

# Determinanty ovlivňující malnutrici seniorů v pobytovém zařízení sociálních služeb

PhDr. Simona Saibertová, Ph.D., Mgr. Marie Lemanová

Katedra ošetřovatelství a porodní asistence, Lékařská fakulta, Masarykova univerzita, Brno

Cílem prospektivní studie bylo v průběhu jednoho roku definovat významné faktory ovlivňující malnutrici u 80 seniorů v pobytovém zařízení sociálních služeb. Bylo potvrzeno, že výskyt a riziko vzniku malnutrice je multifaktoriální. Nejvíce se na ní podílí soběstačnost pacienta, změny kognitivních funkcí vlivem rozvíjející se demence a komorbidit chronických onemocnění včetně hospitalizace. Na základě zjištěných faktorů je nezbytné sestavit nutriční screening pro včasné vyhodnocení rizika vzniku malnutrice a současně i edukace ošetřujícího personálu poskytující sociální péči v domovech pro seniory.

## Úvod

Výživa ve stáří nabývá v důsledku změn ve věkové struktuře obyvatelstva neustále na významu. Z tohoto hlediska tvoří seniři velkou rizikovou skupinu. Přívod živin a jejich využití ovlivňuje řada faktorů. Ve stáří vzniká ve stravování řada specifík, které souvisí se změnami organismu v tomto období života a s celkovým zdravotním stavem člověka. U seniorů mohou být důsledky nesprávné výživy daleko závažnější než u osob středního věku. Správná výživa zvyšuje obranyschopnost organismu, přispívá ke zlepšení hybnosti, a tím i k soběstačnosti a k rychlejšímu uzdravování a hojení ran. Se stoupajícím věkem dochází k fyziologickým změnám, které ovlivňují vnitřní prostředí a metabolické procesy. Charakteristickým rysem seniorů jsou změny složení těla a energetické potřeby. Změny v trávicím traktu mění obvyklý trávicí proces. Snižuje se chuť k jídlu, vylučuje se méně trávicích šťáv, mění se vlastnosti střevního epitelu a snižuje se kinetika střev. Také se mění střevní mikrobiota a biochemické pochody, zvyrazňuje se dyspeptická složka trávení se všemi příslušnými projevy (plynatost, zácpa nebo naopak průjem). Tyto různé známky stárnutí trávicího traktu se objevují u někoho dříve, u jiného později a bývají různě výrazné. Obecně dochází ke snížení netukové hmoty těla, buněčné hmoty, k poklesu kostní denzity, hmotnosti tělesného svalstva a obsahu vody v organismu. Naopak stoupá celkový podíl tukové tkáně, zejména akumulace tuku v centrálních oblastech těla.

Výživové potřeby seniorů jsou specifické a jsou podmíněny nejen involučními změnami organismu, ale mnoha faktory vyplývajícími z jejich dosavadního životního stylu. Důležitou roli hrají stravovací návyky nabyté a uplatňované už od mládí, sociální a kulturní prostředí a tradice, jimiž byli formováni, získané vzdělání a společenské postavení, ekonomické poměry v produktivním věku a také kulturní úroveň a psychický stav. Výsledky mnoha epidemiologických studií zaměřených na zdravotní a výživový stav a na stravovací zvyklosti seniorů v různých evropských zemích jednoznačně ukazují, jak velký význam mají jejich existenční podmínky.

Počet malnutričních seniorů vzrůstá jednak z důvodu celkového stárnutí populace, jednak z důvodu změny jejich životního stylu a izolací. Následky podvýživy mohou být různorodé, od nejfatálnějšího, což je smrt, přes multiorganové selhání, infekce, nutnost umělé plicní ventilace, rozpady operačních ran, vznik pooperačních komplikací, pokles fyzické a mentální kondice, nehojení ran obecně až po lokální komplikace a zhoršení základního onemocnění. V okamžiku, kdy uvažujeme o tom, že investice do výživy se může jevit

jako nedůležitá nebo drahá, měli bychom vzít v úvahu, jak nákladná je péče, když vzniknou komplikace.

Problematika výživy seniorů v domovech pro seniory je specifická mnoha faktory vyplývajícími z jejich dosavadního životního stylu. V domovech pro seniory jsou pokrmy klientům připravovány podle nemocničního dietního režimu, a i když si klienti domova většinou mohou vybrat dle jejich chuťových preferencí, nemusí jim dle jejich zvyklostí plně vyhovovat.

## Metodika

V rámci šetření byla provedena kvantitativní prospektivní studie pro určení determinant ovlivňující malnutrici seniorů v jednom pobytovém zařízení sociálních služeb, respektive v domově pro seniory. V průběhu 12 měsíců bylo sledováno 80 seniorů. U všech respondentů byly při zahájení sledování zhodnoceny kognitivní funkce, výživový stav a soběstačnost viz Tabulka 1.

Úroveň kognitivních funkcí byla hodnocena pomocí Testu kognitivních funkcí – Mini Mental State Examination (MMSE), tzv. Folsteinův test, který je jedním z nejčastěji používaných testů ke zjištění kognitivního deficitu, respektive k určení stupně demence. Hodnotí se orientace, zapamatování, pozornost, počítání, vybavnost paměti, pojmenování předmětů, opakování věty, třístupňový příkaz, čtení a vyhovění příkazu, psaní a vizuálně-konstruktivní schopnosti.

Pro zhodnocení výživového stavu byl použit screeningový nutriční dotazník – Mini Nutritional Assessments, jehož pomocí lze identifikovat klienty, kteří jsou ohroženi malnutricí, nebo se již ve stavu malnutrice nacházejí. Používá se běžně v nemocnicích, domovech pro seniory, ale i v domácí péči. Hodnotí se šest položek: snížení příjmu potravy za uplynulé

Tabulka 1 Profil respondenta

	n	%
<b>Pohlaví</b>		
Muži	26	32
Ženy	54	68
Celkem	80	100
<b>Věk</b>		
60–74	1	1
75–89	52	65
90 a více	27	34
<b>ADL</b>		
Nezávislý	28	35,0
Lehká závislost	17	21,3
Závislost středního stupně	26	32,5
Vysoce závislý	9	11,2
<b>MMSE</b>		
Bez poruchy kognitivních funkcí	41	51,3
Lehká demence	25	31,3
Středně těžká demence	9	11,2
Těžká demence	5	6,2

tří měsíce vlivem nechutenství nebo trávicích problémů, úbytek hmotnosti za poslední tři měsíce, mobilita, přítomnost psychického stresu nebo závažného onemocnění, neuropsychické poruchy a Body Mass Index.

Zhodnocení soběstačnosti bylo provedeno pomocí Testu základních všedních aktivit – Activities of Daily Living, který hodnotí deset položek všedních činností včetně přípravy jídla, najedení a napití. Rovněž byl sledován stav chrupu, poruchy polykání, forma stravy (mletá, kašovitá), přítomnost chronických onemocnění jako je diabetes mellitus, chronické onemocnění gastrointestinálního traktu a hospitalizace v průběhu ročního sledování respondentů.

Po prvním zhodnocení byla v průběhu jednoho roku v pravidelných intervalech 4 měsíců následná hodnocení výživového stavu opakována.

## Výsledky a diskuze

Analýzou výsledků posledního měření bylo zjištěno, že 19% respondentů je v riziku malnutrice a 16% respondentů je v malnutrici. Po ročním sledování byl významný pokles hmotnosti o 5 kilogramů u 15% respondentů.

Během ročního sledování bylo hospitalizováno 9 respondentů a z nich 45% bylo po hospitalizaci v malnutrici. Odborné zdroje uvádí, že malnutrice se vyskytuje u 19-80% hospitalizovaných pacientů, řadí se tak jednoznačně k nejčastějším komplikacím, přičemž malnutrice není častá jen u nemocných před přijetím do nemocnice nebo pobytového zařízení. Přibližně 30% případů se vyvine až při pobytu v nemocnici nebo pobytovém zařízení jako iatrogenní malnutrice.

U respondentů, kteří mají vysoký stupeň závislosti, tudíž mají velmi nízkou soběstačnost, se malnutrice potvrdila v 78%. Nedostatek personálu nebo malá časová dotace na dopomoc při přípravě pokrmů či krmení pacientů je právě významným faktorem pro vznik malnutrice.

U respondentů se sníženými kognitivními funkcemi, a v ruku v ruce s tímto onemocněním i se změnou psychického stavu, bylo nejvíce malnutričních pacientů ve skupině tzv. lehké demence a to v 53%. Tito lidé na první pohled nevykazují kognitivní deficit a mají většinou nízký stupeň závislosti, proto je velmi časté, že na riziko malnutrice není zaměřena taková pozornost. Klienti se středně těžkou a těžkou demencí jsou většinou krmeni nebo je u nich častější asistence ošetrovatelského personálu, tudíž je i rychleji identifikováno snížení příjmu potravy. Mezi další významné faktory ovlivňující příjem potravy je porucha polykání a stav chrupu. Ze skupiny respondentů s poruchou polykání bylo 63% malnutričních, a to především z toho důvodu, že i když byla určitá forma lehké dysfagie identifikována a forma stravy byla upravena dle potřeb klientů na kašovitou či tekutou, nebyla zohledněna jejich energetická hodnota a nebyla ani doplněna nutriční podporou perorálními suplementy kompletního složení. Ze zahraničních studií bylo potvrzeno, že dvě třetiny tzv. křehkých seniorů s malnutricí žijící v domácím prostředí má dysfagii. Odborníci doporučují zavádění plošného screeningu dysfagie u seniorů

žijících v komunitě se zapojením nejen proškoleného zdravotnického personálu, ale rovněž i pečovateli. U respondentů, kteří nemají úplný chrup, byla malnutrice potvrzena v 35%. Výzkumy bylo potvrzeno, že důsledkem špatného orálního zdraví jsou poruchy přijímání potravy v příčinné souvislosti s poruchou kousání, žvýkání a polykání potravy. Současná populace seniorů má přibližně v 80% ne zcela funkční chrup, jak vlastní, tak i chrup ošetřený náhradami.

U všech respondentů v malnutrici byl potvrzen souběh společných faktorů. Všichni malnutriční pacienti měli přítomnost 2 a více chronických onemocnění – diabetes mellitus, chronické onemocnění trávicího traktu, poruchu kognitivních funkcí nebo ischemickou chorobu srdeční. U všech respondentů, kteří měli kašovitou, či tekutou stravu byla potvrzena malnutrice, tito respondenti měli rovněž sníženou soběstačnost, neúplný chrup a poruchy polykání. Procentuální zastoupení sledovaných determinant u pacientů s malnutricí a s rizikem malnutrice je shrnuto v Tabulce 2.

## Závěr

Výzkum rovněž odhalil některé slabiny v péči o stravování v tomto zařízení, kdy u tekutých a kašovitých forem stravy nebyla zohledněna jejich energetická hodnota. V rámci sledování výživového stavu klientů žijících v pobytových zařízeních sociálních služeb je nezbytné zapojit do multidisciplinárního týmu i nutriční terapeutky, kteří mají v této problematice nezastupitelnou roli a velmi často v těchto typech zařízení chybí.

Tabulka 2 Sledované determinanty

Determinanty	Respondenti s malnutricí	Respondenti v riziku malnutrice
<b>porucha kognitivních funkcí</b>		
lehká demence	53 %	33 %
středně těžká demence	18 %	33 %
těžká demence	12 %	17 %
<b>komorbidity – DM, onemocnění GIT, ICHS</b>	100 %	76 %
<b>forma stravy</b>		
úplná	12 %	58 %
mletá	65 %	42 %
kašovitá	22 %	0 %
tekutá	6 %	0 %
<b>porucha polykání</b>	63 %	25 %
<b>neúplný stav chrupu</b>	35 %	16 %
<b>hospitalizace v průběhu sledovaného období</b>	45 %	22 %

Na základě zjištěných informací byl vypracován nutriční screening pro včasné odhalení rizika vzniku malnutrice na základě ověřených faktorů, které malnutrici významně ovlivňují.

## VYMÍTÁNÍ MÝTŮ

### Způsobují kofeinové nápoje dehydrataci?

Mýtus je založený na jedné malé studii z roku 1928. Zde se opravdu ukázalo, že u testovaných mediků se po vypití nápoje s obsahem kofeinu zvýšil objem moči. Dnes už ale známe přesnější ukazatele reálného stavu hydratace organismu. V roce 2005 vedl prof. Lawrence Armstrong z Univerzity v Connecticutu, specialista na pitný režim, další studii, kde v laboratorních podmínkách sledoval 20 biomarkerů na 56 mužích po 11 dní. Ukázalo se, že konzumace kofeinu (250 nebo 500 mg denně ve formě kapslí; šálek kávy obsahuje průměrně 100 mg kofeinu) nemá vliv na hydrataci organismu ve srovnání s nulovým příjmem kofeinu.

Odpověď zpracovala Mgr. Zdeňka Daňková