursing* 20, 613–621.

Sidenvall B, Fjellström C & Ek A-C (1996) Ritualized practices among caregivers at meals in geriatric care. *Scandinavian Journal of Caring Science* 10, 53–61.

Soöderhamn O, Lindencrona C & Gustavsson S-M (2001) Attitudes toward older people among nursing students and registered nurses in Sweden. *Nurse Education Today* 21, 225–229.

Suhonen R, Vañ limañ ki M & Leino-Kilpi H (2005) Individualized care, quality of life and satisfaction with nursing care. *Journal of Advanced Nursing* 50, 283–292.

Visvanathan R (2003) Under-nutrition in older people, a serious and growing global problem. *Journal of postgraduate medicine* 49, 352–360.

Wade RGN (1999) Promoting quality of care for older people: developing positive attitudes to working with older people. *Journal of Nursing Management* 7, 339–347.

Whitman GR, Yookyung K, Lynda J & Wang S-L (2002) The impact of staffing on patient outcomes across specialty units. *Journal of Nursing Administration* 32, 633–639.

Woo J (2005) Low staffing level is associated with malnutrition in long-term residential care homes. *European Journal of Clinical Nutrition* 59, 474–479.

Zdroj: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2006.01868.x>