



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Nutriční prevence a léčba dekubitů u seniorů

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

SPECIALIZACE VE ZDRAVOTNICTVÍ

Autor: Bc. Klára Děkanová

Vedoucí práce: MUDr. Jitka Pokorná

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Nutriční prevence a léčba dekubitů u seniorů“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 4. 5. 2018

.....

Poděkování

Ráda bych poděkovala především vedoucí své práce MUDr. Jitce Pokorné za odborné vedení mé práce. Také bych chtěla poděkovat nutričním terapeutkám Lence Koritarové a Dianě Jerkovičové za pomoc při sběru dat a klientům Domova pro seniory Máj České Budějovice, příspěvková organizace za účast ve výzkumu. V neposlední řadě bych také ráda poděkovala mé rodině za podporu při studiu a psaní této práce.

Nutriční prevence a léčba dekubitů u seniorů

Abstrakt

Bakalářská práce nazvaná Nutriční prevence a léčba dekubitů u seniorů se zabývá stavem výživy klientů v Domově pro seniory Máj České Budějovice a následnou nutriční intervencí u rizikových klientů.

Dekubity jsou onemocnění, které značně ovlivňuje jak nemocného klienta a ošetřující personál, tak ekonomickou stránku zdravotnického a sociálního zařízení. V minulosti představovaly dekubity velice závažné onemocnění, protože nebyly dostatečné vědomosti o původu jejich vzniku ani o možnostech jejich prevence a adekvátní léčbě. Lékaři byli přesvědčeni, že dekubitus vzniká spontánně a je známkou neodvratné smrti. Od konce 19. století se dekubitům věnovala větší pozornost a tak vznikla průmyslová výroba obvazů napuštěných fenolem k zlepšení hojení dekubitů, začalo se také využívat pasivní aktivizace pacienta a chirurgické léčení ran. V současné době je na trhu mnoho firem, které vyrábějí široké spektrum produktů a pomůcek ke snížení rizika vzniku dekubitů či jejich efektivní léčbě. Využívá se například pasivní a aktivní antidekubitní matrace, prostředky pro udržení vlhkého prostředí v ráně a v neposlední řadě přípravky enterální a parenterální výživy, které pomáhají lepšímu hojení ran.

Cílem práce bylo zmapovat, zda jsou v Domově pro seniory Máj České Budějovice klienti s rizikem vzniku dekubitů a poté zpracovat, jak probíhá u těchto klientů nutriční intervence.

Teoretická část práce shrnula dosavadní poznatky v oblasti prevence a léčby dekubitů. Nejprve byl charakterizován pojem dekubitus, poté popsáno rozdělení jednotlivých stupňů a hodnotících škál používaných pro hodnocení rizika či již vzniklých defektů. Dále jsou zde uvedeny faktory ovlivňující vznik dekubitů, možnosti prevence a nutriční prevence a léčba dekubitů. Jedna kapitola práce byla věnována projektu NutritionDay, který byl využit při sběru dat pro praktickou část výzkumu.

K vypracování praktické části byla použita kombinace metod kvantitativního a kvalitativního výzkumu. V první fázi výzkumu byl proveden screening v rámci NutritionDay v Domově pro seniory Máj České Budějovice. Z šetření vyplynulo, kolik klientů je rizikových z hlediska malnutrice, kolik jich již je malnutričních a u kolika z nich se vyskytují dekubity. Ve druhé fázi bylo pracováno již pouze s klienty, u kterých se vyskytovaly dekubity. Pro každého z klientů s dekubity byl vypočítán adekvátní denní příjem energie a základních živin. Poté byla nastavena nutriční podpora a byl zaznamenán jejich jídelníček, který byl vyhodnocen v programu Nutriservis Profesional a na základě toho bylo posouzeno, zda splňuje doporučené výživové hodnoty.

Výsledky bakalářské práce mohou využít ostatní nutriční terapeuti pro potřeby výuky či k dalšímu výzkumu.

Klíčová slova

dekubity; senior; hodnotící škály; prevence; nutriční den

Nutrition prevention and treatment of decubitus on seniors

Abstract

This bachelor thesis called Nutrition prevention and treatment of decubitus on seniors is about condition of client's diet in Máj České Budějovice Seniors' House and following nutrition intervention on critical clients.

Decubitus is a disease, which greatly affects not only sick client or care staff, but also the economic aspect of the medical and social facilities. Because there was no knowledge about, how decubitus originate, the prevention nor treatment in the past, it was considered as very serious illness. Doctors were convinced, that decubitus origins spontaneously and it's a sign of inevitable death. Since the end of the 19th century, more attention has been paid to decubitus, and thus industrial production of phenol-impregnated bandages has been developed to improve the healing of decubitus, together with passive patient activation and surgical wound healing. There are currently many companies on the market that produce a wide range of products and tools to reduce the risk of decubitus or their effective treatment. For example, passive and active anti-decubital mattresses are used for keeping the wet environment in the wound and, last but not least, enteral and parenteral nutritional preparations to help wound healing.

The goal of this thesis was to find out whether there are clients with a risk of developing decubitus in the Máj České Budejovice Seniors' House and then to process the nutritional intervention of these clients.

The theoretical part of the work summarizes the previous knowledge in the field of prevention and treatment of decubitus. As first, the term "decubitus" has been characterized, and the distribution of the individual steps and assessment scales used for the risk assessment or the defects already occurred has been described. There are also mentioned factors influencing the occurrence of decubitus, prevention

and nutrition prevention and treatment of decubitus. One chapter of the work was devoted to the NutritionDay project, which was used to collect data for the practical part of the research. A combination of quantitative and qualitative research methods was used to develop the practical part. In the first phase of the research, screening was carried out within the NutritionDay project in the Máj České Budějovice Seniors' Home. The screening revealed how many clients are at risk of malnutrition, how many of them are already malnourished and how many of them are experiencing decubitus. In the second phase, the work has been done only with clients experiencing decubitus. For each of the clients with decubitus, an adequate daily intake of energy and essential nutrients was calculated. Nutritional support was then set and their diet evaluated in the Nutriservis Profesional program to determine whether it meets the recommended nutritional values.

The results of this bachelor thesis can be used by other nutritional therapists for the purposes of teaching or further research.

Key words

Decubitus; Senior; Evaluation scales; Prevention; Nutritional day

Obsah

Obsah	8
1. Současný stav	11
1.1. Dekubity	11
1.2. Historie dekubitů	12
1.3. Klasifikace dekubitů	13
1.4. Faktory ovlivňující vznik dekubitů	14
1.4.1. Zevní faktory	14
1.4.2. Vnitřní faktory	15
1.5. Prevence vzniku dekubitů	15
1.6. Hodnocení rizika vzniku dekubitů	16
1.7. Léčba dekubitů	17
1.8. Výživa u dekubitů	18
1.8.1. Hodnocení stavu výživy	18
1.8.2. Výživa seniorů s dekubity	20
1.8.3. Rizikové faktory výživy seniorů	21
1.8.4. Den výživy	22
2. Cíle práce a výzkumné otázky	23
2.1. Cíle práce	23
2.2. Výzkumné otázky	23
3. Metodika výzkumu	24
3.1. Metodický postup	24
3.2. Charakteristika výzkumného souboru	25
4. Výsledky	27
4.1. Výsledky kvantitativní části výzkumu	27
4.2. Výsledky kvalitativního výzkumu	29
4.2.1. Klient č. 1	30
4.2.2. Klientka č. 2	32
4.2.3. Klientka č. 3	34

4.2.4. Klientka č. 4.....	36
5. Diskuze	39
6. Závěr.....	43
Seznam grafů:	52
Seznam příloh:	52
Seznam použitých zkratk	58

Úvod

Dekubity jsou závažnou zdravotní komplikací. Vedou k nepohodlí pacienta, prodloužení jeho hospitalizace, navýšení nákladů za hospitalizaci a v některých případech k úmrtí pacienta. Odhaduje se, že v České republice jimi trpí 2 – 4 % akutně hospitalizovaných, u nemocných v dlouhodobé péči se proleženiny objevují dokonce až u 10 – 20 % případů. U rizikových osob se může dekubitus vytvořit již v průběhu několika hodin (Ondriová, Fertaľová, 2013).

Senioři jsou nejvíce ohroženi jejich vznikem, protože je u nich často nedostatečný nebo neplnohodnotný příjem stravy. To má za následek úbytek tukové a svalové vrstvy, které jsou schopny zmírnit působení tlaku. S vzrůstajícím věkem v těle klesá množství svalové hmoty proti časně dospělosti ze 30 na 17 %, také ubývá podkožní tuk a naopak se zvyšuje množství viscerálního tuku. Orgánový tuk stoupá ze 14 na 30% oproti dospělosti. Obsah vody se v těle snižuje až na polovinu oproti dětství. U starších lidí také dochází k poklesu množství podkožních cév, což může mít za následek ischemii tkáně. Tyto změny snižují schopnost těla adaptovat se na rizikové faktory vzniku dekubitů (především tlak). (Lišková, 2005)

Evropský poradní sbor pro otázky proleženin uvádí, že nedostatečná výživa může vést ke zvýšenému riziku vzniku proleženin. Proto je důležitým prvkem léčby dekubitů správně stanovená diagnóza, která může od sebe jednoduše oddělit onemocnění, na kterých se nepodílí imunita a ty, které jsou jí ovlivněné.

Téma "Nutriční prevence a léčba dekubitů u seniorů" bylo zvoleno z důvodu aktuálnosti tohoto problému a možnosti poukázat na zvýšené riziko výskytu nedostatečné výživy a následně vzniku proleženin u seniorů.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda jsou v Domově pro seniory Máj České Budějovice klienti s rizikem vzniku dekubitů. Dalším cílem bylo zhodnotit, jak probíhá u těchto klientů nutriční intervence.

1. Současný stav

1.1. Dekubity

U dlouhodobě ležících pacientů často dochází k tlakovému zatížení kůže a tkání a jejich následnému poškození. Toto poškození nazýváme proleženiny nebo také dekubity. Slovo dekubitus pramení z latinského „decumbare“, to můžeme přeložit jako „lehnout si“ nebo „ležet nemocen“. (Veisová, 2009)

Jak uvádí Riebrová: *„Dekubity jsou rány vyvolané tlakem, tedy tlakové rány a vředy. Rozsah odúmrtí tkáně je určován současným vzájemným působením tlaku, dobou působení tlaku, celkovým stavem postiženého a vlivy zevního prostředí.“* (Citace z: Rieberová, V., 2000, *Dekubity: prevence, konzervativní a chirurgická terapie*. str. 13)

Dekubity vznikají nejčastěji v oblastech s malou vrstvou tukové či svalové tkáně. Tyto místa možného vzniku označujeme jako predilekční. Ke vzniku proleženin dochází při stlačení nebo uzavření cév a následně k nedostatečné výživě a okysličení tohoto místa. Nejlépe snáší tlak vrchní vrstva kůže, naopak nejméně odolnou vrstvou je tuk a svalstvo. Z tohoto důvodu většinou dochází k šíření dekubitu z hloubky na povrch, což může mít za následek pozdní diagnostiku. Rozsah onemocnění závisí na celkovém stavu klienta, délce působení tlaku a jeho intenzitě. Proto je velice důležité správné polohování klienta a zabezpečení dostatečného příjmu potravy.

Evropská společnost pro léčbu dekubitů (EPUAP) vyhlásila Světový den STOP dekubitům. Tento den je stanoven vždy na třetí čtvrtek v měsíci listopadu a má zviditelnit závažnost proleženin nejen v oblasti zdravotnictví. V letošním roce tento den vychází na 14. listopad.

1.2. Historie dekubitů

V historii byli lékaři přesvědčení, že dekubity vznikají samovolně a jsou známkou nevyhnutelné smrti. První průlom v hojení proleženin přinesl Joseph Lister, anglický chirurg, který přišel s teorií, že za hnisání rány mohou choroboplodné zárodky. Pro zamezení infekce začal využívat obvazy napuštěné fenolem. Tato léčba byla velice náročná, jak uvádí Lang: *„Za stálého karbolového deště se každá rána, každý vřed obváže deseti vrstvami nového materiálu. Přímou na ránu se přiloží hedvábná látka, většinou napuštěná dextrinem, která chrání ránu před kontaktem s antiseptickými látkami a pod kterou se současně vytváří nová jemná kůže. Přes tuto hedvábnou látku, která jest rovněž ztropena roztokem kyseliny karbolové, se položí vrstva Listerovy antiseptické gázy (jemný mul napuštěný kyselinou karbolovou, pryskyřicí a parafínem). Následně se přiloží šest vrstev suché antiseptické gázy, jež daleko přes okraje hedvábné látky přesahují a jež k příjmu a desinfekci sekretu určeny jsou. Posléze se přiloží impermeabilní vrstva podle Mackintoshe, jež jest rovněž pokropena zředěnou kyselinou karbolovou. Konečně poté se přiloží ještě jedna vrstva suché gázy a to celé se dobře upevní náplastmi a obinadly, aby to zůstalo na svém místě a neposouvalo se. Na vhodných místech možno místo antiseptické gázy přiložit pastu z rozetřené křídly a karbolového oleje (1 díl kyseliny karbolové, 4 díly horkého lněného oleje) a tato pasta se překryje staniolem. Tyto obvazy se vyměňují tak často, jakmile se zdají být prosáknuty a každá výměna se děje opět za deště kyseliny karbolové.“* (Citace z: LANG,F., 2004, Dekubitus – zdánlivě nevyřešený problém, Forum Medical, č. 2, s. 15 – 16)

Od roku 1874 začíná Paul Hartman s průmyslovou výrobou obvazových materiálů podle Listerova popisu. Ve stejné době u nás vychází „Kniha o ošetřování nemocných“ od Florence Nightingelové, která se zajímá naopak o nutnost prevence dekubitů. Upozorňuje na vlhkost lůžek a možnost shrnutí peřin. Na počátku 20. století vznikají i první publikace na našem území (například Vlasák E., Panýrek D.). Tyto příručky však nepřinášejí žádné nové poznatky, pouze kladou větší důraz na polohování nemocného. Po druhé světové válce se začíná využívat pasivní aktivizace klienta. V 60. letech

se začaly vyrábět v USA první polohovací matrace. Od 90. let se jako hlavní příčina vzniku dekubitů neudává pouze tlak, ale také tření a tah. Byly rozpracovány standardizované techniky na měření rizika vzniku proleženin a způsoby jejich hodnocení. Také došlo k rozvoji krycího a obvazového materiálu. K prvnímu šetření dekubitů u nás došlo v roce 1994 ve Fakultní nemocnici v Plzni. (Staňková, 2003)

1.3. Klasifikace dekubitů

Tlakové léze postupují vždy z hlubších vrstev tkáně na povrch a podle toho rozdělujeme dekubity do čtyř nebo pěti stupňů.

V současné době se v České republice nejčastěji vychází z klasifikace EPUAP, která doporučila na kongresu v Tampere v roce 2003 jen čtyřstupňové rozdělení: (Bureš, 2004)

I. stupeň – tlaková léze bez poškození kůže

tento stupeň nazýváme také erytém. Dochází zde k lehkému zarudnutí kůže a mírnému edému. Zarudnutí při zatlačení prstem přechodně vybledne. Tyto změny jsou vratné, pokud však nepřestane vliv tlaku na dané místo, může dojít k trvalým změnám na podkoží.

II. stupeň – tlaková léze s poškozením kůže

v této fázi je kůže postižené oblasti bledá, oteklá a indurovaná. Někdy se objevují puchýře naplněné čirou tekutinou a místy bývá odhalená škára. Po stlačení místa léze nedochází ke kapilárnímu návratu. Ještě zde může dojít k samovolnému zhojení rány, ale vzhledem ke špatnému prokrvení a nekróze to bývá velice zdlouhavé.

III. stupeň – tlaková léze se zničením tkání mezi kostí a pokožkou

u tohoto stupně vznikají puchýře, současně spodina ztmavne, až zčerná, rozvíjí se v místě postižení nekróza. Puchýře následně praskají a defekt zasahuje do hloubky. Sekrece je serózní, později může být, pokud se přidá infekce, purulentní. Proleženina postihuje anatomicky pokožku, škáru a podkožní vazivo.

IV. stupeň - vřed, tlaková léze provázená ostitidou a artritidou

v tomto stádiu se dekubitus rozšiřuje a prohlubuje, postihuje fascie pod podkožím a svalstvo, může sahat až na kost, kterou obnažuje. Ve spodině rány může být přítomen povlak nebo černá krusta. Hloubka rány dekubitu čtvrtého stupně se může lišit podle místa vzniku dekubitu. Například ucho, zátylek a kotník nemají podkožní tkáň, dekubitus proto může být mělký. Spontánní zhojení tohoto stupně dekubitů již není možné a doporučuje se proto chirurgická léčba. (dekubity.eu, 2015)

1.4. Faktory ovlivňující vznik dekubitů

1.4.1. Zevní faktory

Hlavním zevním faktorem je intenzita tlaku a doba jeho působení. Pokud dojde k převýšení kapilárního tlaku nad 32 mm Hg. Tlak mnohdy způsobuje špatně upravené lůžko (shrnuté prostěradlo, nevhodné předměty na lůžku). Vlhké ložní prádlo či oděv může zvyšovat tření pokožky. Dekubity může způsobit i příliš těsná fixace sádry nebo ortézy. (Slaninová, 2012)

1.4.2. Vnitřní faktory

Mezi vnitřní faktory ovlivňující vznik dekubitů řadíme odolnost tkáně proti tlakům, věk, pohlaví, tělesnou hmotnost, hybnost nemocného, inkontinenci, zdravotní stav, hydrataci a stav výživy.

Nejlépe tlaku odolává kůže a vazivo, o něco méně rezistentní jsou svaly a nejhůře tlak snáší tuková tkáň. Z tohoto důvodu je ideální udržovat optimální hmotnost, protože nadváha i podváha zvyšují riziko vzniku dekubitu. U podvyživených pacientů je totiž nedostatečná vrstva tuku, která by mohla chránit svaly před působením tlaku. Naopak u obézních lidí dekubity vznikají hlavně kvůli špatné pohyblivosti a ztíženému polohování pacienta. (Slaninová, 2012)

1.5. Prevence vzniku dekubitů

V problematice proleženin by měla být prevence vždy na prvním místě. Preventivní opatření jsou snazší a levnější než léčba již vzniklého dekubitu. Nejlepší prevencí je zamezení nebo alespoň co největší snížení ovlivnitelných rizikových faktorů. Základem léčby by mělo být vždy správné nastavení komplexní péče o pacienta. Pokud je to možné, tak u rizikových pacientů využívat antidekubitní podložky či matrace. Personál zdravotnických zařízení by se měl dostatečně věnovat polohování a správné hygieně a v neposlední řadě je vždy nutné sledovat i dostatečnou nutriční nemocného. (Slaninová, 2012)

1.6. Hodnocení rizika vzniku dekubitů

Ve světě bylo vytvořeno 17 různých klasifikačních stupnic, které slouží pro hodnocení rizika vzniku dekubitů. Pomocí těchto škál mají zdravotníci možnost zhodnotit náchylnost nemocného ke vzniku dekubitu a v čas zavést preventivní opatření. Využívají se škály například podle Brandenové, Knolla či Walterlowa. V České republice se v současné době nejčastěji využívá stupnice podle Nortonové.

Klasifikační stupnice podle Nortonové byla vytvořena roku 1962. Tato škála hodnotí celkový fyzický stav pacienta, duševní stav, tělesnou aktivitu, schopnost pohyblivosti a přítomnost či nepřítomnost inkontinence. Tyto hlediska jsou hodnoceny jedním až čtyřmi body, podle nichž pak vyhodnotíme předpokládanou úroveň rizika. (Mikula, 2008)

Tab. 1a - Hodnotící systém podle Nortonové

Body	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence
4	dobrý	dobrý	chodící	plná	není
3	zhoršený	apatický	s pomocí	omezená	občasná
2	špatný	zmatený	sedící	velmi omezená	trvalá - moči
1	velmi špatný	bezvědomí	ležící	žádná	moči i stolice

Zdroj: Mikula, 2008, str. 19

Tab. 1b - Hodnotící systém podle Nortonové – vyhodnocení

Hodnocení	Předpokládaná úroveň rizika
17-20	pravděpodobně žádné riziko
15-16	nízké riziko
13-14	střední riziko
10-12	vysoké riziko
5-9	velmi vysoké riziko

Zdroj: Mikula, 2008, str. 19

1.7. Léčba dekubitů

Při léčbě klientů s dekubity je zapotřebí zhodnotit celkový zdravotní stav pacienta. Během vyhodnocení se zaměřujeme na stupeň a lokalizaci proleženiny, psychický stav klienta, počet užívaných léků a vliv stresu. Kontrola stavu dekubitu by měla být minimálně jedenkrát týdně. Jestliže je léčba správně nastavená, tak by mělo dojít během prvních 2 - 4 týdnů ke zlepšení stavu klienta. Naopak pokud dojde ke zhoršení stavu, tak je nutné co nejdříve změnit plán léčby a ránu kontrolovat častěji. (Čok, 2014)

Léčba proleženin se rozlišuje podle stupně dekubitu. U všech stupňů je nejdůležitější zmírnění tlaku na postiženou oblast. U proleženin prvního stupně se rány udržují v čistotě nejčastěji pomocí fyziologického roztoku a snažíme se pokožku uchovávat

v suchu (pocení, inkontinence). Na rány se pro zvláchnění mohou využít masti bez dráždivých účinků, např. Medallind Profesional, Infadolan.

U dekubitů druhého stupně je nutno přiložit vhodně krytí na ránu, pokud je pokožka porušená. Jestliže je rána bez přítomnosti hnisu, tak puchýřek pouze vysušujeme genciálovou violetí nebo brilantovou zelení. Na defektu se tím vytvoří stroupek, který se postupně kruhově zmenšuje až do úplného vymizení. Když se v ráně vyskytuje hnis, tak je nutné strup odstranit a odsávat sekret. K hojení tohoto typu dekubitů je vhodné využít sací schopnosti vlhkého mulu nebo krytí (TenderWet). Dál se léčba zaměřuje na potlačení infekce, posílení granulace a tvorbě nové kůže.

Dekubity třetího a čtvrtého stupně obsahují nekrotickou tkáň, kterou je potřeba před začátkem léčby odstranit. Jestliže nekrózu odstranit nelze, tak se na ní nanáší sterilní vazelína nebo enzymové masti, které pomáhají uvolnění hnisu z hloubky rány a rehydrataci a následné uvolnění odumřelé tkáně. Vzniklou výduť je nutné vyložit mořskými řasami nebo Sorbalgonem, aby se stěny vzájemně nedotýkaly. Následně postupujeme jako u dekubitů druhého stupně (odsáváme sekret a kryjeme). U dlouhodobější léčby je vhodné antiseptické prostředky častěji střídat, jelikož by mohlo dojít k snížení účinnosti, alergickým reakcím nebo dokonce zhoršení stavu rány. Výměna obvazů by měla být minimálně po 4 - 6 hodinách (u zvýšené sekrece hnisu i častěji).

1.8. Výživa u dekubitů

1.8.1. Hodnocení stavu výživy

Nutriční léčba nejen pacientů s dekubity by měla být vždy individuálně nastavená a správně propočítaná nutričním terapeutem, měla by brát v úvahu i další onemocnění a toleranci stravy nemocného.

Malnutrice nebo také podvýživa je stav, kdy příjem živin dostatečně nepokrývá potřeby organismu. Podvýživa často vzniká u ležících pacientů. Odhaduje se, že se vyskytuje až u 30-60% hospitalizovaných pacientů a z toho 30% podvýživy je životu ohrožující. Nejvíce jsou ohroženi staří lidé a malé děti. Podvýživa bývá často způsobena nevhodným denním režimem, fyziologickou neschopností přijímat potravu, psychickými poruchami (úzkost) nebo díky bolesti. Malnutrice má za následek prodloužení doby hospitalizace, stoupá množství komplikací a je provázena zvýšenou úmrtností. (Kozáková, 2011)

Pro zhodnocení stavu výživy se používají screeningové vyšetřovací metody (zhodnocení anamnézy a klinického vyšetření) nebo skórovací systémy. U nás se používají nejčastěji tyto tři Nutricional Risk Screening (NRS), Malnutrition Universal Screening Test (MUST) a Mini Nutritional Assessment (MNA).

U seniorů nejčastěji využíváme MNA dotazník. Úkolem MNA dotazníku je rychlé rozpoznání, zda je klient v riziku podvýživy nebo již podvýživou trpí. Dotazník je tvořen čtyřmi částmi. První se zabývá antropometrickým měřením (váha, výška, obvod lýtky a paže). Druhá část je zaměřena na stravovací návyky. Hodnotí se zde počet jídel během dne, množství přijatých tekutin a využití pomůcek při stravování. V třetí části dochází k celkovému posouzení. V této části řešíme klientovu soběstačnost, psychický stav, pravidelně užívané léky poslední část dotazníku je zacílena na subjektivní zhodnocení zdraví a výživy.

Každá otázka je ohodnocena body. Dotazník má rozmezí 0-29 bodů. Pokud je výsledek vyšší než 24 bodů, je nutriční stav v normě, jestliže se bodové skóre nachází v rozmezí 23,5 - 17 bodů, tak je klient v riziku vzniku malnutrice, a pokud skóre vychází méně než 17 bodů, tak se jedná o malnutrici. (Kozáková, 2011)

Pro zjednodušení screeningu se používá častěji forma MNA-SF (Mini Nutritional Assessment - short form) zkrácená verze, která obsahuje pouze šest otázek a tudíž se snáz aplikuje u většího množství klientů. Tato verze byla využita při výzkumu praktické části a je uvedena v příloze č. 3.

1.8.2. Výživa seniorů s dekubity

Výživa nemocného a dostatek tekutin mají velice významný vliv v prevenci i léčbě dekubitů. Dostatečná výživa udržuje pokožku pružnou a vláchnou, zkracuje dobu léčení již vytvořených defektů a zvyšuje imunitu proti infekci. Proto by léčba nejen pacientů s dekubity měla být vždy individuálně nastavená a správně propočítaná nutričním terapeutem a měla by vždy brát v úvahu i další onemocnění a toleranci stravy nemocného.

Zprv je důležité u klienta propočítat dostatečný energetický příjem. U dospělých s rizikem vzniku dekubitů nebo vznikem malnutrice se doporučuje podávat 30 až 35 kcal/kg hmotnosti nemocného. Na pokrytí pitného režimu se doporučuje podávat přibližně 30-35 ml tekutin na 1 kg hmotnosti klienta.

Dále je potřeba, aby strava obsahovala dostatečné množství kvalitních bílkovin. U nemocných s rizikem dekubitů se doporučuje zvýšit příjem bílkovin na 1,25-1,5 g/ kg váhy pacienta. Toto zvýšení je vhodné pouze u malnutričních pacientů, kteří mají správnou funkci ledvin, a je vhodné to konzultovat s dalšími specialisty. Tuky ve stravě klienta by neměly přesáhnout hranici 1 g na 1 kg hmotnosti klienta. Zbytek energetického příjmu by měl být zajištěn sacharidy. Množství sacharidů ve stravě by mělo být přibližně 45-65%. Sacharidy v potravě tlumí tvorbu ketolátů, snižují katabolismus a spotřebu proteinů. (Nerad, 2004)

Z minerálních látek hlídáme ve stravě hlavně množství zinku, selenu a mědi. Pokud je strava nedostatečná na zinek, tak dochází k zhoršenému hojení ran. Selen v potravě zlepšuje tvorbu kůže a nedostatek mědi způsobuje poruchy imunity. Z vitamínů rozpustných v tucích je nejdůležitější vitamín A. Při jeho deficitu dochází k atrofii epitelů, snížení odolnosti vůči infekcím a zpomaluje se i hojení ran.

Pokud není možné zabezpečit dostatečné množství energie a živin ve stravě přirozenou cestou, je potřeba zvážit nutriční intervenci. Mohou se podávat léky na úpravu

a zlepšení chuti (vitamíny, minerály) nebo využít enterální výživy či parenterální výživy. Často se při léčbě dekubitů využívá Cubitan nebo Cubison, přípravky speciálně připravené pro klienty s dekubity.

1.8.3. Rizikové faktory výživy seniorů

Největší riziko pro vznik malnutrice u seniorů je snížená chuť k jídlu a vymizení pocitu žízně. Snížený příjem potravy může také způsobit deprese klienta, nechutenství, ztráta soběstačnosti či polykací obtíže. Proto při úpravě jídelníčku musíme brát v úvahu možnosti příjmu potravy. Pokud má klient problémy se žvýkáním je vhodné zvolit stravu mletou, kašovitou či tekutou. Jestliže se klientovi obtížně polyká, tak je možné využít přípravky na zahuštění pokrmů (Nutilis, Resource Thicken Up). Klientům se doporučuje vypít alespoň 2 litry tekutin denně (nejlépe vody, čaje nebo ovocných šťáv). Pokud pacient nemá dostatečný příjem tekutin nebo jsou tekutiny zvýšeně vylučovány, může dojít k dehydrataci. Dehydratace je jedním ze zásadních faktorů pro rozvoj dekubitů, protože díky sníženému příjmu tekutin a zvýšenému vylučování dochází ke snížení krevního objemu a tím se snižuje přísun živin a kyslíku do tkání. Proto je podstatné dosáhnout optimální hydratace klienta, a optimální hydratace je docíleno tehdy, když je poměr mezi příjmem a výdejem v rovnováze. Dále se doporučuje do jídelníčku zařadit příjem kaloricky bohatších jídel (například smetana, sýry, jogurty, přesnídávky, med).

Výsledkem nedostatečné výživy je postupná ztráta svalové hmoty a svalová slabost (obvykle spojená s instabilitou a pády), oslabení imunity, zhoršení hojení a zpomalení střevní pasáže, které má za následek zácpu. Nedostatečná výživa má také vliv na vznik a vývoj nemoci (chronické i akutní) a vznik a vývoj komplikací (například právě dekubitů).

1.8.4. Den výživy

NutritionDay nebo také den výživy je činnost, která má za úkol zhodnotit nutriční péči na lůžkových odděleních nemocnic a domovech pro seniory. Tato aktivita byla zavedena v Rakousku v roce 2005 a sídlo organizace je ve Vídni. Od té doby byl NutritionDay rozšířen do dalších 63 zemí (např. Brazílie, Čína, Indie, Thajsko) a podklady jsou připravovány ve 30 různých jazycích, dokonce i v češtině.

Během NutritionDay dochází na všech podílejících se lůžkových zařízeních k vyplnění předem daných materiálů (viz příloha 1-5). V těchto dotaznících se anonymně zaznamenává u každého pacienta jeho onemocnění, stav výživy a schopnost přijímání potravy. Po půl roce dochází na lůžkových odděleních domovů pro seniory k zhodnocení výsledného stavu a kontrole změn nutričního stavu. Získaná data zadávají pověření pracovníci přímo na stránky NutritionDay. V centru jsou všechna data vyhodnocena a pro každé pracoviště je připravena výsledná zpráva. Toto sdělení vždy obsahuje hodnocení daného pracoviště, celého zařízení a dokonce porovnání s ostatními zařízeními na světě. (SKVIMP, 2015)

Pro tento rok vychází NutritionDay na 15. 11. 2018

2. Cíle práce a výzkumné otázky

2.1. Cíle práce

- 1) Zjistit, zda jsou v Domově pro seniory Máj České Budějovice klienti s rizikem vzniku dekubitů.
- 2) Zjistit, jak probíhá u těchto klientů nutriční intervence.

2.2. Výzkumné otázky

- 1) Jaký je stav výživy klientů žijících v Domově pro seniory Máj České Budějovice?
- 2) Jak probíhá u klientů s dekubity nutriční intervence?

3. Metodika výzkumu

3.1. Metodický postup

Empirická část bakalářské byla zpracována kombinací kvantitativní a kvalitativní strategie sběru dat.

Kvantitativní metodou byl proveden výzkum na třech odděleních Domova pro seniory Máj České Budějovice. Tento výzkum byl proveden v rámci NutritionDay 19. listopadu 2015. Screeningový dotazník byl tvořen pěti částmi.

První část dotazníku byla zaměřena obecně na oddělení. Zjišťovalo se zde, kolik klientů je na oddělení, kolik personálu se o klienty stará a možnosti hodnocení výživy.

Druhá část otázek se věnovala klientům obecně. Zaznamenaly se u všech klientů anamnestické údaje (věk, pohlaví, hmotnost), zdravotní stav (výskyt dekubitů, kognitivní stav, množství léků). Tato část obsahuje také otázky o výživě (problémy se žvýkáním a polykáním, typ stravy, umělá výživa). Díky této části jsme byli schopni zjistit, kolik klientů má přímo dekubity.

Třetí okruh byl věnován MNA dotazníku. Zde byly otázky týkající se mobility, neuropsychických obtíží, váhového úbytku v posledních třech měsících. Hodnotilo se také, zda se u klienta v posledních třech měsících snížil příjem stravy z důvodu nechutenství nebo zažívacích problémů. Jedna otázka byla dokonce zaměřena na psychický stres klientů v posledním čtvrtroce a v této části jsme propočítávali BMI klientů. Z této části nám vyplynulo, kolik klientů je v riziku malnutrice a kolik klientů je přímo malnutričních.

Čtvrtá část šetření byla zaměřena na obecné informace o klientovi. V této části dotazníku jsem od klientů zjišťovala, zda mají pravidelné návštěvy, stálost jejich tělesné váhy za posledních pět let a jak se stravovali během posledního týdne.

Poslední část dotazníku byla zaměřena na to, kolik byl klient schopen v den výzkumu sníst a vypít během oběda a zda s jídlem potřebuje pomoci.

Všech pět částí výzkumu bylo u všech klientů zaznamenáno a zadáno do programu NutritionDay, který poté data vyhodnotil.

Na druhou část práce byl využit kvalitativní přístup. Z výzkumu byli vybráni klienti s dekubity a pomocí nutričních terapeutek pro ně byly připraveny vhodné jídelníčky. Tyto jídelníčky jsem zadala do programu Nutriservis Profesional a porovнала výsledky s obecnými doporučenými pro stravování seniorů s dekubity. U klientů s podvýživou jsem stanovila ideál BMI na 24 podle něho dopočítala vhodnou váhu klienta. Podle ideální váhy jsem stanovila příjem energie na 35 kcal/kg klienta, bílkoviny na 1,5 g/kg a tuky na 1g/kg ideální váhy. U klientky č. 2 byl výpočet vytvořen obráceně. Tato klientka má totiž nastavenou diabetickou dietu s nastavením na 300 g sacharidů. Bílkoviny i tuky byly vypočítány jako v předešlém případě a tím jsme získali potřebnou energii. Výsledná energetická potřeba byla 33,5 kcal/kg ideální hmotnosti. Tudíž i v tomto případě jsme se vešli do doporučené normy pro dekubity (30 - 35 kcal/kg).

3.2. Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumným souborem bylo celkem 101 klientů Domova pro seniory Máj České Budějovice, kteří souhlasili s účastí v projektu NutritionDay. Klienti byli ve věkovém rozmezí 59 - 94 let. Průměrný věk klientů byl 84 let. Výzkumný soubor tvořilo celkem 71% žen a 29 % mužů. Aby byla zachována anonymita všech klientů, bylo každému přiřazeno číslo s iniciály a dotazníky byly odevzdávány pod tímto kódem. Všichni klienti podepsali písemný souhlas s účastí na výzkumu a je uložen i s originálními podklady u nutričních terapeutek v Domově pro seniory Máj České Budějovice.

Druhá část výzkumu byla provedena na čtyřech klientech, u kterých se v době projektu objevoval dekubitus, a bylo nutné u nich nastavit nutriční podporu. Tento soubor tvořili 3 ženy a jeden muž. U těchto klientů byly lékařem nastaveny diety č. 3, 4 a 9.

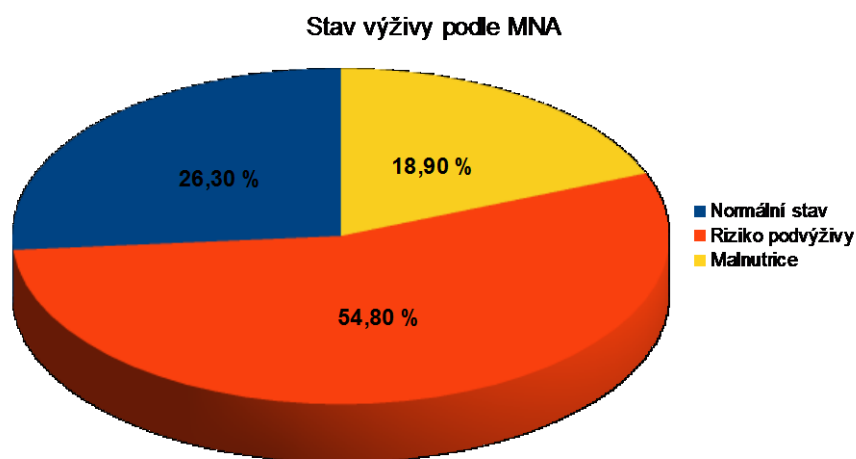
4. Výsledky

4.1. Výsledky kvantitativní části výzkumu

V této části práce jsou uvedeny výsledky získané prostřednictvím NutritionDay. Po sběru všech dotazníků od klientů, kteří byli ochotní se účastnit screeningu v rámci projektu, vyplynulo, že na odděleních bylo v době šetření celkem 101 klientů. Průměrný věk obyvatel domova je 84 let. Výzkumu se účastnilo celkem 71% žen a 29 % mužů.

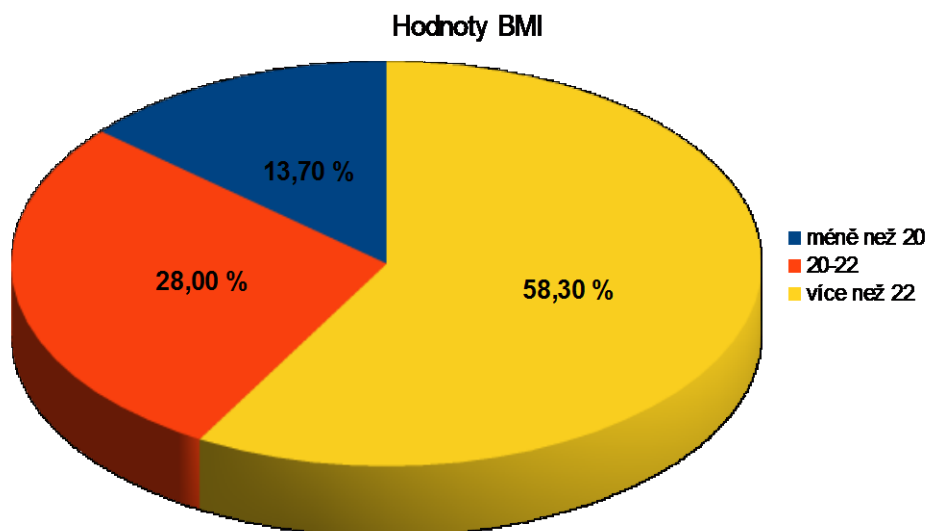
Jak graf č. 1 ukazuje, z MNA dotazníku nám vychází, že u více jak 2/3 klientů je potřebná nutriční intervence. Pouze u 26,3 % klientů nám vychází normální výživový stav. Zajímavé ale je, že podle grafu č. 2 naopak vychází normální hodnota body mass indexu u 58,3% klientů, 28% má BMI hraniční a pouze u 13 % klesá hodnota BMI pod 20.

Graf č. 1: Stav výživy



Zdroj: NutritionDay

Graf č. 2: BMI klientů



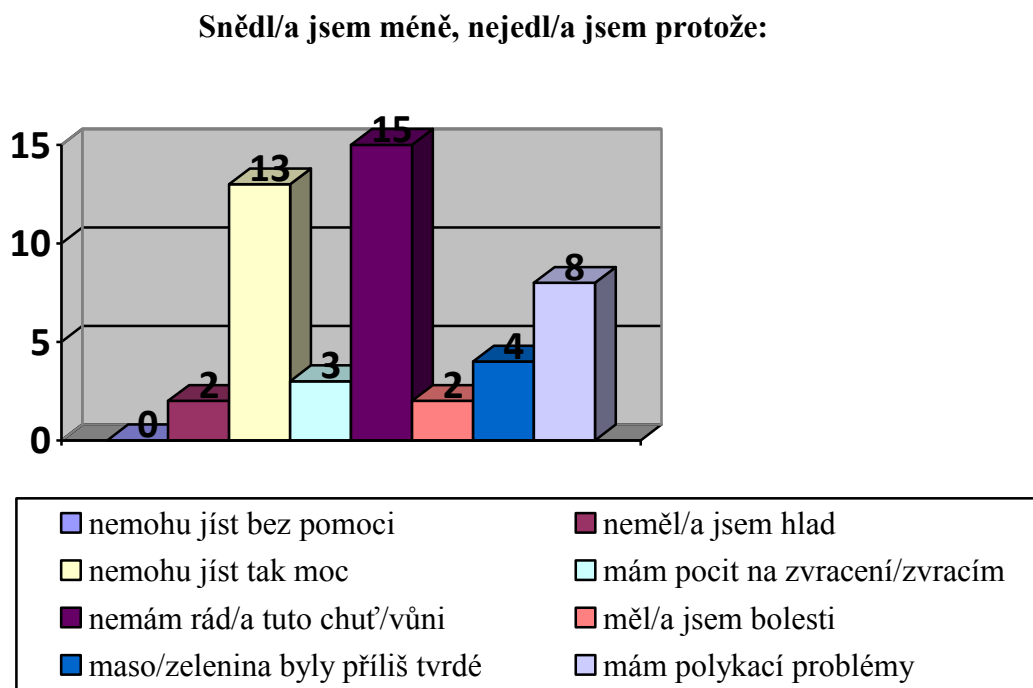
Zdroj: NutritionDay

Dále z výzkumu vyplynulo, že u 33 % klientů došlo za poslední rok k váhovému úbytku a z toho u 9 % klientů o více než 5 kg.

Výzkum také ukazuje, že 3% klientů trpí dehydratací, proto je potřeba se více zaměřit na pitný režim klientů. Celkem 24 % klientů domova udává problémy se žvýkáním a u 17 % klientů je přítomna dysfágie.

Ve zkoumaný den snědlo celkem 62 % klientů celou porci, 32% klientů přijalo polovinu, 5 % klientů zkonsumovalo pouze čtvrtku porce a 2 % klientů nejedlo vůbec. U klientů, kteří celou porci nesnědli, jsme zjišťovali, z jakého důvodu tomu tak bylo. Klienti měli v dotazníku výběr z osmi možností a mohli udávat i více důvodů, proč nebyli schopni stravu zkonsumovat. Četnost těchto důvodů ukazuje graf číslo 3.

Graf č. 3: Důvody, proč klienti nebyli schopni sníst celou porci



Zdroj: NutritionDay

Také jsme díky výzkumu zjistili, že 22% klientů potřebuje pomoci při stravování. Z toho u 12 % klientů stačí pomoc do 10 minut, u 10 % klientů musí sestry pomáhat 10 – 20 minut. Ostatní klienti tvrdí, že pomoc nepotřebují.

4.2. Výsledky kvalitativního výzkumu

V této části práce jsou uvedeny kazuistiky jednotlivých klientů s dekubity. Také je zde uvedeno porovnání nastavené diety vyhodnocené v programu „Nutriservis Profesional“ s doporučenými hodnotami energie a živin u seniorů trpících dekubity. Vyhodnocené jídelníčky budou kvůli velkému rozsahu dat přidány na CD a vloženy do bakalářské práce.

4.2.1. Klient č. 1

Pohlaví: muž

Věk: 82 let

Výška: 182 cm

Hmotnost: 62 kg

BMI 19,4

dieta č. 4

ideální váha stanovena na 78 kg

TK: 120/70, P 80/min, TT 36,8

Dýchaní je u klienta spontánní, bez kašle a sputa. Počet dechů za minutu 17.

Rodinná anamnéza

Otec zemřel v 55 letech na cévní mozkovou příhodu. Matka zemřela v 87 letech. Starší bratr zemřel v 80 letech na infarkt myokardu. Sestra klienta stále žije, je jí 77 let a léčí se s hypertenzí. Klient má tři syny, u nejstaršího 57 let se již také objevilo cévní onemocnění mozku. Druzí dva synové (53 a 51 let) zatím zcela bez zdravotních obtíží.

Osobní anamnéza

V dětství klient významněji nestonal. Klient je imobilní, polohu na lůžku mění těžko, je nutno ho polohovat a používat antidekubitní pomůcky. Klient je zcela při vědomí,

komunikuje. Klient je inkontinentní, využívá plenkové kalhotky. Osobní hygienu klient provede částečně sám, 1 x denně celková koupel na lůžku. Klient má tyto lékařské diagnózy: cévní mozková příhoda před 2 měsíci, cystická formace hlavy pankreatu, celkové zhoršení stavu. Klient se vrátil z nemocnice s dekubitem na sacru. Dekubit je III. stupně, o velikosti 2 x 1 cm, spodina rány je krvácející, okraje pravidelné a okolí silně zarudlé.

Výživa a stravování

Klient je schopen najíst se sám, pokud má vše potřebné u sebe. Má horní i dolní zubní protézu. Protéza sedí v pořádku, není nutná mletá strava. Klient přijme přibližně 2, 5 l tekutin za den.

Tabulka č.2.a - Správné rozložení energie a živin klienta č. 1

Energie kJ	Bílkoviny g	Tuky g	Sacharidy g
11 466	117	78	383

Zdroj: vlastní výpočet

Tabulka č.2.b - Reálné množství živin v jídelníčku klienta č. 1

Energie kJ	Bílkoviny g	Tuky g	Sacharidy g
10361,34	117,27	73,30	347,24

Zdroj: Nutriservis Profesional

4.2.2. Klientka č. 2

Pohlaví: žena

Věk: 84 let

Výška: 165 cm

Hmotnost: 43 kg

BMI 15,79

dieta č. 9 mletá

ideální váha stanovena na 66 kg

TK: 140/88, P 78/min, TT 36,6

Dýchaní je u klientky spontánní, bez kašle a sputa. Počet dechů za minutu 20.

Rodinná anamnéza

Rodiče zemřeli přibližně v 70 letech, příčinu ale klientka neví. U obou rodičů výskyt arteriální hypertenze a diabetu mellitu. Klientka má dceru (61 let) také s hypertenzí a sestru (81 let), která trpí tromboflebitidou.

Osobní anamnéza

V dětství klientka významněji nestonala. Prodělala dva potraty. Klientka je imobilní, polohu na lůžku mění těžko, je nutno ji polohovat a používat antidekubitní pomůcky. Klientka je dobře orientovaná místem i časem, komunikuje bez problémů.

U klientky jsou přítomny tyto lékařské diagnózy: arteriální hypertenze, diabetes mellitus - léčený inzulínem, dyslipidémie. Klientka se vrátila z nemocnice s dekubitem na sacru. Dekubit je III. stupně, o velikosti 3 x 3 cm a okolím silně zarudlým. Dále má klientka chronickou ránu na pravé patě, dekubitus I. stupně. Rána má průměr 2 cm a okolí je mírně zarudlé.

Výživa a stravování

Klientka je kachektická. Sama se nenají, musí být krmena sestrou. Nízký denní příjem tekutin, pouze 1 - 1,5 l - nutno více tekutiny nabízet. Chuť k jídlu snižena, často neuží celé porce. Jídlo je často nahrazováno bílkovinnými přísadami (jogurty, kefíry) pro lepší snášenlivost.

Tabulka č.3.a - Správné rozložení energie a živin klientky č. 2

Energie kJ	Bílkoviny g	Tuky g	Sacharidy g
9 291	99	66	300

Zdroj: vlastní výpočet

Tabulka č.3.b - Reálné množství živin v jídelníčku klientky č. 2

Energie kJ	Bílkoviny g	Tuky g	Sacharidy g
9 411,87	124,49	71,96	293,52

Zdroj: Nutriservis Profesional

4.2.3. Klientka č. 3

Pohlaví: žena

Věk: 88 let

Výška: 142 cm

Hmotnost: 36 kg

BMI 17,85

dieta č. 3 mletá

ideální váha stanovena na 49kg

TK: 130/75, P 86/min, TT 36,6

Dýchaní je u klientky spontánní, bez kašle a sputa. Počet dechů za minutu 23.

Rodinná anamnéza

Matka zemřela v 59 letech na karcinom prsu, otec v 68 letech na infarkt myokardu. Klientka má tři sourozence, dvě sestry (89 a 80 let) a jednoho bratra (84 let), kteří se údajně s ničím neléčí a dvě dcery (63 a 58 let), které jsou také zdravé.

Osobní anamnéza

V dětství klientka prodělala pouze běžná dětská onemocnění. Klientka je imobilní, polohu na lůžku nezmění, je nutno ji polohovat a používat antidekubitní pomůcky. Klientka je při vědomí, ale často pospává a nechce komunikovat. Klientka trpí občasnou

močovou inkontinencí. Klientka má tyto lékařské diagnózy: ischemická choroba srdeční, nastavena antikolagulační léčba. Klientka se vrátila z nemocnice s dekubity na sacru a pravém vnitřním kotníku. Dekubit na vnitřním kotníku pravé nohy je III. stupně a velikosti 3 x 2 cm. Spodina rány je čistá a suchá, okolí rány mírně zarudlé. Rána na sacru je I. stupně o průměru 1, 5 cm projevující se zarudnutím a macerací.

Výživa a stravování

Klientka má horní i dolní zubní protézu, kterou nepoužívá, nutná úprava stravy na mletou. Sama se téměř nenají, chuť k jídlu snižena, nutná dopomoc sester. Denní příjem tekutin přibližně 2 litry, ale je nutné pitný režim připomínat.

Tabulka č.4.a - Správné rozložení energie a živin klientky č. 3

Energie kJ	Bílkoviny g	Tuky g	Sacharidy g
7 203	74	49	240

Zdroj: vlastní výpočet

Tabulka č.4.b - Reálné množství živin v jídelníčku klientky č. 3

Energie kJ	Bílkoviny g	Tuky g	Sacharidy g
7 292,51	79,34	65,61	215,54

Zdroj: Nutriservis Profesional

4.2.4. Klientka č. 4

Pohlaví: žena

Věk: 75 let

Výška: 160 cm

Hmotnost: 58 kg

BMI 22,66

dieta č. 3

ideální váha ponechána na 58 kg

TK: 110/60, P 80/min, TT 36,8

Dýchaní je u klientky spontánní, mírným kašlem. Počet dechů za minutu 23.

Rodinná anamnéza

Otec zemřel v 63 letech na karcinom plic, matka zemřela v 73 letech na recidivu infarktu myokardu (první IM 61 letech). Klienta je nejmladší ze sedmi dětí. Dva nejstarší bratři zemřeli v mladém věku ve válce. Třetí bratr zemřel ve věku 65 let na plicní embolizaci, po břišní operaci. Další z bratrů zemřel v 80 letech na infarkt myokardu, prodělal také ischemickou chorobu srdeční a několik menších cévních mozkových příhod. Dosud žije sestra 77 let, která se léčí s diabetem mellitem II typu, léčený inzulinem a bratr 84 let, který se léčí s astma bronchiale. Klienta má dva syny (57 a 55 let), kteří se s ničím neléčí a jednu dceru (45 let), která je po ablaci pro rakovinu prsu.

Osobní anamnéza

V dětství klientka významněji nestonala. Klientka je imobilní, polohu na lůžku mění těžko, nutné ji polohovat a používat antidekubitní pomůcky. Klientka je inkontinentní, používá plenkové kalhotky. Klientka má tyto lékařské diagnózy: demence, stav po bronchopneumonii. Klientka se vrátila z nemocnice s dekubitem na pravém boku a pravé patě. Dekubit na boku je III. stupně, o velikosti 3 x 2 cm a okolí rány je zarudlé a okraje nepravidelné. Na pravé patě je dekubit II. stupně. Rána má průměr 2, 5 cm, rána je mírně zarudlá, okolí klidné.

Výživa a stravování

Klientka je kachektická. Sama se nenají, musí být krmena sestrou. Nízký denní příjem tekutin, pouze 1- 1, 5 l - nutno více nabízet. Chuť k jídlu snižena, často neují celé porce. Jídlo je často nahrazováno bílkovinnými přísadami (jogurty, kefíry) pro lepší snášenlivost.

Tabulka č.5.a - Správné rozložení energie a živin klientky č. 4

Energie kJ	Bílkoviny g	Tuky g	Sacharidy g
8 526	87	58	285

Zdroj: vlastní výpočet

Tabulka č.4.b - Reálné množství živin v jídelníčku klientky č. 5

Energie kJ	Bílkoviny g	Tuky g	Sacharidy g
8 516,29	89,93	74,45	258,62

Zdroj: Nutriservis Profesional

5. Diskuze

Prvním cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda jsou v Domově pro seniory Máj České Budějovice klienti s rizikem vzniku dekubitů. Dalším úkolem bylo zmapovat, jak probíhá u těchto klientů nutriční intervence. Potřebná data byla získána kombinací kvantitativního a kvalitativního výzkumu.

První část výzkumu byla provedena kvantitativní metodou a byla zaměřena na zjištění stavu výživy klientů Domova pro seniory Máj České Budějovice, kteří souhlasili s účastí ve výzkumu. Výzkumný soubor tvořilo celkem 101 klientů, ve věkovém rozmezí 59 - 94 let. Průměrný věk klientů byl 84 let. Výzkumný soubor obsahoval celkem 71% žen a 29 % mužů. U všech respondentů byl proveden screening v rámci programu NutritionDay, jehož výsledky odhalily nutriční stav klientů Domova pro seniory Máj České Budějovice.

Z výzkumu vyšlo, že dvě třetiny klientů Domova pro seniory Máj České Budějovice je malnutričních nebo se u nich riziko malnutrice vyskytuje. Tento výsledek souhlasí s tvrzením Kozákové (2011), která uvádí, že se malnutrice je přítomna až u 30 - 60 % hospitalizovaných pacientů. Myslím si, že tato hodnota je ale zavádějící, jelikož u většiny seniorů je zhoršená mobilita a objevují se neuropsychické poruchy nebo obtíže. Většina dotazovaných v MNA dotazníku tak přichází o body a automaticky spadá do rizika podvýživy. Dle mého názoru by u seniorů měl být MNA dotazník pouze orientační pomůckou pro hodnocení výživy a mělo by se klást větší důraz na reálný příjem potravy a dlouhodobé sledování hmotnosti klientů. Pokud bychom totiž automaticky nastavovali nutriční podporu či jiné doplňky u všech klientů s rizikem malnutrice, tak by to pro zdravotní zařízení nebylo ekonomicky únosné. Myslím si, že mému tvrzení odpovídají i hodnoty BMI klientů domova pro seniory Máj České Budějovice. Normální hodnota BMI byla celkem u 58 procent klientů domova, u 28 procent klientů dosahovalo BMI hodnotu 20-22 a pouze u 13,7 procent klientů klesla hodnota BMI pod 20.

Z výzkumu také vyplynulo, že u 21 procent klientů je nutná dopomoc při stravování. Myslím si, že toto hledisko by mělo být lépe v domovech pro seniory zohledňováno. Nedostatek ošetřujícího personálu a špatně zvolená úprava stravy by mohlo mít za následek zhoršení výživového stavu klientů.

Druhá část výzkumu je zaměřena přímo na klienty s dekubity. Bylo odhaleno, že v době šetření v Domově pro seniory Máj České Budějovice se dekubity vyskytovaly u čtyř klientů. Tento výsledek vychází shodně s tvrzením Ondriové a Fertaľová (2013), které udávají, že dekubity v České republice se vyskytují u 2 – 4 % akutně hospitalizovaných.

U všech klientů s dekubity byl vypočítán vhodný denní příjem energie a živin. Ideální hodnoty týdenního příjmu byly stanoveny podle doporučení AHCPR. Příklad: příjem energie byl nastaven na 35 kcal/kg klienta, bílkoviny na 1,5 g/kg a tuky na 1 g/kg ideální váhy. U všech klientů s dekubity byla již v době screeningu nastavena jako součást jídelníčku nutriční podpora v podobě cubitanu. U klientky č. 2 byly podávány dokonce dva kusy za den, protože její BMI bylo velice nízké a nebyla schopna potřebnou energii konzumovat klasickou stravou. Meluzínová et al. (2007) však upozorňuje na to, že nutriční doplňky nemusí zabránit rozvoji tlakového vředu, ale mohou zpomalit alespoň progresi a hojení rány. Poté byly zaznamenány týdenní jídelníčky klientů do programu Nutriservis Profesional a výsledné hodnoty byly porovnány s původním nastavením.

U všech klientů je průměrná týdenní spotřeba živin i energie téměř srovnatelná s doporučeným příjmem u nemocných s dekubity.

U všech klientů vychází, že jejich strava je bohatší na bílkoviny, než je doporučeno. Vzhledem k tomu, že žádný z klientů s dekubity neměl špatnou funkci ledvin, tak to neshledávám za problém. U třech klientek byl i mírně zvýšený příjem tuků. Vzhledem k současné míře jejich podvýživy si myslím, že pokud jsou takové množství stravy schopné ujmout, tak je nastavení v pořádku, a může mít za následek normalizaci váhy. Je třeba však příjem potravy po vyléčení dekubitů hlídat, aby nedocházelo nadále

k nabírání na váze. Pokud by tento energetický příjem u klientek zůstal i po doléčení, mohlo by hrozit stav klientů přílišné nabírání na váze, rozvoj obezity a s ní vznik nových onemocnění (DM II, choroby srdce, problémy s klouby).

Zajímavé také bylo, že podle dokumentace klientů všechny dekubity vznikly během hospitalizace v nemocničních zařízeních. Z tohoto hlediska můžeme soudit, že nejen nutriční, ale i ošetrovatelská péče je v Domově pro seniory Máj České Budějovice na dobré úrovni.

V květnu roku 2016 jsem měla možnost se v rámci praxí Nutričního terapeuta na Zdravotně sociální fakultě vrátit do Domova pro seniory Máj České Budějovice a zhodnotit nutriční dopad u klientů s dekubity.

U třech ze čtyř zkoumaných klientů se dekubity zcela vyléčily. U klienta č. 1 došlo k úplnému vymizení dekubitů 35 den po návratu ze zdravotnického zařízení. Klientce č. 3 se zhojily dekubity 20 den a u klientky č. 4 došlo k normalizaci jejího stavu 23 den. Tyto výsledky se shodují s tvrzením na portálu osobniasistence.cz (2009 - 2014), kde je uvedeno, že fáze čištění probíhá 3 – 7 dní, fáze granulace 13 – 20 dnů a fáze epitelizace 20 – 40 dnů. Shodné stanovisko zaujímá i výzkum Journals.lww.com, který uvádí, že kompletní reepitelizace trvá přibližně 23 dní.

Klientka označovaná číslem dva na začátku dubna zemřela. V období od listopadu do začátku dubna kvůli zdravotním problémům byla několikrát hospitalizována a její zdravotní stav, stav dekubitů i příjem stravy se vždy zhoršil. Na konci února lékaři v nemocnici klientce nasadili enterální výživu pomocí nasogastrické sondy, ani tento typ léčby však u klientky už nezabral. Bohužel i toto zjištění se shoduje s našimi předpoklady. Jak jsem již v teoretické části uváděla, dekubity vedou nejen k nepohodlí pacienta, prodloužení jeho hospitalizace, navýšení nákladů za hospitalizaci, ale také v některých případech k úmrtí pacienta. Shodný postoj zaujímá i výsledek výzkumu od Journals.lww.com, kde vychází, že u 15, 9 % dekubitů muselo být

sledování přerušeno z důvodu úmrtí pacienta nebo kvůli přesunu pacienta na jiné oddělení, které nebylo zahrnuto do studie.

6. Závěr

Tato bakalářská práce se zaměřuje na téma nutriční prevence a léčba dekubitů u seniorů. Dekubity jsou velice vážné onemocnění, které vedou k nepohodlí pacienta, prodloužení jeho hospitalizace, navýšení nákladů za hospitalizaci a v některých případech k úmrtí pacienta. Senioři jsou nejvíce ohroženi jejich vznikem, protože je u nich často nedostatečný nebo neplnohodnotný příjem stravy.

Hlavním cílem bylo zmapovat, zda jsou v Domově pro seniory Máj České Budějovice klienti s rizikem vzniku dekubitů. Druhým cílem bylo zjistit, jak probíhá u těchto klientů nutriční intervence.

Z výzkumu vyšlo, že dvě třetiny klientů Domova pro seniory Máj České Budějovice je malnutričních nebo se u nich riziko malnutrice vyskytuje. U všech těchto klientů se zhoršeným stavem výživy je riziko vzniku dekubitů. A je tedy nutné zhodnotit jejich zdravotní stav, popřípadě zvážit úpravu stravování nebo nastavení nutriční podpory. Výzkum ale také ukázal, že se dekubity vyskytly pouze u čtyřech klientů. U všech klientů s dekubity byla nastavena nutriční podpora a upraveny jídelníčky, aby odpovídaly potřebám klientů. Energetické hodnoty i hodnoty živin týdenních jídelníčku klientů s dekubity byly srovnatelné s obecným doporučením pro nemocné s dekubity. Proto můžeme říci, že nutriční intervence nejen u klientů s dekubity v Domově pro seniory Máj České Budějovice je nastavena správně.

Lze se domnívat, že tato bakalářská práce je srozumitelně napsaná, a proto by měla posloužit především studentům jako studijní materiál, ale také laické veřejnosti či samotným pacientům, kteří by se rádi o tomto tématu více dozvěděli.

Použité zdroje

- 1) BOŠKOVÁ, H. *Senior a ošetrovatelská péče při riziku porušení kožní integrity*. Sestra. Praha: Mladá fronta, 2008, roč. XVIII, č. 4, s. 48. ISSN 1210-0404
- 2) BUREŠ, Ivo, 2004. *Dekubity*. Postgraduální medicína [online] 3 [cit. 2018-04-01]. ISSN 1212-4184. <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/dekubity-161503>
- 3) DEKUBITY. [online]. 2015. [cit. 2018-04-19]. Dostupné z: <http://www.dekubity.eu/>
- 4) DYLEVSKÝ, Ivan. *Základy anatomie*. Vyd. 1.: Praha: Triton, 2006, ISBN 80-725-4886-7
- 5) GROFOVÁ, Z. 2009. *Dekubity z pohledu evropského poradního panelu (EPUAP)*. [online]. [cit. 2018-04-20]. Dostupné z: http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr_09_02_09.pdf
- 6) GROFOVÁ, Z. *Nutriční podpora*. Praktický rádce pro sestry. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 240 s. ISBN 978-80-247-1868-2

- 7) GROCHALOVÁ, M., 2015. *Výživa nemocných s dekubity*. Zdravotnictví a medicína. [online] [cit. 2017-04-11]. <http://zdravi.euro.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/vyziva-nemocnych-s-dekubity-479927>
- 8) HOFŠTEFROVÁ-KNOTOVÁ, M. et al. 2015. Nový portál pro prevenci dekubitů – dekubity.eu. *Zdravotnictví a medicína*, č. 3, s. 21. ISSN: 2336-2987.
- 9) JANÁKOVÁ, Anna, 2010. *Výživa v prevenci a léčbě dekubitů*. Praktická příručka pro pacienty. [online] [cit. 2018-04-01]. Dostupné z: http://www.vyzivavnemoci.cz/fileadmin/pub/doc/Cubitan_brozura.pdf
- 10) JIRÁSEK, R. a V. ŠÍPKOVÁ, 2010. Péče o kůži rizikových pacientů. *Farmi news*. č. 3, s. 38. ISSN: 1214-5017.
- 11) Journals.lww.com. Jak dlouho se hojí dekubity: *Lecbarany.cz* [online]. [cit. 2018-04-08]. Dostupné z: <https://www.lecbarany.cz/clanky/jak-dlouho-se-hoji-dekubity>
- 12) KOHOUT, Pavel, Eva, KOTRLÍKOVÁ. *Základy klinické výživy*. Praha, 1. vydání: Forsapi s.r.o.,. ISBN 978-80-87250-05-1.
- 13) KOHOUT, Pavel, Zdeněk, RUŠAVÝ a Zuzana ŠERCLOVÁ. *Vybrané kapitoly z klinické výživy*. Praha: Forsapi, s.r.o, 2010. ISBN 978-80-87250-08-2.

- 14) KOLÁŘ, Pavel, 2009. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén,. ISBN 978-80-7262-657-1.
- 15) KOVAČOVIČOVÁ, R. et al. *Moderní přístupy v léčbě dekubitů geriatrických pacientů v následné péči*. Česká geriatrická revue. Brno: Medica, 2008, č. 6 (1), s. 52-58. ISSN 1214-0732
- 16) KOZÁKOVÁ, R. et al. 2011. Nástroje k hodnocení nutričního stavu hospitalizovaných pacientů. *Hygiena*. č. 1, s. 18–21. ISSN: 1802-6281.
- 17) LANG, F. 2004, *Dekubitus - zdánlivě nevyřešený problém*. Forum Medical, Veverská Bitýška: Hartmann-Rico. č. 2, s. 17-21.
- 18) LIŠKOVÁ, M., 2005, *Polohování*. Sestra. Praha: Mladá fronta. ISSN 1210-0404, roč. 15, č. 4, s. 15.
- 19) MALÍKOVÁ, K. *Posúdenie stavu výživy seniora*. Sestra a lekár v praxi. Bratislava: Saníma, 2008, roč. VII, č. 3-4, s. 30-32.
- 20) MELUZÍNOVÁ H. et al. 2007. Dekubitus – jak dále v diagnostice, prevenci a léčbě? *Medicína pro praxi*. č. 11, s. 458–463. ISSN: 12148687.

- 21) MELUZÍNOVÁ, H., P. WEBER, H. KUBEŠOVÁ a Z. NAVRÁTILOVÁ.
Dekubitus-komplexní pohled geriatra. Interní medicína pro praxi, 2007, roč. 9,
č. 11, s. 499-506. ISSN 1212-7299.
- 22) MIKULA, J., N. MÜLLEROVÁ, 2008. *Prevence dekubitů*. Praha: Grada, Sestra
(Grada). ISBN 978-80-247-2043-2.
- 23) NERAD, V., 2004. *Význam výživy v léčbě chronických kožních defektů*. Forum
Medical. Veverská Bitýška: Hartmann-Rico. č. 2, s. 15-16.
- 24) NEILSON, J. 2014. Using a National Guideline to Prevent and Manage Pressure
Ulcers. *Nursing Management*. n. 2, p. 18–21, ISSN 1354-5760.
- 25) NOVOTNÁ, J., A. ČERNOVSKÁ. 2013. Hojení chronických ran a dekubitů.
Diagnóza v ošetrovatelství. č. 3, s. 32–34. ISSN: 1801-134.
- 26) NUTRITIONDAY. *What is nutritionDay* [online] [cit. 2018-04-01].
Dostupné z: <http://www.nutritionday.org/en/about-nday/what-is-nutritionday/index.html>
- 27) ONDRIOVÁ, I., FERTAĽOVÁ, T., 2013, *Dekubity jako indikátor kvality péče*.
Sestra. roč. 23, č. 1, s. 48-51, ISSN 1210-0404

- 28) Ošetřování II.: Ošetřování ran II. *Osobniasistence.cz* [online]. 2009 - 2014 [cit. 2018-04-08]. Dostupné z: <http://www.osobniasistence.cz/?tema=2&article=6>
- 29) PLAČKOVÁ, R. *Vliv výživy na celkový stav pacienta*. Sestra. Praha: Mladá Fronta, 2006, roč. XVI, č. 5. s. 46. ISSN 1210-0404
- 30) POKORNÁ, A. 2010. Standardy hojení ran. s. 6–11. [online]. [cit. 2018-04-12.]. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2010/88/02.pdf>
- 31) POSPÍŠILOVÁ, A., ŠVESTKOVÁ, S., 2001, *Léčba chronických ran*. 1 vyd., Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků, 72 s., ISBN 80-7013-348-1.
- 32) POKORNÁ, A. 2015. Možnosti diferenciální diagnostiky tlakových lézí a lézí v důsledku inkontinence. *Postgraduální medicína*. č. 2, s. 217–220. ISSN: 1212-4184.
- 33) RIEBELOVÁ, V., J. VÁLKA a M. FRANCŮ, 2000. *Dekubity: prevence, konzervativní a chirurgická terapie*. Praha: Galén, Trendy soudobé chirurgie, sv. 3. ISBN 80-7262-033-9.
- 34) STAŇKOVÁ, M. 2003, *Jak na dekubity?* Sestra, , roč. 13, č. 2, s. 58–59. ISSN 1210– 0404.

- 35) SLANINOVÁ, Irena, Milan VEGERBAUER a Josef MALÝ, 2012. *Prostředky k prevenci a léčbě dekubitů pohledem farmaceuta*. Dermatologie pro praxi [online] 6 (1) [cit. 2018-04-01]. ISSN 1803-5337. Dostupné z: <http://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2012/01/09.pdf>
- 36) SPOLEČNOST KLINICKÉ VÝŽIVY A INTENZIVNÍ METABOLICKÉ PÉČE. 2015. *Co je to nutritionDay 2015*. [online] [cit. 2018-04-01]. Dostupné z: <http://skvimp.cz/?action=changecategory&value=53>
- 37) STARNOVSKÁ, T. *Specifika výživy seniorů*. Sestra. Praha: Mladá fronta, 2005, roč. IV, č. 7-8, s. 19. ISSN 1210-0404
- 38) ŠTEFLOVÁ, Z., DOJČÁKOVÁ, V. 2010. Vliv stravy na hojení ran. *Sestra*. č. 6, s. 71–72. ISSN: 1210-0404.
- 39) TOMÍŠKA, Miroslav, 2008. *Nutriční podpora formou sippingu*. Interní medicína pro praxi [online] 10 (6) [cit. 2018-04-01]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2008/06/06.pdf>
- 40) TOPINKOVÁ, E. *Využití standardizovaných škál pro hodnocení stavu výživy u starších nemocných*. České geriatrické revue, 2003, č. 7 (1). s. 6-11. ISSN 1214-0732

- 41) ULRYCH, O. 2011. Rizika vzniku dekubitů. *Sestra*, č. 5, s. 54–56. ISSN: 1210-0404.
- 42) VEISOVÁ, Marie. Výskyt dekubitů u seniorů – Management dekubitů v České republice a spolkové republice Německo. [online]. Brno 2009. [cit. 2018-07-07]. 118 s. Diplomová práce, Masarykova univerzita. Fakulta lékařská, Katedra ošetrovatelství. Vedoucí práce Alice ONDERKOVÁ.
Dostupné z: https://is.muni.cz/th/101013/lf_m/
- 43) WATERLOW, J. 2007. *Pressure Ulcer Risk Assessment and Prevention*. [online]. [cit. 2018-04-01]. Dostupné z: <http://www.judy-waterlow.co.uk/>
- 44) ZIMMELOVÁ, P. Malnutrice a hodnocení výživy u seniorů. In: *Sborník příspěvků z II. ročníku mezinárodní konference. Výživa – nedílná součást léčby závažných chorob*. 1. vydání. České Budějovice: 2006, s. 24-28. ISBN 80-7040-906-1

Seznam tabulek

Tabulka: 1a - Hodnotící systém podle Nortonové - zdroj: Mikula, 2008, str. 19

Tabulka: 1b - Hodnotící systém podle Nortonové – vyhodnocení - zdroj: Mikula, 2008, str. 19

Tabulka č. 2.a - Správné rozložení energie a živin klienta č. 1 - zdroj: Vlastní výpočet

Tabulka č.2.b - Reálné množství živin v jídelníčku klienta č. 1 - zdroj: Nutriservis Profesional

Tabulka č. 3.a - Správné rozložení energie a živin klientky č. 2 - zdroj: Vlastní výpočet

Tabulka č.3.b - Reálné množství živin v jídelníčku klientky č. 2 - zdroj: Nutriservis Profesional

Tabulka č. 4.a - Správné rozložení energie a živin klientky č. 3 - zdroj: Vlastní výpočet

Tabulka č.4.b - Reálné množství živin v jídelníčku klientky č. 3 - zdroj: Nutriservis Profesional

Tabulka č. 5.a - Správné rozložení energie a živin klientky č. 4 - zdroj: Vlastní výpočet

Tabulka č.5.b - Reálné množství živin v jídelníčku klientky č. 4 - zdroj: Nutriservis Profesional

Seznam grafů:

Graf č. 1: Stav výživy - zdroj NutritionDay

Graf č. 2: BMI klientů - zdroj NutritionDay

Graf č. 3: Důvody proč klienti nebyli schopní sníst celou porci

Seznam příloh:

Příloha č. 1: Dotazník nutritionDay - List 1 - oddělení

Příloha č. 2: Dotazník nutritionDay - List 2a - všichni klienti na oddělení

Příloha č. 3: Dotazník nutritionDay - List 2b - MNA klienta

Příloha č. 4: Dotazník nutritionDay - List 3a - obecné informace klienta

Příloha č. 5: Dotazník nutritionDay - List 3b - "klient dnes"

K bakalářské práci je přiloženo CD, kde jsou uloženy propočítané týdenní jídelníčky všech respondentů s dekubity

Příloha č. 6 - Týdenní jídelníček klienta č. 1

Příloha č. 7 - Týdenní jídelníček klientky č. 2

Příloha č. 8 - Týdenní jídelníček klientky č. 3

Příloha č. 9 - Týdenní jídelníček klientky č. 4

Příloha č. 1: Dotazník nutritionDay - List 1 - oddělení

 Domov seniorů, LDN LIST 1 - oddělení		Datum	
		Kód centra ¹	
		Kód jednotky ²	
Aktuální počet lůžek na oddělení, která jsou obsazena ³		počet lůžek	
Maximální počet lůžek na oddělení ⁴		počet lůžek	
Zřizovatel ⁵	☐ veřejný ☐ soukromý ☐ charitativní organizace (nežisková organizace)		
Osoby pracující na oddělení (včetně osob zajišťujících úklid) ⁶			
Profesní skupiny ^{6a}	počet ^{6b}	Čas strávený na oddělení za týden (plný úvazek - částečný úvazek)	
stálí lékaři	/ žádný		
externí lékaři	/ žádný		
vedoucí sestry	/ žádný		
sestry	/ žádný		
nižší zdravotnický personál	/ žádný		
nutriční terapeuti	/ žádný		
fyzioterapeuti/ergoterapeuti/logopedi	/ žádný		
muzikoterapeuti/animátoři	/ žádný		
dobrovolníci	/ žádný		
jiní (prosím popište):	/ žádný		
Je na oddělení osoba, která se věnuje nutriční péči?	☐ ano	☐ ne	
Máte předepsané postupy pro nutriční péči?	☐ ano	☐ ne	
Pokud ano, jaké...			
lokální doporučení	☐ ano	☐ ne	
národní guidelines	☐ ano	☐ ne	
individuální plány nutriční péče pro klienty	☐ ano	☐ ne	
Zjišťuje se u klientů přítomnost podvýživy/riziko podvýživy? (vyberte jednu možnost)			
☐ jen při přijetí	☐ 4 - 6x ročně	☐ nikdy	
☐ 1x měsíčně	☐ 1 - 2x ročně		
Hodnocení podvýživy/rizika podvýživy všech klientů prostřednictvím ^{6c} :			
☐ vážení ☐ screening podvýživy (MNA, MUST, ...) ☐ změny hmotnosti ☐ klinický obraz		☐ biochemické parametry ☐ ostatní ☐ není známo	
Kolik procent klientů potřebuje pomoc s jídlem? ^{6d}			
☐ více než 70% klientů ☐ mezi 51 a 70% klientů ☐ mezi 30 a 50% klientů ☐ méně než 30% klientů			
Jak často vážíte své klienty? ¹⁰ (vyberte jednu možnost)			
☐ jen při přijetí	☐ 4 - 6x ročně	☐ nikdy	
☐ 1x měsíčně	☐ 1 - 2x ročně		

číslo v exponentech viz. "Vysvětlivky"

©Hismayr/Schindler (ESPEN, AKE Austria), cz: Hrudková, Pospíšil (AVKV, SKVIMP)

nutritionDay 2015 - mezinárodní den výživy

Příloha č. 2: Dotazník nutritionDay - List 2a - všichni klienti na oddělení

Domov seniorů LDN

LIST 2a

“Všichni klienti na oddělení”

nutrionDay

iniciály (4 iniciály)*

číslo klienta⁵

souhlas⁶

rok narození⁷ (YYYY)

pohlaví⁸

zvážená nebo odhadnutá hmotnost⁹

změřená nebo odhadnutá výška¹⁰

úroveň péče¹¹

podvýživa¹²

dobu pobytu v zařízení¹³

počet hospitalizací v roce 2015¹⁴

dehydratace¹⁵

kontrakturní¹⁶

proleženiny¹⁷ (max. stupeň)

porucha polykání¹⁸

problémy se žvýkáním¹⁹

kognitivní stav²⁰

mobilita²¹

počet užívaných různých léků za den²²

antidepresiva²³

antibiotika²⁴

opiáty²⁵

strava²⁶

umělá výživa (1,2,3,...)²⁷

a energetický příjem (A,B,C,...)²⁷

infuze a sondy²⁸

dobu použití infuze nebo sondy²⁹

diagnózy vyžadující léčbu³⁰

iniciály

č.

S

YYYY

t/m

kg

m/e

cm

m/e

1,2,3,...

N/R

/Y

měsíce

číslo

V/N

0,1,2

číslo

stupeň

V/N

V/N

1,2,3,...

1,2,3,...

číslo

V/N

V/N

V/N

1,2,3,...

A,B,C,D

infuze a sondy

měsíce

1,2,3,...

SOUHLAS

E = písemný souhlas

N = ústní souhlas

C = odmítnutí souhlasu

UMĚLÁ VÝŽIVA (1,2,3,...) A ENERGIE DODANÁ UMĚLOU VÝŽIVOU (A,B,C,D)

1 = žádná

2 = sipping

3 = sondová výživa

4 = parenterální výživa

8 = subkutánní výživa

9 = jiná (vyprávě)

A ≤ 499 kcal

B = 500-999 kcal

C = 1000-1499 kcal

D ≥ 1500 kcal

KOGNITIVNÍ STAV

1 = porazený

2 = lehce až středně postižený

3 = vážně postižený

1 = < 45 min/den

2 = 45 - 79 min/den

3 = 120 - 239 min/den

4 = > 240 min/den

UROVĚŇ PÉČE (ČAS POTŘEBNÝ NA DENNÍ ZÁKLADNÍ PÉČI)

1 = žádná

2 = jedna

3 = více než jedna

0 = žádná

1 = jedna

2 = více než jedna

KONTRAKTURNÍ

0 = žádná

1 = jedna

2 = více než jedna

DIAGNÓZY VYŽADUJÍCÍ LÉČBU

0 = mozek, nervy, např. demence, CMP, roztroušená skleróza, Parkinsonova choroba, ALS

4 = srdce, cévy, plíce, např. ICH, srdeční nedostatečnost, CHOPN

5 = endokrinní systém, např. diabetes mellitus 1. nebo 2. typu

6 = trávící systém

7 = intoxikace, poranění, např. alkoholismus, poranění mozku

8 = jiné

INFUZE A SONDY

O = žádná

CV = centrální venózní

PV = periferní žilní

NG = nasogastrická

PEG = perkutánní endoskopická/rigická gastrostomie

PEJ = perkutánní enterická chirurgická jejunostomie

X = ostatní

MALNUTRICE

N = ne

R = v riziku malnutrice

J = malnutrice

PROLEŽENINY (MAXIMÁLNÍ STUPEŇ)

1 = nebednoucí zarudnutí, neporušená kůže

2 = puchýř

3 = povrchový vřed

4 = hluboký vřed

STRAVA

1 = normální strava

2 = mixovaná strava

3 = obchycená strava

4 = jiná speciální dieta

5 = žádná

MOBILITA

1 = ambulantní

2 = částečně ambulantní

3 = imobilní

Číslo v exponencích viz. "Vysvětlivky"

©Himmler/Schneider (ESPE, AVE Austria), cz. Hrudková, Pospišil (AVK, SKVIMP)

nutritionDay 2015 - mezinárodní den výživy

Příloha č. 3: Dotazník nutritionDay - List 2b - MNA klienta

 Domov seniorů, LDN LIST 2b Mini Nutritional Assessment (MNA®)	Datum
	Kód centra ² Kód oddělení ³
Číslo klienta ¹ Inicialy klienta ² Jméno Příjmení	
A) Snížil se u klienta uplynulých 3 měsících vlivem nechutenství či zažívacích problémů příjem stravy (včetně potíží se žvýkáním nebo polykáním)? 0 = výrazné snížení příjmu stravy 1 = mírné snížení příjmu stravy 2 = bez snížení příjmu stravy	
B) Ztráta hmotnosti za uplynulé 3 měsíce 0 = snížení hmotnosti větší než 3 kg 1 = není známo 2 = snížení hmotnosti 1 až 3 kg 3 = bez úbytku hmotnosti	
C) Mobilita 0 = upoutaný na lůžko nebo invalidní vozík – imobilní 1 = schopen vstát z lůžka/invalid. vozíku, chůze pouze s pomocí 2 = samostatná chůze bez omezení	
D) Trpěl klient v uplynulých 3 měsících psychickým stresem nebo závažným onemocněním? 0 = ano 2 = ne	
E) Neuropsychické poruchy nebo obtíže 0 = vážná demence nebo deprese 1 = mírná demence 2 = žádné psychické problémy	
F1) Body Mass Index (BMI) hmotnost (kg)/výška² (cm) 0 = BMI 19 a nižší 1 = BMI 19 až 21 2 = BMI 21 až 23 3 = BMI 23 a vyšší	
Pokud hodnota BMI není k dispozici, nahraďte otázku F1 otázkou F2. Pokud jste odpověděli na otázku F1, na otázku F2 neodpovídejte.	
F2) Obvod lýtky v cm 0 = menší než 31 3 = 31 a větší	
Výsledek screeningu = součet bodů (max.14 bodů) 12-14 bodů: normální stav výživy 8-11 bodů: riziko podvýživy 0-7 bodů: podvýživa	

čísla v exponentech viz: "Vysvětlivky"

©Hismayr/Schindler (ESPEN, AKE Austria). cz: Hrudková, Pospíšil (AVKV, SKVIMP) nutritionDay 2015 - mezinárodní den výživy

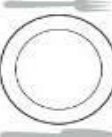
Příloha č. 4: Dotazník nutritionDay - List 3a - obecné informace klienta

 Domov seniorů, LDN LIST 3a Dotazník klienta Obecné informace Rozhovor klienta s ošetřujícím personálem nebo rodinným příslušníkem. Pokud klient není schopen sám odpovídat dotazy, může dotazník vyplnit personál nebo rodinný příslušník.	Datum
	Kód centra ² Kód oddělení ³
Číslo klienta ¹ Iniciály klienta ⁴ Jméno Příjmení	
Máte pravidelné návštěvy? ☐ několikrát za týden ☐ méně než 1x měsíčně ☐ 1x týdně ☐ zřídka nebo nikdy ☐ méně než 1x týdně	
Vaše tělesná hmotnost před 5 lety⁵ kg ☐ nevím	
Zhubl/a jste během posledního roku? ☐ ano ☐ ne ☐ ne, přibral/a jsem ☐ nevím	
Pokud ano, o kolik kg jste zhubl/a? ☐ 1 až 5 kg ☐ 5 až 15 kg ☐ více než 15 kg ☐ nejsem si jistý/á	
Jak jste jedl/a během uplynulého týdne? (pokud je klient živěn převážně sondou nebo infúzí, na otázku neodpovídejte) ☐ normálně ☐ méně než čtvrtinu obvyklé porce, téměř nic ☐ trochu méně než obvykle ☐ nevím ☐ méně než polovinu obvyklé porce	
Jedl/a jsem méně kvůli: ☐ nechutenství ☐ jídla nejsou vhodně připravena pro staré lidi ☐ mám potíže s polykáním/ žvýkáním ☐ pocitům na zvracení ☐ problémy se zuby ☐ ostatní	

Příloha č. 5: Dotazník nutritionDay - List 3b - "klient dnes"

 Domov seniorů, LDN List 3b Dotazník Klienta "Klient dnes" Rozhovor Klienta s ošetřujícími personálem nebo rodinným příslušníkem.	Klient č.:	Jméno	Příjmení	Kód centra ³	Kód oddělení ⁴
	Datum				

Prosím zakroužkujte, jaké množství jste snědl/a a vypl/a během dnešního oběda⁵

Oběd (prosím doplnit)	všechno	1/2	1/4	nic	nevím
 +    ~ 200ml	 ☐	 ☐	 ☐	 ☐	 ☐

Snědl/a jsem méně, nejedl/a jsem, protože:

☐ nemohu jíst bez pomoci	☐ nemám rád/a tuto vůni/chuť
☐ neměl/a jsem hlad	☐ měl/a jsem bolesti
☐ nemohu jíst tak moc	☐ maso/zelenina byly příliš tvrdé
☐ mám pocit na zvracení/zvracím	☐ mám polykací problémy

Vyplní ošetřující personál nebo rodinný příslušník:

Potřeboval klient pomoci s jídlem?

- ☐ ne, nepotřebuje žádnou pomoc
☐ ano, ale nebyl čas mu pomoci
☐ ano, klientovi se pomáhalo s jídlem
☐ méně než 10 minut
- ☐ mezi 10 a 20 minutami
- ☐ více než 20 minut

Seznam použitých zkratk

EUAP - evropská společnost pro léčbu dekubitů

SKVIMP - společnost klinické výživy a intenzivní metabolické péče

MNA - Mini Nutritional Assessment

BMI- body mass index

AHCPR - Agency for Health Care Policy and Research