

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
Ústav ošetrovatelství

Simona Hašová

**Hodnocení nutričního stavu klientů
domova pro seniory**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Helena Kisvetrová

Olomouc 2011

ANOTACE

Druh práce:	Bakalářská práce
Název práce:	Hodnocení nutričního stavu klientů domova pro seniory
Název práce v AJ:	Nutritional state rating of rest home´s clients
Datum zadání:	2011-01-20
Datum odevzdání:	2011-04-30
Vysoká škola, fakulta:	Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd
Ústav:	Ošetrovatelství
Autor práce:	Simona Hašová
Vedoucí práce:	PhDr. Helena Kisvetrová
Oponent práce:	PhDr. Helena Kisvetrová
Abstrakt v ČJ:	

Bakalářská práce se zabývá problematikou výživy ve stáří. V teoretické části je popsán současný stav seniorů žijících v pobytových zařízeních, specifika příjmu potravy seniorů i poruchy zdraví, které se u seniorů nejčastěji vyskytují v souvislosti s nepřiměřeným stravováním. Rovněž je zde rozebrána problematika stravování v domovech pro seniory. Prostřednictvím kvantitativního výzkumu, který byl prováděn za pomoci Screeningového dotazníku malnutrice CV FTN, byli v oblasti výživy zmapováni klienti Domova seniorů Hranice. Práce klade důraz na nezastupitelnou úlohu odborné nutriční péče v pobytových zařízeních určených pro seniory.

Abstrakt v AJ:

This bachelor thesis deals with the issue of nutrition in the senior age. The theoretical part contains present number of senior people living in the residential facilities, also the specifics of their food intake and health disorders that occur with the senior people as a result of inadequate eating habits. The issue of eating habits in the homes for the elderly is analysed there as well. Through the quantitative research done with the Screening questionnaire of malnutrition from CV FTN, the clients of the

Domov seniorů Hranice (Home for the Elderly Hranice) were tested in the field of nutrition. This thesis puts emphasis on the irreplaceable role of the expert nutrition care in the residential facilities for the senior people.

Klíčová slova v ČJ: senior, výživa, malnutrice, poruchy výživy, domov seniorů

Klíčová slova v AJ: senior, nutrition, malnutrition, nutritional disorders,
seniors home

Rozsah: s. 52, 1 příl.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené informační zdroje.

Olomouc 30. 4. 2011

.....

podpis

Velmi děkuji vedoucí bakalářské práce PhDr. Heleně Kisvetrové za odborné vedení a ochotu věnovat mi svůj čas při psaní této práce. Rovněž děkuji vedení Domova seniorů Hranice, že mi umožnilo zpracovat výzkum na svém pracovišti. Mé poděkování patří také členům Nutriční poradny Nemocnice Hranice a.s. za ochotnou spolupráci.

OBSAH

ÚVOD.....	8
1 SOUČASNÝ STAV SENIORŮ V POBYTOVÝCH ZAŘÍZENÍCH.....	9
1.1 Stárnutí a stáří.....	9
1.2 Demografie v České republice.....	10
1.3 Dopady stárnutí na společnost.....	10
1.4 Domovy pro seniory.....	11
1.5 Současná situace v pobytových službách pro seniory.....	12
1.6 Péče o klienty v domovech pro seniory.....	13
2 PROBLEMATIKA VÝŽIVY SENIORŮ	14
2.1 Výživa.....	14
2.2 Výživová doporučení	14
2.3 Výživa seniorů.....	16
2.3.1 Zvláštnosti vyššího věku v souvislosti s příjmem potravy.....	17
2.4 Problémy příjmu potravy u seniorů.....	17
2.4.1 Malnutrice.....	18
2.4.2 Obezita.....	19
2.4.3 Dehydratace.....	20
2.5 Výživová doporučení pro seniory.....	21
3 STRAVOVÁNÍ V DOMOVECH PRO SENIORY.....	22
3.1 Výživa v domovech pro seniory.....	22
3.2 Nutriční hodnocení stavu výživy v zařízení pro seniory.....	23
3.3 Problematika výživy v domovech pro seniory.....	23
3.4 Standardizace nutriční péče v domovech pro seniory.....	24
4 KVANTITATIVNÍ PRŮZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	25
4.1 Charakteristika Domova seniorů Hranice.....	25
4.1.1 Způsob podávání stravy v zařízení.....	26

4.2	Cíle šetření a pracovní hypotéza.....	26
4.3	Metody prováděného dotazníkového šetření.....	27
4.4.	Organizace dotazníkového šetření.....	28
4.5	Zpracování dotazníkového šetření pomocí grafů.....	29
4.6	Analýza a interpretace výsledků šetření.....	38
4.7	Hodnocení stavu výživy v Domově seniorů Hranice.....	43
	ZÁVĚR.....	45
	LITERATURA A PRAMENY.....	47
	SEZNAM ZKRATEK.....	50
	SEZNAM GRAFŮ.....	51
	SEZNAM TABULEK.....	52
	PŘÍLOHA.....	53

ÚVOD

Každá životní etapa dává člověku určité možnosti a současně ho limituje. Období stárnutí a stáří bývá všeobecně chápáno spíše negativně. Lidé se obávají ztráty radosti ze života a životních možností. Vybaví se jim hlavně nesoběstačnost a umístění do ústavní péče. Stáří ovšem takto vůbec probíhat nemusí. Záleží totiž na každém jednotlivci, jak se na toto vývojové období připraví. (Malíková, E., 2011, s. 13, 14)

V bakalářské práci je popsáno stárnutí i demografické prognózy o počtu seniorů ve třetím tisíciletí. Práce je zaměřena na osoby, které trvale žijí v domově seniorů. Proto je zde popsána platná legislativa, podle které jsou tato pobytová zařízení provozována i momentální situace v nich. Práce se zaměřuje na problematiku výživy seniorů, která hraje velkou úlohu nejen pro udržení zdraví staršího člověka, ale také v době jeho nemoci. Jsou zde popsána specifika týkající se výživy osob vyššího věku i poruchy nutriční, které jsou typické pro tuto cílovou skupinu. Rovněž jsou uváděna výživová doporučení určená seniorům.

Hlavním cílem výzkumného šetření, které bylo realizováno kvantitativním výzkumem pomocí Screeningového dotazníku malnutrice CV FTN, sestaven MUDr. Pavlem Kohoutem a Tamarou Starnovskou, bylo zmapovat aktuální nutriční stav výživy v Domově seniorů Hranice. Zvolená metoda měla vytipovat klienty v zařízení, kteří jsou ohroženi malnutricí nebo se již v tomto pásmu pohybují. S výsledkem šetření by měly být seznámeny vrchní sestry sociálních zařízení Olomouckého kraje.

I v sociálních zařízeních se dnes můžeme setkat s podvyživenými seniory. V některých zařízeních chybí trvalá péče o adekvátní výživu, protože zde nejsou zaměstnání nutriční terapeuti. (Kohout, P., 2005, s. 7)

V Domově seniorů Hranice pracuje nutriční terapeut, proto se lze domnívat, že nutriční stav klientů bude v uspokojivém stavu. Zařízení rovněž zahájilo spolupráci s nově zřízenou Nutriční poradnou v Nemocnici Hranice a.s., což je prospěšné z hlediska prevence vzniku malnutrice seniorů.

1. SOUČASNÝ STAV SENIORŮ V POBYTOVÝCH ZAŘÍZENÍCH

Většina pobytových sociálních zařízení pro seniory je zřizována prostřednictvím krajů a obcí. Mohou být také provozována nestátními neziskovými organizacemi. Jejich společným rysem je deinstitucionalizace zaměřená na individuální podporu života seniora v jeho přirozeném prostředí. (Malíková, E, 2011, s. 32)

1.1 Stárnutí a stáří

Stárnutí lze popsat jako nevratný, specifický a biologický proces, který je společný pro celou přírodu. Délka života je předurčena geneticky a může se pohybovat od několika málo okamžiků po řadu desítek let. Maximální délka života se odhaduje přibližně na 120 až 130 let. Této dlouhověkosti většinou nebývá dosaženo z genetických příčin. Neustále totiž přibývá geneticky podmíněných chorob, které vedou k předčasnému stáří jedince a smrti. Maximální hranice života by byla docílena pouze v ideálním prostředí, které ovšem nelze žádnému jedinci reálně vytvořit. Na člověka negativně působí fyzikální i chemické faktory a také sociálně-psychologické vlivy.

Údaj o věku, kterého se jedinec pravděpodobně dožije při narození, se nazývá střední délka života. V dnešní době je rovněž vnímán jako ukazatel zdravotního stavu populace. V našem státě se dramaticky nemění, ale v západních státech se střední věk prodlužuje. (Topinková, E., 1995, s. 17)

Stáří je označováno jako výsledný stav vznikající procesem stárnutí. Dochází k přirozenému úpadku síly, konfrontace se ztrátami, strádáním, ale na druhé straně člověk od narození až do smrti dělá pokroky, vyrovnává se s nedostatky a žije naplno. (Jobánková, M., 2004, s. 113, 114)

Aktuální dělení seniorského věku dle Mühlpachra z roku 2004:

- 65 – 74 let mladí senioři
- 75 – 84 let staří senioři
- 85 a více let velmi staří senioři (Malíková, E., 2011, s. 14)

Hranice dlouhověkosti je nově uváděna nad 85 let. Lidé dožívající se 100 let a výše jsou označováni jako centenarians a osoby, které přesáhly 110 let věku, bývají zařazováni do kategorie supercentenarians. (Sladká, J., 2010, s. 15)

1.2 Demografie v České republice

Stárnutí populace se s největší pravděpodobností stane nejvýznamnější sociální změnou našeho století. Podle demografické prognózy, kterou zpracoval Český statistický úřad, bude v České republice v roce 2050 žít asi tři miliony lidí ve věku nad 65 let a půl milionů seniorů ve věku 85 let a více. Přírodovědecká fakulta Univerzity Karlovy zpracovala prognózu, podle které bude mít muž narozený v roce 2050 naději na dožití 82 let a žena 86,7 let. Pokud se žena dožije 65 let, dá se podle Českého statistického úřadu předpokládat, že oslaví i své 84. narozeniny.

V měsíci březnu roku 2009 bylo v naší republice evidováno 345 seniorů narozených v roce 1909. V tomto období bylo také zaznamenáno 739 osob v České republice, kterým bylo sto a více let. (Juřenová, E., 2009, s. 67)

Demografové označují stárnutí jako zákonitou pozdní fázi demografických změn, která v hospodářsky vyspělých zemích probíhá již od 19. století. Mortalita i natalita klesá. Dá se předpokládat, že se výrazně zvýší podíl seniorů po roce 2015, protože zestárnou populačně silné ročníky. Díky prevenci a dobré úrovni léčení kardiovaskulárních a cerebrovaskulárních nemocí kulminoval rozdíl naděje žen a mužů na dožití a mužská nadúmrtnost se snižuje. Osamělé ženy budou i přesto tvořit většinu seniorské populace, a to po 80. roce v poměru 4 : 1 k mužům. (Kalvach Z., 2007, s. 12)

1.3 Dopady stárnutí na společnost

Ve věku nad 60 let se prevalence chorob a chorobných příznaků vyskytuje u 95 % mužů a 97 % žen. Pro toto věkové období bývá typická multimorbidita. (Kalvach, Z., 2004, s. 130)

Vysoký věk jedinců ovlivní důchodový systém. Klesající natalita a porodnost v rámci tzv. indexu závislosti (poměr občanů v produktivním věku k dětem a penzistům) po určitou dobu kompenzuje přibývání seniorů. V krátké době lze počítat s nepříznivým vývojem indexu závislosti.

Je možné, že lidé v seniorském věku prožijí v průměru 25 let, což ovlivní jejich osobní život. Jedná se o příliš velké časové období z hlediska ekonomického, zdravotního i programového. Kvalitu stáří lze zachovat pouze tehdy, budou-li se společensky nárokovat modifikované služby pro seniory. (Kalvach, Z., 2007, s. 12)

1.4 Domovy pro seniory

Domovy pro seniory jsou pobytová zařízení zaměřená na osoby se sníženou soběstačností hlavně z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Přijetím zákona o sociálních službách č. 108/2006 sbírky ze dne 14. března 2006, který nabyl účinnost 1. 1. 2007, se situace v domovech pro seniory viditelně změnila.

Tato pobytová zařízení dnes poskytují dle výše uvedeného zákona:

- ubytování
- stravu
- pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu
- pomoc při osobní hygieně, poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- sociálně terapeutické činnosti
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- aktivizační činnost
- pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů
- pomoc při obstarávání osobních záležitostí

Lidem od jednoho roku věku, závislým na pomoci jiné fyzické osoby, může být přiznán příspěvek na péči. Rozhoduje o tom obecní úřad obce s rozšířenou působností. U osob, které o příspěvek žádají, jsou hodnoceny schopnosti zvládnout úkony běžné sebepečce. Posuzuje se například schopnost připravit si a přijímat stravu, provádění hygienických úkonů, vyprazdňování, pohybová aktivita, ale i úroveň komunikace, orientace v prostoru a čase.

Příspěvek na péči může být od 1. 1. 2011 přiznán ve čtyřech stupních:

- I. stupeň (lehká závislost), 800 Kč, potřebuje pomoc nebo dohled při více než 12 úkonech
- II. stupeň (středně těžká závislost), 4 000 Kč, potřebuje pomoc nebo dohled při více než 18 úkonech
- III. stupeň (těžká závislost), 8 000 Kč, potřebuje pomoc nebo dohled při více než 24 úkonech
- IV. stupeň (úplná závislost), 12 000 Kč, potřebuje pomoc nebo dohled při více než 30 úkonech

(Zákon č. 108/ 2006 Sb.)

1.5 Současná situace v pobytových službách pro seniory

V důsledku přijetí zákona 108/2006 o sociálních službách by mělo dojít v zařízeních pro seniory k narovnání vztahů v sociální péči. V minulosti se stávalo, že stát nebo státem řízené instituce mohly jednostranně rozhodovat o osudech občanů, a proto docházelo k porušování lidských práv. Smyslem nových legislativních změn je přiblížit se v poskytování péče zemím Evropské unie.

Nový sociální zákon je založený na principu dobrovolnosti, rovnoprávnosti a individuálním přístupu ke klientům a jejich nevyčleňování ze společnosti. Hlavní důraz je kladen na respektování lidských i občanských práv a udržení lidské důstojnosti. (Krutilová, D., 2008, s. 17, 18, 26)

Aby byly v sociálních zařízeních zajišťovány kvalitní služby, musí mít každý poskytovatel zpracovány standardy kvality péče. Stěžejním bodem všech standardů je ochrana práv klientů. (Malíková, E., 2011, s. 50)

V naší republice je všeobecně vysoká poptávka po pobytové službě pro seniory. V roce 2008 bylo v České republice 37 733 lůžek v domovech pro seniory. Kapacita v zařízeních v porovnání s rokem 2006 má sestupný charakter, což může být dáno snižováním počtu vícelůžkových pokojů. V roce 2008 bylo v pobytových zařízeních pro seniory 10,38 % tří a vícelůžkových pokojů. V letech 2009 až 2012 se dá předpokládat, díky finanční podpoře ze strukturálních fondů Evropské unie a soukromým iniciativám, otevření několika nových pobytových zařízení.

V posledních deseti letech se úroveň poskytovaných pobytových služeb podstatně zvýšila. Je to dáno nejen rekonstrukcí a výstavbou nových objektů, ale i zavedením standardů kvality sociálních služeb v roce 2007. Nositeli kvality jsou lidé. V našem státě tvoří poměr pracovníků přímé péče na jednoho uživatele služby 1 : 3,54 (Statistická ročenka 2007). V Německu, Rakousku, Nizozemsku a Švédsku je tento poměr maximálně 1 : 1,2 až 1 : 0,7. V tomto ohledu je stav zaměstnanců v České republice neuspokojivý.

Jen velmi málo zařízení využívá některý ze známých systémů a modelů pro měření a zvyšování kvality. Systém sociální péče v naší zemi není optimální. Je však transparentnější a efektivnější než před rokem 2007. Do budoucna bude nutno řešit jednak financování sociálních služeb, centralizované státní dotace, kontrolu hospodaření s poskytovanými dotacemi, příspěvek na péči, systém úhrad a cenovou regulaci. (Horecký, J., 2010, s. 33, 34, 35, 36, 37, 38)

1.6 Péče o klienty v domovech pro seniory

V domovech pro seniory je klientům zajištěna celodenní přítomnost pečovatelského personálu a sester, lékař dochází několikrát týdně. Cílovou skupinu tvoří osoby, které dosáhly rozhodného věku pro přiznání starobního důchodu nebo invalidní občané, kteří nejsou schopni samostatně bydlet v domácím prostředí. Kontraindikovány pro přijetí jsou osoby, jejichž zdravotní stav vyžaduje pobyt a léčení v lůžkovém zdravotnickém zařízení. Do této kategorie spadají i zájemci o službu trpící akutním fyzickým i duševním dekompenzovaným onemocněním a lidé závislí na návykových látkách.

V těchto zařízeních je problematické zajistit péči o klienta trpící Alzheimerovou nemocí nebo jinou demencí. Takto nemocní obyvatelé mají v běžných pobytových zařízeních problémy se začleněním do života a narušují soužití s ostatními. Vzhledem k poruchovému spánkovému režimu osob postižených demencí je velmi těžké zajištění jejich bezpečnosti. Právě proto začaly vznikat specializované pavilony, zaměřené na péči o tuto cílovou skupinu, kde pracuje specializovaný personál. Pokud stav klienta neumožňuje pobyt ani v tomto zařízení, je nemocný převezen do psychiatrické léčebny. (Cejhonová, M., 2009, s. 45, 46)

2. PROBLEMATIKA VÝŽIVY SENIORŮ

Sledováním klientů hospitalizovaných na geriatrickém oddělení bylo zjištěno, že polovina seniorů by potřebovala zavedení nutriční podpory. Tyto výsledky se nevztahují pouze na nemocné. Strava ve stáří by měla být zejména plnohodnotná, aby se udržovala optimální tělesná hmotnost a nedocházelo ke ztrátě svalové síly. (Grofová, Z., 2007, s. 105)

2.1 Výživa

Racionální výživa je označována jako otevřený soubor znalostí a technologických postupů, které úzce souvisí s kvalitou i kvantitou přijímaných pokrmů. (Mourek, J., 2005, s. 75)

Výživa se řadí mezi základní potřeby každého člověka. (Grofová, Z., 2007, s. 9) Je zdrojem energie i látek, které jsou důležité pro stavbu a funkci lidského těla. Úlohou výživy je zajištění potřebných živin pro růst, vývoj a obnovu tkání. Výživa je nezbytná pro duševní i fyzickou práci, umožňuje člověku pohyb. Je nezastupitelná v oblasti obranyschopnosti organismu. (Starnovská, T., 2007, s. 2, B)

Kvalita stravy je dána ekonomickou a politickou stránkou, ale i celkovou úrovní gramotnosti a vzdělanosti. I ve vyspělých zemích mohou lidé trpět špatnou výživou, zejména jedná-li se o jedince postižené poruchou gastrointestinálního traktu, duševní chorobou či v období stáří. (Mourek, J., 2005, s. 75)

Dvě třetiny úmrtí v civilizovaných zemích souvisejí se stravovacími návyky. (Jurášková, B., 2010, s. 10)

2.2 Výživová doporučení

Bílkoviny jsou obsaženy ve všech buňkách organismu. Jejich příjem by se měl co nejvíce přiblížit fyziologické potřebě organismu. Pokud tomu tak není, dochází k poruchám tělesného i duševního vývoje, snižuje se odolnost k infekcím, zhoršuje se

hojení ran a mohou se tvořit edémy. Při nadměrném příjmu bílkovin je zatěžována látková přeměna organismu. Vysoký příjem bílkovin je rizikový i proto, že většina potravin obsahuje skryté tuky (maso, uzeniny, tučné mléčné výrobky aj.).

Tuky představují koncentrovaný a nejvydatnější zdroj tělesné energie. Podíl této složky výživy by se měl pohybovat v rozmezí 26 až 28 %. Tuky jsou prospěšné nejen jako zdroj energie, ale i jako rozpouštědlo vitamínů A, D, E, K a část z nich obsahuje esenciální mastné kyseliny.

Sacharidy by měly tvořit 55 – 60 % energetického objemu stravy. Jsou zdrojem rychle využitelné energie. Významnou složku jídelníčku by měly tvořit polysacharidy, to znamená vláknina (obilná zrna, celozrnné výrobky, vločky, otruby, zelenina, ovoce, brambory, rýže, ořechy) a škrob. Potraviny s vlákninou mají ve svém složení i minerální látky, vitamíny, rostlinné bílkoviny. Jednoduché cukry by v jídelníčku neměly překročit hranici 10 % z celkového energetického příjmu.

Vitamíny ovlivňují jako katalyzátory nejrozmanitější biochemické procesy v lidském těle. Organismus si je neumí sám vyrobit, případně je vytvoří jen ve velice malém množství. Při jejich nedostatku, i když je jich potřeba poměrně malé množství, dochází ke vzniku různých nemocí. Vitamíny a stopové prvky mají vliv na likvidaci chemické zátěže organismu.

Minerální látky hrají výraznou roli při výstavbě tělesných tkání. Aktivují, regulují a také kontrolují metabolické pochody. Rovněž se spoluúčastní na vedení nervových vzruchů, ovlivňují osmotický tlak a působí jako aktivátory hormonů i enzymů. Tvoří součást složitých organických látek.

Pitný režim patří k základním požadavkům na výživu. Člověk za normálních okolností vyloučí během dne asi 2,5 litru tekutin. Proto je nezbytné organismu dodat stejné množství. Pokud je příjem tekutin nižší už o 2 %, klesá svalová síla a snižují se psychické funkce. Zhoršuje se reaktivita, vzniká apatie nebo naopak podrážděnost jedince. Nedostatek vody u některých lidí způsobuje ukládání tuku a narušuje trávení. Správný a pravidelný příjem vody může mít pozitivní vliv na hubnutí jedince. Při deficitu vody jsou sliznice dýchacích cest citlivější ke škodlivinám, protože vysychají. (Horan, P., 2006, s. 42)

2.3 Výživa seniorů

Energetické nároky se díky poklesu bazálního metabolismu ve stáří oproti produktivnímu věku mírně snižují. Tohle pravidlo neplatí, pokud senior ochotí. (Grofová, 2007, s. 106)

Po 60 letech věku je u žen doporučen energetický příjem 7 300 kJ až 8 500 kJ a u mužů 7 900 kJ až 9 500 kJ. Je také potřeba zohlednit objektivní pohybovou aktivitu seniora.

Bílkovina by měla být obsažena v rostlinné i živočišné podobě v poměru 1 : 1, optimálně 2 : 1, v denní dávce 10 až 15 %. Seniorkám je doporučena konzumace 55 g bílkovin denně a seniorům 70 g bílkovin. WHO navrhuje pro seniory 1,0 až 1,25 g bílkovin na 1 kg hmotnosti na den. Doporučovány jsou jogurtové nápoje, mléko, jogurty, tvaroh, libové maso, luštěniny. (Tomanová, J., 2009, s. 43)

K doplnění bílkovinné stravy je možno využít kvalitní sójové výrobky typu tofu, čistou vaječnou referenční bílkovinu nebo amarant. (Grofová, 2007, s. 106)

Tuky by se měly v jídelníčku seniorů vyskytovat do 30 % denního příjmu. Rostlinné tuky obsahují nenasycené mastné kyseliny, proto je vhodné jejich využití při přípravě pokrmů. Živočišné tuky je potřeba omezit ve prospěch rostlinných.

Sacharidy by měly tvořit 55 až 65 % denního energetického příjmu. Kromě nadváhy mohou iniciovat také potíže s trávením a riziko vzniku diabetu, proto se v seniorském věku doporučuje omezení příjmu této složky potravy.

Vláknina je doporučena v denní dávce 18 g/den nebo 30 až 40 g. Je prospěšná, protože má pozitivní vliv na peristaltiku střev a váže na sebe část cholesterolu. Rovněž je považována za důležitou při prevenci vzniku zhoubných nádorů střev.

Vitamíny A, B, C, E jsou pro organismus užitečné. Podporují imunitu a jsou prospěšné pro uvolnění energie. Pro seniory je rovněž ve stravě významný příjem vápníku, draslíku, fluóru a stopových prvků. Hlavně chrom pozitivně ovlivňuje cukr v krvi. Velmi podstatné jsou rovněž železo, měď, jod, hořčík, mangan, selen, zinek.

Senior by měl denně vypít 2,5 l tekutin, jelikož při jejich nedostatku je ohrožen možným vznikem dehydratace a snížením duševní aktivity. (Tomanová, J., 2009, s. 43)

2.3.1 Zvláštnosti vyššího věku v souvislosti s příjmem potravy

Nové generace seniorů se při stárnutí nacházejí ve stále lepší kondici a jejich zdravotní stav je také uspokojivější.

S postupujícím věkem se snižuje tělesná výška. Hmotnost většinou stoupá do 70. až 80. roku věku, pak dochází k poklesu BMI. (Kalvach, Z., 2004, s. 99, 100, 101)

Fyziologické změny v gastrointestinálním traktu vznikají poruchou či ztrátou dentice. Potrava nelze dostatečně rozmělnit a neadekvátně zatěžuje trávicí trakt. V seniorském věku se snižuje salivace, tím se zhoršuje zpracování pokrmů a mohou vznikat polykací problémy. Negativní působení na optimální zažívání má i fyziologický pokles tonu horního esofageálního svěrače, snížení motility gastrointestinálních orgánů a sekrece žaludečních šťáv. Pokud klesá produkce žaludeční kyseliny, zvyšuje se pH žaludku a to ovlivňuje resorpci léků. Snížení sekreční a exkreční funkce pankreatu doprovází atrofii slinivky břišní. Tento fakt ovlivňuje přítomnost průjmovitých stolic seniorů.

Svalová hmotnost seniora postupně klesá a zvyšuje se podíl tukové tkáně. Tuk se hromadí zejména v centrálních orgánech. Kolem 20. až 30. roku činí podíl svalové hmoty 30 %. Ve věku 70 až 80 let je to asi 15 %. Protože je svalstvo zdrojem aminokyselin, je důležité v boji proti akutní infekci i k reparaci tkání. Při stresu je zdrojem energie. V závislosti na změnách složení těla, funkční schopnosti organismu a tělesné aktivitě se mění energetická potřeba seniora. Rozdíl mezi bazální energetickou potřebou v mládí a ve stáří činí 200 kcal/den. (Jurášková, B., 2010, s. 8, 9, 10)

2.4 Problémy příjmu potravy u seniorů

Poruchy ve výživě seniorů nejčastěji způsobují somatické choroby, porušená psychika, vliv medikace a také imobilizační syndrom. (Novotná, J., 2009, s. 44)

Změny tělesné hmotnosti u seniorů mnohdy souvisejí s psychickými problémy, hlavně s demencí a depresí. Tyto osoby mají nižší chuť k jídlu, mění se akceptovatelná forma, množství a složení přijímané potravy. Organismus omezeně zpracovává a využívá některé druhy potravin.

Kvalita výživy je důležitá nejen z důvodu terapeutického, ale i pro zachování života. Lidé mají rozdílný stupeň důležitosti příjmu potravy v žebříčku priorit, i pokud onemocní. Pokud jedinec trpí neonkologickou chorobou, může se vzniku podvýživy zabránit dietním opatřením. Schopnost úpravy výživového deficitu se zhoršuje s přibývajícím věkem seniora. Je to dáno nižší účinností izolovaně navýšeného energetického příjmu, a proto nemusí ani po takovém nutričním zásahu dojít k navýšení hmotnosti klienta. Tento stav pak zhoršuje pocit úzkosti, deprese a frustrace seniora. Někdy klient i jeho rodina hledají viníky v řadách personálu. Sledují, zda je strava plnohodnotná, je-li podávána správně, ve stanovenou dobu a v předepsaném množství. Přestože nejbližší svého seniora často dokrmují z vlastních zásob, tělesná hmotnost se nezvyšuje. (Doleželová, I., 2009, s. 33)

Největším problémem stravování v seniorském věku bývá nechuť měnit staré zvyky. Senioři velmi neradi zkouší gastronomické novinky. Tento fakt je třeba při přípravě plnohodnotné stravy zohlednit. Velmi důležitý je i atraktivní vzhled nejenom prostředí, ale i konzumovaného jídla. (Grofová, 2007, s. 106)

2.4.1 Malnutrice

Grofová publikuje, že ačkoli je diagnostika podvýživy poměrně jednoduchá, nevěnuje se jí patřičná pozornost. Důležité je sledovat nechtěný pokles hmotnosti klienta, hodnocení BMI a omezený příjem stravy v posledních sedmi dnech. (Grofová, Z., 2009, s. 18)

Kohout a Kotlíková popisují malnutrici jako stav zhoršené výživy. Jedná se o poruchu stavu výživy s nedostatečnou energetickou zásobou organismu, deficitem proteinů, vitamínů a stopových prvků.

Malnutrici může způsobit nepřiměřený příjem potravy, porucha digesce, absorpce, metabolické poruchy, vysoké ztráty nebo potřeby lidského těla.

Aktuálně se malnutrice dělí na prosté a stresové hladovění, či na hypometabolickou a hypermetabolickou malnutrici. Při prostém hladovění je většinou organismus přizpůsoben na snížený příjem potravy, a tudíž adekvátně snižuje energetický výdej. Pokud je organismus zatížen stresovou malnutricí, energetický výdej se zvyšuje. V tomto období dochází v důsledku neschopnosti organismu

využívat tuky k inzulínorezistenci. Tělo využívá pro obtížné využití sacharidů aminokyseliny z vlastních tkání. (Kohout, P., 2005, s. 10, 11, 12, 13).

Pokud postižený trpí mírnou podvýživou, je jeho váhový úbytek 5 % za tři měsíce. Střední podvýživa je charakterizována úbytkem tělesné hmotnosti 5 % za dva měsíce, případně se BMI pohybuje v hodnotách 18,5 – 20,5. Jedinec v těžké podvýživě má váhový úbytek 5 % za jeden měsíc a jeho BMI může být pod 18,5.

Přijímá-li klient za poslední týden potravu v objemu 50 – 70 %, jeho rizikový faktor je mírný. Střední riziko vzniká při příjmu potravy 25 – 60 %. Závažné riziko je definováno příjmem stravy v posledním týdnu 0 – 25 %. Tyto parametry se vztahují i na obézní jedince.

U čistě proteinové malnutrice se sleduje hladina albuminu v krvi. Pokud je hladina albuminu nízká, může se jednat nejen o podvýživu, ale i o poruchu hydratace nebo zánětlivé onemocnění. Mění-li se koncentrace albuminu příliš rychle, jedná se většinou o klienty postižené sepsí, peritonitidou, či po těžkých břišních operacích a poruchou hydratace. Pokud je nutné vyšetřit malnutrici podrobněji, odebírá se klientovi prealbumin, transferin, pseudocholinesteráza a jiné proteiny akutní fáze. (Grofová, Z., 2009, s. 18)

Malnutrici je třeba včas diagnostikovat a léčit. Pokud člověk trpící malnutricí onemocní, léčba se v porovnání s normálně vyživovaným člověkem většinou komplikuje, prodlužuje a vyžaduje nasazení dražší terapie. U obézních nemocných vzniká reálné riziko nerozpoznání stresové malnutrice, protože katabolismus zrychleně spotřebovává proteiny svalstva. Zde je nutno rychle zahájit umělou výživu. (Kohout, P., 2005, s. 10, 11, 12, 13)

2.4.2 Obezita

Obezita se klasifikuje podle BMI. Stádium nadváhy se pohybuje v rozmezí 25 - 29,9, obezity 30 - 34,9 a těžké obezity v rozmezí 35 – 40 a více. (Grofová, Z., 2007, s. 47, 92)

K obezitě dochází, pokud je příjem energie v nerovnováze se spotřebou. Vyskytuje se hlavně v období počátečního stáří. Stravování v tomto případě neklade důraz na kvalitu pokrmů, ale spíše na množství konzumovaného. Obézním lidem mnohdy schází vůle omezit příjem jídla, tento stav bývá provázen i sníženou

pohybovou aktivitou. Obezita přináší riziko vzniku různých onemocnění. Zatěžuje klouby, zvyšuje pravděpodobnost vzniku srdečního a nádorového onemocnění i cukrovky. (Novotná, J., 2009, s. 44)

Gynoidní obezita, která je charakteristická pro ženskou postavu (tvar hrušky) není z hlediska ukládání tuků tak metabolicky závažná jako androidní (mužská) obezita. V tomto případě distribuce tuků připomíná tvar jablka a nese sebou kardiovaskulární riziko. (Grofová, Z., 2007, s. 92, 93)

2.4.3 Dehydratace

V období stáří dochází k deficitu tělesných tekutin častěji, protože organismus je vnímavější na změny vodního hospodářství. Senior mívá nižší pocit žízně a často užívá lékařem ordinovanou medikaci, která může hydrataci negativně ovlivňovat. Rizika sníženého množství tekutin v organismu jsou poměrně významná. Může dojít k selhávání ledvinových funkcí a v důsledku zahuštění krve i k mozkovým příhodám. (Novotná, J., 2009, s. 44)

2.5 Výživová doporučení pro seniory

Senioři by se měli stravovat pestře a střídavě. Je nutné brát v potaz stav dentice a k přípravě pokrmů přistupovat šetrně, aby nedocházelo ke ztrátám vitamínů.

Konzumovat by se měly pětkrát denně menší porce stravy. Není dobré se přejídat ani hladovět. Velmi prospěšné je jíst a pít nejpozději dvě hodiny před ulehnutím.

Také nadměrné solení a velký příjem cukru lidskému tělu neprospívá.

Mezi výživová doporučení patří omezení tučných potravin. Je možné konzumovat máslo, protože je zdrojem vitamínu A a také vyživuje jaterní buňky, ale denní dávka by měla být 25 g. Vitamín E a nenasycené mastné kyseliny může organismus přijímat v podobě řepkového nebo olivového oleje.

Ve stravě by se měly upřednostňovat těstoviny, neloupaná rýže, luštěniny, syrová zelenina a ovoce. Pro vyšší příjem vlákniny by měl senior denně pozřít tři porce celozrnného pečiva.

Důležitým zdrojem vitamínů, stopových prvků, karotenoidů a minerálních látek je ovoce, které je doporučeno konzumovat v množství 200 g denně a zelenina (300 g denně).

Senior by měl zařadit do svého stravování vepřové libové a drůbeží maso alespoň třikrát týdně. Ryby je doporučováno konzumovat v množství 300 g týdně. V jídelníčku nesmí chybět ani mléko, mléčné výrobky a vejce.

Ke stravování patří i pitný režim. Průběžný denní příjem tekutin je doporučován v množství 2 l. (Tomanová, J., 2009, s. 43, 44)

3 STRAVOVÁNÍ V DOMOVECH PRO SENIORY

Celoroční pobytová zařízení pro seniory zajišťují svým obyvatelům kvalitní stravu, přiměřenou nejen jejich věku, ale i zdravotnímu stavu. Podávané jídlo musí mít potřebnou úpravu, aby odpovídalo individuálním možnostem klienta se najíst. (Malíková, E, 2011, s. 116)

3.1 Výživa v domovech pro seniory

V domovech pro seniory jsou pokrmy klientům podávány podle diet. Strava je poskytována pětikrát a diabetikům šestkrát denně. Jídlo musí být vyhovující nejen po stránce kvalitního výběru potravin, ale musí splňovat i estetické parametry. Pokrmy jsou servírovány klientům ve společných jídelnách, případně na pokojích. Vždy se zohledňuje jejich zdravotní stav a pohybový hendikep člověka. Nesoběstačným klientům jsou jednotlivá jídla upravována tak, aby senior mohl samostatně stolovat. V dnešní době se klade velký důraz na respektování individuálních stravovacích návyků uživatelů služby. Seniory, kteří se nejsou schopni samostatně najíst, krmí personál.

Většina pobytových zařízení má vlastní kuchyni. Pokud tomu tak není, je služba zajištěna dodavatelsky. Dietu určuje lékař, ale klient se musí sám rozhodnout, zda bude dietní doporučení respektovat. Jídelníček sestavuje nutriční terapeut a praktický lékař s vrchní sestrou pobytového zařízení jej připomínkují. Jídelní lístky jsou v zařízeních viditelně vyvěšeny na chodbách a imobilním klientům jsou donášeny na pokoj. Všeobecná sestra je zodpovědná za rozdání stravy.

Stále častěji si obyvatelé domovů pro seniory mohou vybrat snídani, oběd a večeři z několika nabízených druhů stravy. Stravování je zabezpečováno i klientům, kterým je zavedena nasogastrická sonda nebo perkutánní endoskopická gastrostomie.

Součástí poskytování stravy je i pitný režim. Každý den se klientům připravuje do termosek čaj, který personál během dne obyvatelům aktivně nabízí. Nedoporučuje se pít velkého množství tekutin jednorázově. (Malíková, E., 2011, s. 116,117)

3.2 Nutriční hodnocení stavu výživy v zařízení pro seniory

Sestry pracující v domovech pro seniory by měly umět zhodnotit nutriční potřebu uživatele služby, naplánovat, realizovat a vyhodnotit potřebnou ošetrovatelskou péči. Obezitu může všeobecná sestra diagnostikovat pomocí BMI. K měření tloušťky kožní řasy lze použít kalipero. Rovněž se dá využít metoda WHR (whist to hip ratio), při níž se sleduje poměr pasu a boků. Standardizované názvosloví ošetrovatelských problémů spojené s nadměrným přísunem potravy uvedené v Nanda International nabízí ošetrovatelské diagnózy 00001 – Nadměrná výživa, 00003 – Riziko nadměrné výživy.

V sociálních zařízeních se podvýživa vyskytuje poměrně často. Většinou ji doprovází nechutenství. Vlivem fyziologických změn jako jsou ztráta elasticity kůže, vrásky a pokles svalové hmoty jsou senioři někdy neprávem posuzováni za ohrožené malnutricí. Proto sestra v diagnostice této poruchy využívá antropometrické metody, BMI, měření svalové síly, sledování celkového příjmu a výdeje tekutin i stravy, fyziologických funkcí, turgoru kožního a jiných metod. Pro tento ošetrovatelský problém je v Nanda International uvedena ošetrovatelská diagnóza 00002 – Nedostatečná výživa.

Pro správnou diagnostiku stavu výživy seniora je nezbytné vytvořit nutriční anamnézu klienta. Za tímto účelem lze použít standardizovaný nutriční dotazník Mini Nutritional Assessment i jiné doporučené nutriční dotazníky. (Pohlová, L., 2009, s. 44, 45)

3.3 Problematika výživy v domovech pro seniory

Starnovská popisuje nedostatky, které se vyskytují v oblasti stravování v některých institucionalizovaných zařízeních pro seniory:

- stravování podle vlastních představ pracovníků zařízení
- absence nutričního terapeuta v domovech pro seniory
- strava nevyhovující potřebám klientů

V zákoně o sociálních službách č. 108/2006 Sb. je uvedeno, že poskytovatel musí chránit uživatele služby před poškozováním jeho individuálních zájmů

neodborným poskytováním služeb. Poskytovatel je povinen umožnit uživateli služby žít běžným způsobem života, zachovávat a rozvíjet důstojný život pomocí odborných a bezpečných služeb.

Obyvatelé domova pro seniory si hradí stravu na základě podpisu smlouvy. Pokud se senior rozhodne, že nebude odebírat předepsanou dietu lékařem, je zařízení povinno klienta prokazatelně seznámit se všemi důsledky tohoto rozhodnutí. Je nutné mu srozumitelně sdělit, že pokud nebude přijímat potravu s dietním omezením, vystavuje se riziku zdravotního poškození. Nezlepší se ani jeho soběstačnost. Tyto informace by měl senior získat od svého ošetřujícího lékaře a nutričního terapeuta.

Domov pro seniory se dle platné legislativy zavazuje poskytovat celodenní stravu minimálně v rozsahu třech hlavních jídel. Strava musí být připravena tak, aby splňovala kritéria racionální výživy, dietního stravování a byla přizpůsobena věku obyvatel zařízení.

Od ledna roku 2010 byly do sazebníku zdravotních výkonů zahrnuty i výkony nutričního terapeuta. (Starnovská, T., 2010, s. 18)

3.4 Standardizace nutriční péče v domovech pro seniory

V roce 2006 představila firma Nutricia a.s. projekt Standardizace nutriční péče v domovech pro seniory. Jeho cílem je zkvalitnění poskytované služby a tím snížení nákladů na péči o seniora, který bude v dobrém nutričním stavu. Pilotní studie proběhla ve třech pražských domovech pro seniory během let 2005 a 2006. Odborným garantem se stala registrovaná nutriční terapeutka Tamara Starnovská. (Janáková, 2007, s. 4, 5)

Standardizovaná nutriční péče se zaměřuje na systematické posuzování stavu výživy klientů a odhalování seniorů ohrožených malnutricí, kterým se pak adekvátně upravuje strava. Součástí této péče je i pečlivé sledování ohrožených klientů a vedení dokumentace o efektu prováděných nutričních opatření. Probíhá v 6 modulech a je realizována prostřednictvím nutričního týmu, do kterého patří nejen praktický lékař, sestra, nutriční terapeut, ale i rehabilitační pracovníci. (Starnovská, 2007, s. 8, 9, A)

4 KVANTITATIVNÍ PRŮZKUMNÉ ŠETŘENÍ

V lednu 2011 byl v Domově seniorů Hranice proveden výzkum aktuální výživové situace všech klientů s využitím kvantitativní metody standardizovaného Screeningového dotazníku malnutrice CV FTN. Základní nutriční screening byl zpracován s použitím Nottinghamského dotazníku a materiálu FTN Praha, MUDr. Pavlem Kohoutem, Ph.D. a nutriční terapeutkou Tamarou Starnovskou. (Kohout, P., 2005, s. 28)

4.1 Charakteristika Domova seniorů Hranice

Domov seniorů Hranice je příspěvková organizace, jejímž zřizovatelem je město Hranice. Jedná se o pobytové zařízení, které poskytuje celoroční službu 184 klientům se sníženou soběstačností. V domově je umístěno i oddělení se zvláštním režimem určené pro seniory trpící demencí a poruchami paměti s kapacitou 31 míst. Domov rovněž provozuje pečovatelskou službu.

Cílem poskytované služby je zejména profesionální zajištění sociální, zdravotní a ošetrovatelské péče obyvatelům. Personál se snaží v maximální míře podporovat své klienty k soběstačnosti. Zařízení vytváří bezpečné a příjemné prostředí, které zajišťuje seniorům důstojný a aktivní život.

Ošetrovatelská péče je řízena vedoucí úseku sociální a zdravotní péče, která je mimo jiné zodpovědná za tvorbu a realizaci ošetrovatelských standardů. V pobytovém zařízení je zaměstnáno 16 všeobecných sester, 1 sestra pracující pod odborným dohledem, 1 nutriční terapeutka, 2 fyzioterapeuti, 1 rehabilitační pracovnice a 34 pracovníků přímo obslužné péče. Čtyřikrát týdně zde ordinuje odborný praktický lékař. Stomatolog, psychiatr, urolog a diabetolog docházejí do domova pouze konziliárně. (www.domovsenioruhranice.cz)

4.1.1 Způsob podávání stravy v zařízení

Domov seniorů připravuje stravu pod vedením nutričního terapeuta ve vlastní kuchyni. Strava je přizpůsobena věku i zdravotnímu stavu uživatelů služby. Klienti si mohou pokrmy objednávat podle diet, které jim doporučuje praktický lékař. Jídlo se podává dle zdravotního stavu obyvatel buď ve velké společné jídelně, nebo v malých jídelnách, umístěných na každém ubytovacím patře, či přímo na pokojích klientů.

Strava je personálem servírována 5x denně (diabetikům 6x denně) podle platného dietního systému. Většina klientů má lékařem doporučenou dietu č. 3 (racionální), č. 9 (diabetickou) a č. 4 (šetřící). Obyvatelé si mohou vybrat stravu ze dvou možností u snídaně a oběda. Večeře je připravována 4x týdně teplá a 3x týdně studená. Klienti mají celodenně k dispozici čaj.

Senioři se mohou ke skladbě jídelníčku vyjadřovat 1x za 14 dní prostřednictvím stravovací komise. Na těchto schůzkách, na nichž je vždy přítomna nutriční terapeutka a vrchní sestra, se nabízí prostor i pro edukaci obyvatel ke zdravému způsobu stravování.

4.2 Cíle šetření a pracovní hypotéza

1. Cílem práce bylo zhodnocení aktuálního stavu výživy klientů v Domově seniorů Hranice.
2. Cílem bylo vytipovat rizikové klienty žijící v pobytovém zařízení, kteří jsou ohroženi malnutricí prostřednictvím Nottinghamského dotazníku a materiálu FTN Praha, který se dosud v Olomouckém kraji v domovech pro seniory nepoužíval.
3. Dalším cílem bylo seznámit s výsledky prováděného šetření vrchní sestry domovů pro seniory v Olomouckém kraji.

Pracovní hypotéza:

1. Protože v tomto pobytovém zařízení pracuje nutriční terapeutka, lze se proto domnívat, že se nutriční stav klientů nebude pohybovat v pásmu malnutrice.

4. 3 Metody prováděného dotazníkového šetření

Pro získání empirických dat byla použita kvantitativní metoda, a to standardizovaný Screeningový dotazník malnutrice CV FTN. Základní nutriční screening byl zpracován s použitím Nottinghamského dotazníku a materiálu FTN Praha. (Kohout, P., 2005, s. 28)

V úvodní části dotazníku byly se souhlasem respondentů vyplněny jejich identifikační údaje. U každého respondenta byla zaznamenána aktuální hmotnost, výška a na základě těchto údajů byla stanovena hodnota BMI. Imobilní respondenti byli zvaženi prostřednictvím váhy umístěné na zvedáku.

U všech respondentů byly vyplněny údaje A, B, C, D, E, F. V každém oddíle je hodnocení od 0 do 2 bodů.

V části A je hodnocen věk, kdy hraniční hodnota je stanovena na 65. rok věku. V oblasti B je posuzována výsledná hodnota BMI. Jako nejrizikovější je zde uvedeno BMI pod 18. V oddíle C je sledována ztráta hmotnosti. Nejvíce bodů je uděleno, pokud hmotnost klesne o více než 6 kg za 3 měsíce. V bodě D se vyhodnocuje příjem jídla za poslední 3 týdny. Dva body jsou uděleny klientovi, který občas jí nebo nejí. V části E jsou posuzovány projevy nemoci. Pokud senior uvádí, že zvrací nebo má průjem nad 6 dní, jsou mu přiděleny dva body. V posledním oddíle F je hodnocen faktor stresu. Mezi střední faktor stresu patří chronické onemocnění, diabetes mellitus či menší a nekomplikovaný chirurgický výkon. Vysoký faktor stresu je popisován jako akutní dekompenzované onemocnění, rozsáhlý chirurgický výkon, pooperační komplikace, umělá plicní ventilace, popáleniny, trauma, krvácení do GIT, hospitalizace na ARO nebo JIP.

Po vyhodnocení dotazníku se sečtené body vyhodnocují podle následujícího indexu:

- 0 – 3 bez rizika (bez nutnosti zvláštní intervence)
- 4 – 7 riziko vzniku malnutrice (nutné vyšetření nutričním terapeutem, speciální dieta)
- 8 – 11 malnutrice (malnutrice ohrožující život či průběh choroby, bezpodmínečně nutná speciální nutriční léčba)

(Kohout, P., rok 2005, s. 28)

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 184 obyvatel Domova seniorů Hranice. Data byla zpracována prostřednictvím grafického vyjádření s použitím výsečového grafu.

4.4 Organizace dotazníkového šetření

Screeningový dotazník malnutrice byl v domově seniorů vyplněn se souhlasem ředitele zařízení v době od 10. 1. 2011 do 14. 1. 2011 a ve spolupráci s nutriční terapeutkou. Zúčastnilo se ho všech 184 klientů domova seniorů. Vhodnost použití právě tohoto dotazníku byla konzultována s MUDr. Tomášem Čáranem a nutriční terapeutkou Zuzanou Holcovou, kteří vedou nutriční poradnu ve spádové nemocnici v Hranicích. K této metodě bylo přistoupeno zejména proto, že se zařízení dlouhodobě zajímá o zvýšení kvality v oblasti výživy a vede potřebnou dokumentaci nutnou k získání objektivních údajů k vyplnění dotazníku.

U všech respondentů bylo provedeno aktuální vážení a měření, na jehož základě byl vypočítán BMI. Respondenti, kteří se špatně vyjadřovali k množství konzumované stravy, měli ve svých pokojích záznamy, do nichž ošetřující personál dlouhodobě zaznamenával každodenní množství zkonsumované potravy. Tato dokumentace je vedena v zařízení přibližně půl roku.

Informace o ztrátě hmotnosti byly čerpány z ošetřovatelské dokumentace klientů domova. Obyvatelé jsou ošetřovatelským personálem váženi 1x za 3 měsíce. Ze stejného zdroje byly získány údaje o přítomnosti chronického onemocnění nutné k hodnocení středního faktoru stresu. Pokud klienti nebyli schopni uvést problémy související s projevy nemoci (bolest břicha, nechutenství, zvracení, průjem), referovali o těchto skutečnostech ošetřující personál a rovněž byly využity záznamy z vedené ošetřovatelské dokumentace.

4.5 Zpracování dotazníkového šetření pomocí grafů

Šetření se zúčastnilo 184 klientů Domova seniorů Hranice.

Položka č. 1 Rozdělení žen dle věku

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost
do 65 let	2	2 %
nad 65 let	128	98 %
celkem	130	100 %

Graf č. 1 Rozdělení žen dle věku



V grafu č. 1 je uvedeno, že v Domově seniorů Hranice žijí 2 % žen (2 respondentky) ve věku do 65 let a 98 % žen (128 respondentek) dosahuje věkové hranice nad 65 let.

Položka č. 2 Rozdělení mužů dle věku

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost
do 65 let	3	6 %
nad 65 let	51	94 %
celkem	54	100 %

Graf č. 2 Rozdělení mužů dle věku

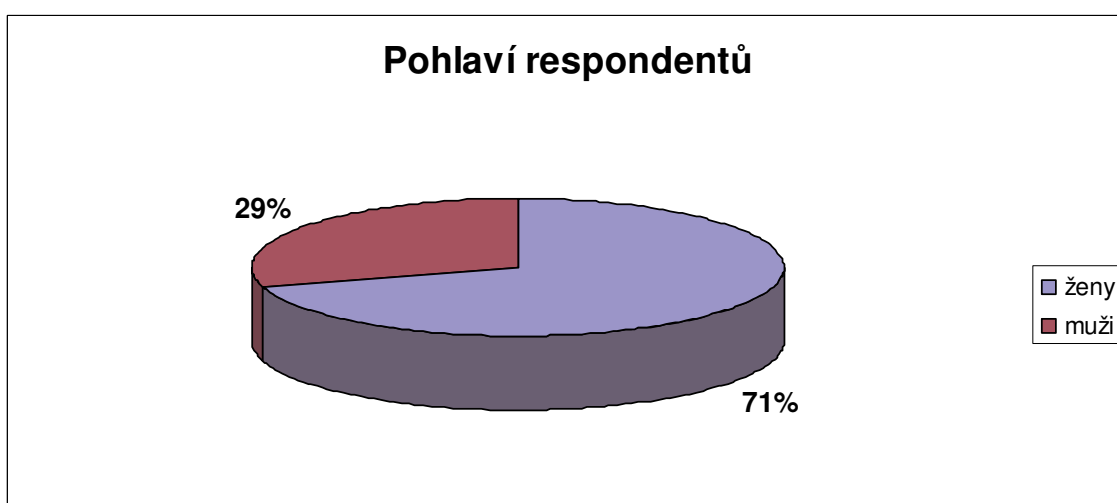


Z grafu č. 2 vyplývá, že v Domově seniorů Hranice žije 6 % mužů (3 respondenti) ve věku do 65 let. 94 % mužů (51 respondentů) má více než 65 let.

Položka č. 3 Pohlaví respondentů

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost
ženy	130	71 %
muži	54	29 %
celkem	184	100 %

Graf č. 3 Pohlaví respondentů

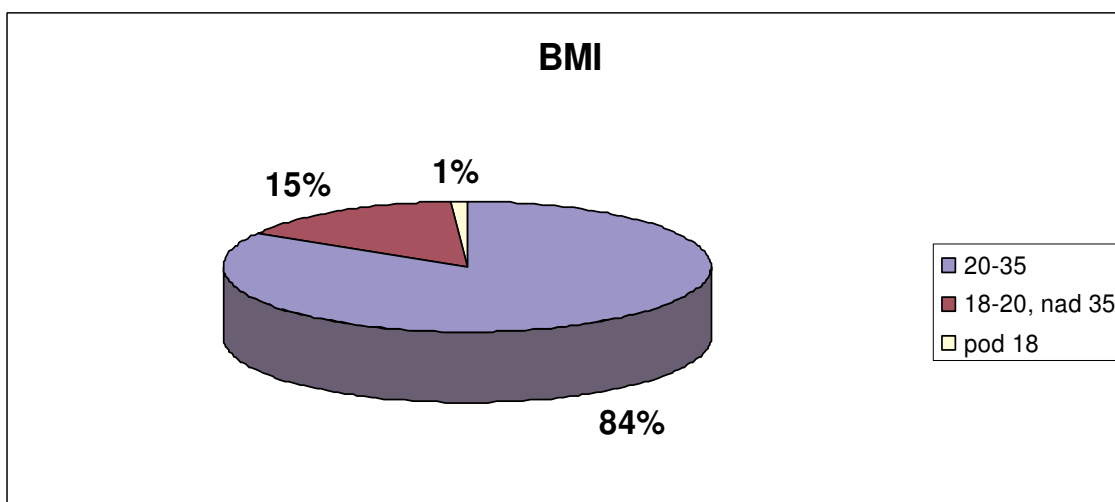


V grafu č. 3 je znázorněno zastoupení obyvatel ženské a mužské populace. 71 % obyvatel je ženského pohlaví (130 respondentů) a 29 % obyvatel tvoří mužská populace (54 respondentů).

Položka č. 4 BMI

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost
20-35	158	84 %
18-20, nad 35	24	15 %
pod 18	2	1 %
celkem	184	100 %

Graf č. 4 BMI

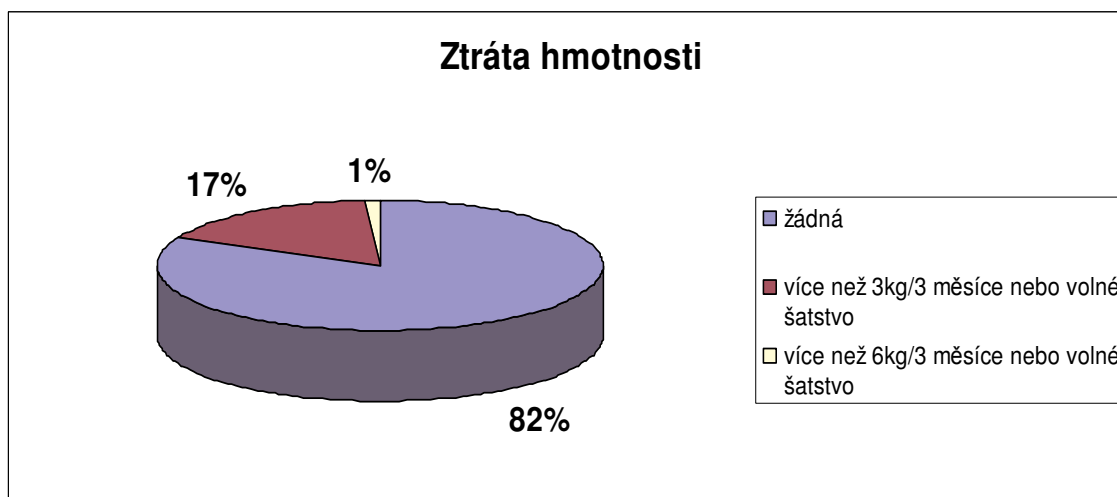


Graf č. 4 znázorňuje hodnotu BMI u všech respondentů. 84 % respondentů (158 osob) zařízení má BMI v mezích normálu. U 15 % respondentů (24 osob) se index tělesné hmotnosti pohybuje mezi 18-20 nebo nad 35. 1 % respondentů (2 osoby) má BMI pod 18.

Položka č. 5 Ztráta hmotnosti respondentů

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost
žádná	151	82 %
více než 3 kg/3 měsíce nebo volné šatstvo	31	17 %
více než 6 kg/3 měsíce nebo volné šatstvo	2	1 %
celkem	184	100 %

Graf č. 5 Ztráta hmotnosti respondentů

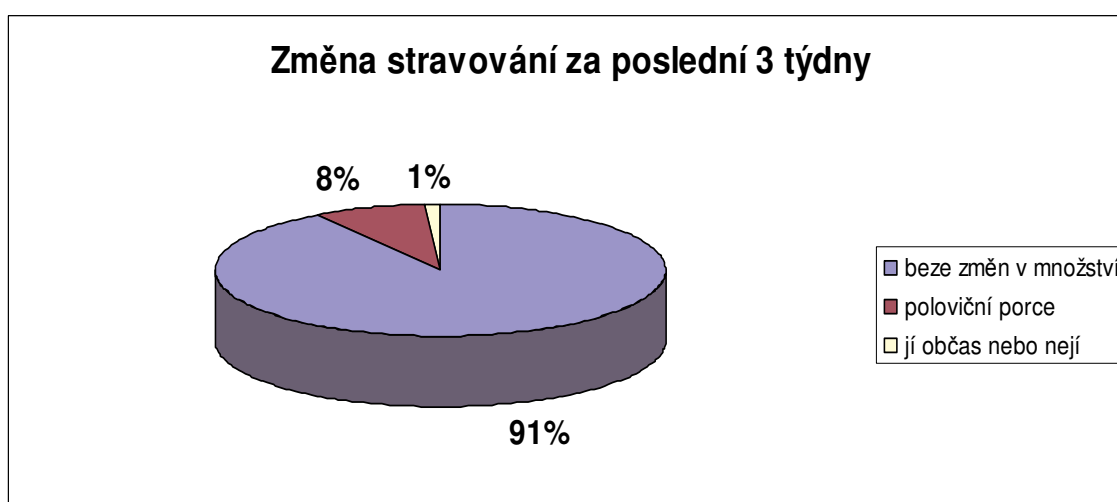


Graf č. 5 vyjadřuje ztrátu hmotnosti respondentů. U 82 % respondentů (151 osob) nebyl zaznamenán žádný úbytek hmotnosti. 17 % respondentů (31 osob) uvedlo úbytek váhy více než 3 kg za poslední tři měsíce. 1 % respondentů (2 osoby) zaznamenalo váhové snížení více než 6 kg za poslední tři měsíce.

Položka č. 6 Změna stravování za poslední 3 týdny

Odpověď	absolutní četnost	relativní četnost
beze změn v množství	167	91 %
poloviční porce	15	8 %
jí občas nebo nejí	2	1 %
Celkem	184	100 %

Graf č. 6 Změna stravování za poslední 3 týdny

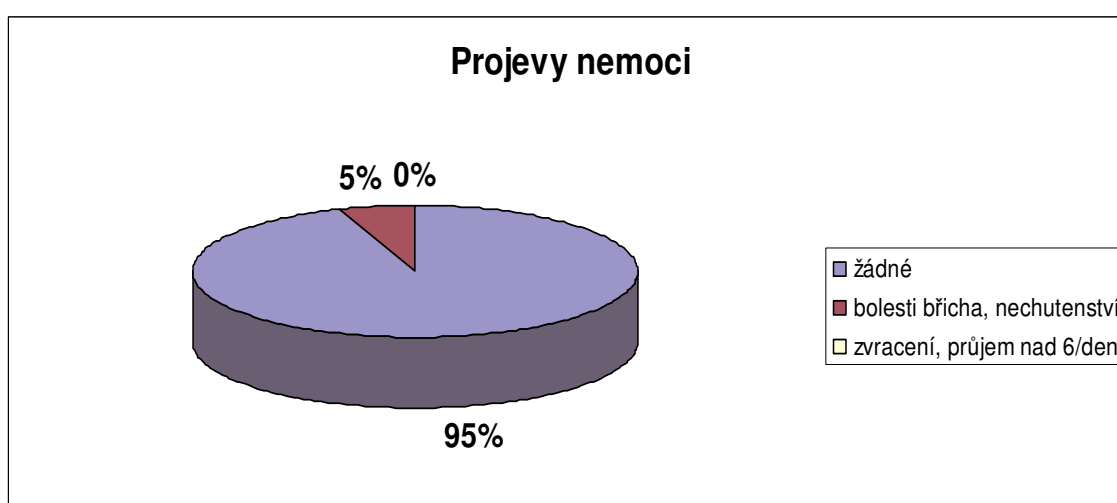


V grafu č. 6 je popsán příjem potravy respondentů za poslední 3 týdny. V 91 % případech (167 osob) respondenti uvedli, že nezaznamenali žádnou podstatnou změnu v kvantitativním příjmu stravy. 8 % respondentů (15 osob) konstatovalo, že během uplynulých třech týdnů jedli poloviční porce. 1 % respondentů (2 osoby) popsalo, že jí občas nebo nejí vůbec.

Položka č. 7 Projevy nemoci

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost
žádné	174	95 %
bolesti břicha, nechutenství	10	5 %
zvracení, průjem nad 6/den	0	0 %
celkem	184	100 %

Graf č. 7 Projevy nemoci

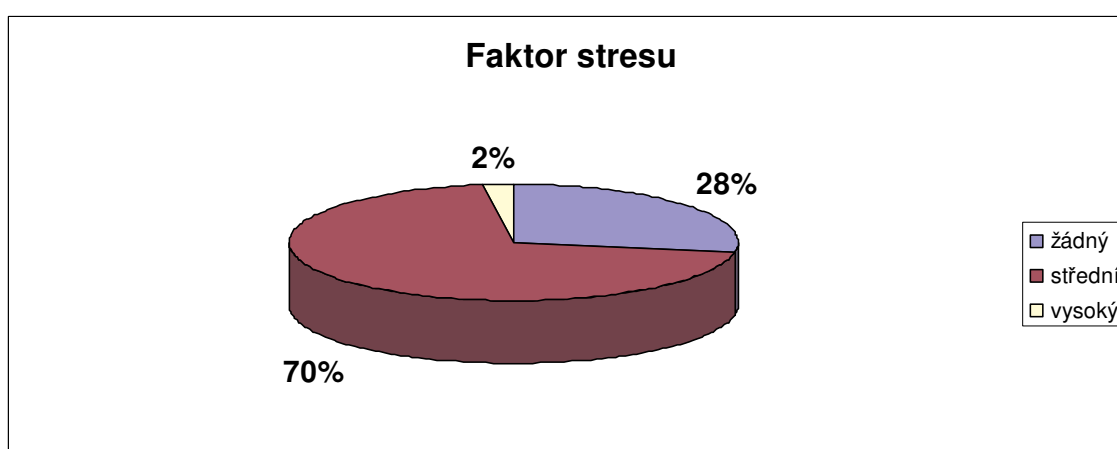


Graf č. 7 vyjadřuje četnost projevů nemoci respondentů. 95 % respondentů (174 osob) netrpí žádnými projevy nemoci, 5 % respondentů (10 osob) mívá bolesti břicha a nechutenství. Žádný respondent nevedl, že by zvracel nebo trpěl průjmy čtenějšími než 6x denně.

Položka č. 8 Faktor stresu

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost
žádný	51	28 %
střední	129	70 %
vysoký	4	2 %
celkem	184	100 %

Graf č. 8 Faktor stresu

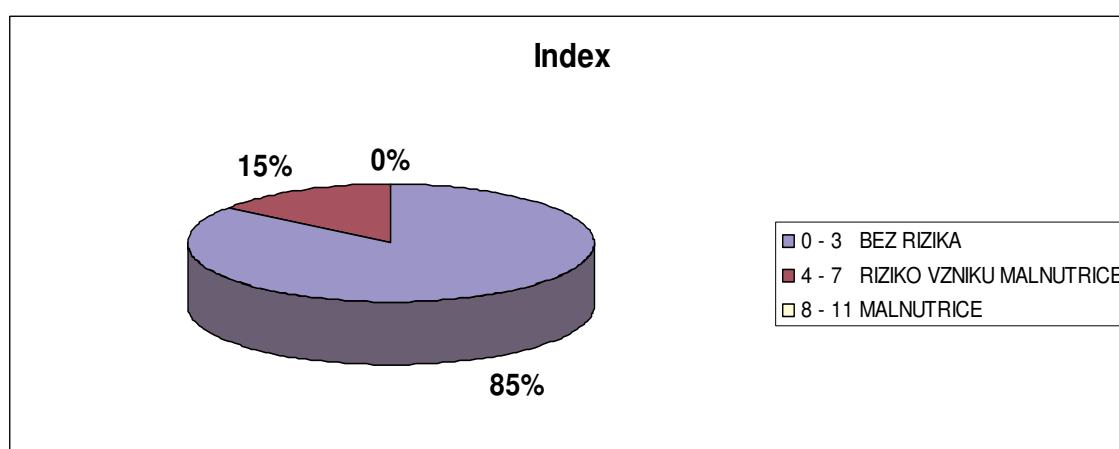


V grafu č. 8 je znázorněno, že 70 % respondentů (129 osob) domova trpí chronickými chorobami, diabetem mellitem či absolvovali menší chirurgický zákrok či jiné nemoci. U 28 % respondentů (51 osob) se dosud nevyskytuje žádné chronické onemocnění. 2 % respondentů (4 osoby) trpí akutním dekompenzovaným onemocněním.

Položka č. 9 Index

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost
0 - 3 BEZ RIZIKA	157	85 %
4 - 7 RIZIKO VZNIKU MALNUTRICE	27	15 %
8 - 11 MALNUTRICE	0	0 %
celkem	184	100 %

Graf č. 9 Index



Z grafu č. 9 vyplývá, že 85 % respondentů (157 osob) žijících v tomto pobytovém zařízení nepotřebuje momentální nutriční opatření. U 15 % respondentů (27 osob) je potřeba provést nutriční intervenci. Žádný obyvatel netrpí malnutricí, která by jej ohrožovala na životě či komplikovala primární nemoc.

4.6 Analýza a interpretace výsledků šetření

Ženská populace má daleko větší pravděpodobnost přežití než mužská. Proto s přibývajícím věkem narůstá ve společnosti počet osamělých starých žen. Ve věkové skupině 70 až 79 let se vyskytuje 57 % ovdovělých žen. V 80 letech se tento poměr zvyšuje na 81,5 %. U mužů ve věkové kategorii 70-79 let tvoří poměr vdovců 15,3 % a po 80. roce věku 32,5 %. Tento fakt se promítá i do obsazení sociálních a zdravotních zařízení. (Kalvach, Z., 2004, s. 59)

Do domova seniorů může být přijata osoba se sníženou soběstačností, která vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. (Malíková E., rok 2011, s. 65)

V grafu č. 1 bylo vyjádřeno kolik žen ve věku do 65 let a nad touto věkovou hranicí žije v Domově seniorů Hranice. Z našeho šetření vyplývá, že většina obyvatelek domova (98 %) dosahuje věku nad 65 let. V pobytovém zařízení se vyskytují pouze dvě ženy, které nedosáhly věku 65 let. Tato fakta korespondují s demografickými údaji v České republice. Ženy nastupují do domova seniorů ve většině případů po 65. roce věku z důvodu snížení soběstačnosti způsobeného různými zdravotními problémy. Obtížně se pak starají o svou osobu i domácnost, mnohdy bydlí bariérově, což jim dlouhodobě nedovoluje opustit domácnost. Mnohdy k nástupu do zařízení přispívá i fakt, že ovdoví a jejich děti bydlí v jiných městech.

Graf č. 2 představuje věkovou skupinu mužů do 65 let a nad 65 let věku, kteří žijí v tomto sociálním zařízení. 94 % mužů tvoří věkovou skupinu nad 65 let věku a 6 % pod 65 let věku. Z tohoto grafu vyplývá, že muži do 65 let se v domově vyskytují v procentuálně vyšším počtu než ženy stejného věku. Lze se proto domnívat, že zdravotní stav mužů před 65. rokem je horší, než u žen. Jeden z důvodů časného přijetí do domova může být i ten, že mužské populaci více vyhovuje institucionální péče, zvláště pokud ztratí partnerku. Starší generace mužů se potýká s problémy souvisejícími s vedením domácnosti, když jim manželka zemře. Často o tom hovoří se sociální pracovníci domova seniorů před nástupem do zařízení.

V grafu č. 3 je vyjádřen poměr mužů a žen žijících v Domově seniorů Hranice. Z toho výzkumu je patrné, že 71 % klientů představuje ženská populace a 29 % mužská, což odpovídá převaze seniorek ve společnosti.

Body mass index je vypočítáván podle vzorce $BMI = \text{kg/výška v m}^2$ a má mezinárodní platnost. Pokud se pohybuje v rozmezí 20 - 25, jedná se o stav ideální hmotnosti. Hodnoty 26 až 30 svědčí pro mírnou nadváhu organismu. BMI nad 35 vyjadřuje těžkou nadváhu člověka. Obezitou trpí v naší zemi přes 40 % žen po menopauze. (Mourek, J., 2005, s. 84)

Index tělesné hmotnosti pod 18,5 je u zdravých osob považován za podváhu. U nemocných je potřeba být obezřetný při hodnotě BMI pod 20 kg/m^2 . (Grofová, Z., 2007, s. 47)

Z klinických studií vyplývá, že pokud BMI dosahuje hodnoty pod 20, lze předpovídat zvýšenou roční mortalitu seniorů přijatých k hospitalizaci pro nenádorové onemocnění. Zvýšená hodnota body mass indexu naopak není považována u chronicky nemocných za rizikovou. Nejnižší mortalita byla popsána u nemocných seniorů, u nichž hodnota BMI přesahovala 25. Pro starší osoby se doporučuje BMI mezi 24 až 29. (Musil, D., 2002, s. 73)

Z grafu č. 4 vyplývá, že v domově seniorů 84 % klientů (158 osob) dosahuje doporučené hodnoty BMI a tím nevyžaduje zvláštní nutriční intervenci. 15 % obyvatel (24 respondentů) má hodnotu body mass indexu 18 – 20 a nad 35. Tito senioři by měli být v popředí zájmu nutričního terapeuta. 1 % uživatelů (2 klienti) sociální péče má BMI pod 18. Tito dva obyvatelé domova seniorů jsou již vedeni v nutriční poradně.

Lze tedy potvrdit hypotézu, že nutriční stav seniorů se v tomto pobytovém zařízení u žádného klienta nepohybuje v pásmu život ohrožující malnutrice. Svůj pozitivní vliv zde jistě sehrává i práce přítomné nutriční terapeutky. Na základě upozornění ošetřujícího personálu, že klient neprospívá, snižuje se u něj váha a klesá i celodenní příjem potravy, zařazuje nutriční terapeut do stravy i plnohodnotný sipping. Domov seniorů Hranice využívá zejména produktů firmy Nutricia a.s. Na základě prováděného šetření byli vytipováni klienti, kteří se dosud v péči nutričního terapeuta nenacházeli.

Mezi nejčastější příčiny hubnutí seniorů patří zejména nechutenství a snížený výživový příjem, který úzce souvisí s různými onemocněními. Přibližně 2 % lidí ve věkové skupině od 65 do 84 let a 7 % osob ve věku nad 85 let potřebuje pomoci při příjmu potravy. V institucích je někdy příčinou hubnutí kvalitativní monotónnost stravy. (Musil, D., 2002, s. 70)

Pokud se při získávání informací objevují potíže, lze se respondentů dotazovat na volné šatstvo, bolesti břicha, nechutenství, nauseu, průjmy (více než 6x denně). (Grofová, Z., 2007, s. 47)

V grafu č. 5 je uvedeno, že 82 % seniorů nezaznamenalo žádný váhový úbytek. 17 % klientů zhublo během tří měsíců 3 kg hmotnosti a u 1 % se váha snížila za tři měsíce o více než 6 kg. Jedná se o stejné dva klienty, kteří dosahovali v grafu č. 4 hodnoty BMI pod 18. Podle získaných informací je převážná většina klientů vyživována dostatečně. Je otázkou, zda váhový úbytek obyvatel souvisí s progresí chronického onemocnění či s nechutí jedince přijímat potravu, která mu nevyhovuje. V domově je pozitivně vnímán fakt, že si jeho obyvatelé mohou vybírat stravu ze dvou možností u snídaně a oběda. Z personálních důvodů není možné, aby byly připravovány výběry i z večeře. Aby byla eliminována rizika spojená se stereotypním vytvářením skladby jídla, schází se v zařízení pravidelně stravovací komise. Zde mohou obyvatelé dávat podněty ke stravování.

Pro rozhodování o nutriční podpoře jedince je nezbytná kvantifikace stravy. Je vyžadováno, aby sestra osobně zkontrolovala, kolik klient z podané stravy skutečně zkonsumoval. Do sesterské dokumentace se následně zaznamená množství pozřeného jídla s přesností na čtvrtiny. Pokud klient jednou jídlo odmítne, může to znamenat, že mu právě nevyhovovalo. Pokud se situace opakuje, je to pobídka k zásahu nutričního odborníka. Není-li sledován příjem potravy, nelze správně provádět nutriční screening. Rovněž není možné odpovědět na otázku, zda klient snížil příjem stravy. (Grofová, Z., 2007, s. 47, 48)

Kromě zaznamenávání stravy je důležité pečlivě monitorovat příjem tekutin. Pokud chodící senior přijímá plnohodnotnou stravu s celkovým energetickým příjmem 7 500 až 8 300 kJ, měl by pozřít buď celou porci, nebo alespoň tři čtvrtiny pokrmu. Pokud se stravuje jen polovičními porcemi a méně, lze očekávat nutriční nedostatky. (Schuler, M., 2010, s. 254, 255)

V grafu č. 6 je zaznamenáno, že 91 % seniorů se v posledních třech týdnech stravovalo beze změn v množství. 8 % klientů uvádí, že konzumuje ve stejném časovém období poloviční porce pokrmů. 1 % obyvatel (2 respondenti) během uplynulých tří týdnů jí občas nebo nejí. U dvou obyvatel ve výsledném šetření bylo ukázáno, že by u nich měla být zavedena co nejdříve nutriční podpora. Výživová opatření mohou být vedena jednak prostřednictvím nutričního terapeuta domova nebo

nutriční poradnou ve spádové nemocnici. Pro dotazníkové šetření bylo velice prospěšné, že byl denní příjem stravy pravidelně zaznamenáván personálem do ošetřovatelské dokumentace. V domově je běžné, že pokud je strava po více jak týdnů přijímána klienty nedostatečně (méně než polovina porce), navštíví obyvatele nutriční terapeut.

Porucha vyprazdňování stolice (průjemy) u starších lidí bývají většinou způsobeny stejnými příčinami jako u mladší populace. Pokud průjem trvá do 14 dnů, většinou ho způsobuje infekční příčina nebo vliv některých léků. Chronický průjem souvisí s vlivem farmak, tyreotoxikózou, diabetem mellitem, systémovou sklerózou, divertikulidou, koloarektálním karcinomem a dalšími chorobami. (Kalvach, Z., 2004, s. 717)

Graf č. 7 znázorňuje, že 95 % klientů nemá žádné projevy nemoci. 5 % obyvatel uvádí bolesti břicha a nechutenství. Nikdo ze seniorů netrpí zvracením ani průjemy s frekvencí nad 6x za den. Je otázkou, do jaké míry bolesti břicha a nechutenství souvisí s primární chorobou člověka či s dietními prohřešky. Z osobního rozhovoru vyplynulo, že senioři rádi nakupují potraviny v kantýně, která je umístěna v zařízení. Oblibě se těší různé chlebičky, zákusky i mastná uzenina, po kterých se může zdravotní stav konzumenta zhoršit. Zvláště pokud by měl dodržovat dietní doporučení. Někdy nevhodnou potravu nosí i rodinní příslušníci obyvatel. Většina seniorů si jen nerada připouští, že změna zdravotního stavu k horšímu by mohla být způsobena pozřením nedoporučovaných potravin. Často tento fakt personálu zapírají.

Prevalence chorob v populaci nad 60 let dosahovala počtu 2830,5 na 1000 osob. Na jednotlivce připadaly téměř tři choroby. Pro ženy tato situace vyzněla nepříznivěji. Nejvíce se vyskytovaly nemoci oběhového systému, kosterní, svalové a pojivové soustavy, endokrinní a metabolické choroby. (Kalvach, Z., 2004, s. 130)

Některá interní onemocnění, mezi něž lze zařadit diabetes mellitus, poruchy polykání, onemocnění plic, zažívacího traktu, srdce, ledvin a jiné choroby, jsou spojeny s podvýživou. (Musil, D., 2002, s. 70)

Graf č. 8 vypovídá o tom, že 28 % obyvatel (51 respondentů) domova seniorů je v relativně dobrém zdravotním stavu, protože se u nich nevyskytuje žádné chronické onemocnění. 70 % seniorů (129 uživatelů služby) trpí chronickou chorobou, diabetem mellitem či absolvovalo nekomplikovaný chirurgický výkon. U 2 % klientů, tj. u 4 osob, se nachází vysoký faktor stresu. To znamená, že je u nich přítomno akutní

dekompenzované onemocnění, které výrazně ovlivňuje zdravotní stav jedince. Šetření ukázalo, že v domově seniorů většina obyvatel trpí nějakou chorobou. Proto je důležité, aby péče o výživu seniorů nebyla podceňována, ale naopak jí byl přikládán potřebný důraz. Určitě by bylo prospěšné, pokud by zařízení v tomto směru vzdělávalo nejen sestry, ale i přímo obslužný personál.

V důsledku přibývajících let dochází k fyziologickým změnám ovlivňujících metabolické procesy. Snižuje se netuková hmota v organismu, klesá kostní denzita, buněčná hmota, váha svalstva a rovněž obsah vody v těle. Úbytek svalové hmoty může mít velmi vážné důsledky, které jsou spojeny se zvýšenou úmrtností i morbiditou již za dva až tři dny stresové zátěže. (Kalvach, Z., 2004, s. 298, 299)

Klient seniorského věku, který je dobře živený, má menší spotřebu antibiotik, vyskytuje se u něj nižší riziko vzniku infekčních komplikací. Kratší dobu probíhá nejen jeho rehabilitace, ale i rekonvalescence. (Grofová, Z., 2007, s. 132)

V grafu č. 9 je znázorněn výsledek dotazníkového šetření. Z výše uvedených faktů je patrné, že 85 % obyvatel (157 respondentů) Domova seniorů Hranice nevyžaduje momentální nutriční intervenci. 15 % respondentů (27 osob) vyžaduje zavedení nutriční podpory. Žádný senior tohoto zařízení se nenachází ve stavu malnutrice, která ohrožuje jeho život či průběh choroby. Výsledek byl dán k dispozici nutričnímu terapeutovi pobytového zařízení, praktickému lékaři klientů a rovněž řediteli pobytového zařízení. Pracovní hypotéza, že se v zařízení nevyskytuje žádný klient s aktuální malnutricí, se potvrdila.

Pokud v domovech pro seniory probíhá šetření stavu výživy, uskutečňuje se především pomocí Mini Nutritional Assessment dotazníku. Tento fakt jsem si ověřila u nutriční terapeutky Tamary Starnovské i v elektronické databázi. Screeningový dotazník malnutrice CV FTN sestavený pomocí Nottinghamského dotazníku je využíván hlavně v nemocničních zařízeních, protože lze čerpat fakta ze zdravotní dokumentace nemocných. V Domově seniorů Hranice byly údaje nutné k vyplnění dotazníku pečlivě vedeny v ošetřovatelské dokumentaci.

Ve dvou sociálních zařízeních v Bohumíně probíhala pilotní studie stavu výživy prostřednictvím MNA dotazníku. V obou domovech se ukázal shodný výsledek. 5,5 % klientů není ohroženo malnutricí a u 94,5 % seniorů může nastat riziko podvýživy. Tento výzkum proběhl vždy u 18 klientů v každém zařízení. Respondenti odpovídali na otázky sami, ale jejich odpovědi byly dále konzultovány s ošetřujícím personálem.

Autorka článku uvedla, že vidí problematickou validitu a objektivitu zejména u otázek směřujících na psychický stres prodělaný v posledních třech měsících, vlastní hodnocení výživového stavu a hodnocení vlastního zdravotního stavu ve vztahu s vrstevníky. V tomto zařízení chyběly váhy pro imobilní klienty. (Pohlová, 2010, s.45)

Screeningový dotazník malnutrice CV FTN sestavený pomocí Nottinghamského dotazníku je více postaven na ověřitelných faktech, ale jen pokud se personál zaměří na zaznamenávání sledovaných položek. Je zaměřený na vyhledávání akutního rizika malnutrice v souvislosti se změnou zdravotního stavu. Dotazník MNA je více subjektivní, protože některé údaje může klient vnímat jinak, než jaká je skutečnost. Pro potřeby domovů pro seniory je více přizpůsoben MNA dotazník, který je svými dotazy bližší problematice stravování v kolektivních sociálních zařízeních pro seniory.

V sociálních zařízeních pro seniory hraje důležitou úlohu práce nutričního terapeuta. V Domově seniorů Hranice pracuje nutriční terapeutka a i proto je pouze 27% klientů ohroženo malnutricí. Z průzkumu, který byl proveden v sociálních zařízeních v Bohumíně, nevyplývá, zda i zde složení stravy sleduje odborný nutriční pracovník. Výsledky šetření podle MNA dotazníku mohou být zkreslené díky nepřesným odpovědím klientům. V domově pro seniory v Bohumíně byl vybrán relativní malý vzorek respondentů, proto mohl být skutečný fakt o aktuální nutriční situaci nepřesný na rozdíl od výzkumu prováděného v Domově seniorů Hranice, kde se zkoumání podrobili všichni obyvatelé zařízení.

Po dohodě s nutričním terapeutem a vedením Domova seniorů Hranice bude v následujících měsících provedeno další dotazníkové šetření o stavu výživy klientů pomocí MNA dotazníku a výsledky budou porovnány.

4.7 Hodnocení stavu výživy v Domově seniorů Hranice

Prvním cílem práce bylo zhodnocení aktuálního stavu výživy klientů v Domově seniorů Hranice. Lze tedy konstatovat, že nutriční stav výživy je u většiny klientů v dobrém stavu.

Druhým cílem bakalářské práce bylo vytipovat klienty žijící v pobytovém zařízení ohrožených malnutricí prostřednictvím Screeningového dotazníku malnutrice

CV FTN sestaveném pomocí Nottinghamského dotazníku, který se dosud v Olomouckém kraji v domovech pro seniory nepoužíval. I tento cíl byl splněn. Prostřednictvím dotazníku bylo zjištěno, že 27 obyvatel Domova seniorů Hranice potřebuje nutriční zásah odborníka. Přitom pouze pět klientů z nich bylo v uvedený čas evidováno v nutriční poradně v Hranicích. Jednalo se o klienty, kteří nedokázali přijímat potravu ústy, ale strava jim byla podávána nazogastrickou sondou či endoskopicky. Prostřednictvím dotazníkového šetření byli vytipováni další klienti, kteří by potřebovali odbornou nutriční péči. Dotazníkové šetření by mělo probíhat čtvrtletně, aby se snížilo riziko vzniku malnutrice u obyvatel domova. Rovněž lze doporučit zavedení Nutričního standardu, který by byl pro zařízení prospěšný. Výše uvedený nutriční dotazník se ve vyhledávání klientů ohrožených malnutricí osvědčil.

Třetím cílem bylo seznámení s výsledkem šetření vrchní sestry domovů pro seniory Olomouckého kraje. Dosud žádné pobytové sociální zařízení v Olomouckém kraji netestovalo klienty pomocí Nottinghamského dotazníku a materiálu FTN Praha. Tento nutriční screening lze doporučit nejen proto, že může odhalit riziko malnutrice u klientů, ale je vhodný i pro špatně komunikující klienty. Informace nutné pro vyplnění dotazníku lze čerpat z řádně vedené ošetrovatelské dokumentace. Dalším předpokladem ovšem je, že zařízení má k dispozici váhu pro imobilní obyvatele a zaznamenává u špatných konzumentů příjem každodenní potravy. S výsledkem šetření budou vrchní sestry seznámeny na Asociaci vrchních sester Olomouckého kraje v květnu 2011.

ZÁVĚR

V bakalářské práci je popsána problematika stárnutí s ohledem na pobyt klienta v domově seniorů. Je zde uvedena platná legislativa, podle které jsou tato sociální zařízení momentálně provozována. Práce se zaměřuje zejména na problematiku výživy seniorů a popisuje problematiku stravování klientů v pobytových sociálních zařízeních.

Hlavním cílem této práce bylo zmapování nutriční situace obyvatel Domova seniorů Hranice. Zařízení začalo v prosinci loňského roku spolupracovat s nově zřízenou Nutriční poradnou v Nemocnici Hranice a.s. V této poradně byli dosud evidováni pouze klienti, kteří byli vyživováni prostřednictvím nazogastrické sondy, perkutánní endoskopické gastrostomie a jejunostomie. Žádný nutriční screening nebyl v domově prováděn. Čtyřikrát ročně se u všech mobilních klientů zaznamenávala hmotnost a o výsledcích byl informován praktický lékař domova. Pokud došlo k výraznějším váhovým změnám, navštívil obyvatele nutriční terapeut, který s klientem naplánoval nutriční opatření. V roce 2010 se podařilo zakoupit zvedák s váhou, a tak mohli zaměstnanci začít vážit i imobilní klienty. Sledování hmotnosti klientů byl dosud jediný parametr, podle kterého se ošetřující personál snažil zachytit možné nutriční ohrožení klientů.

Podle výsledků šetření, které bylo prováděno prostřednictvím Screeningového dotazníku malnutrice CV FTN, se prokázalo, že nutriční intervenci by měli mít i riziková jedinci, kteří dokáží stravu přijímat perorálně. Díky nutričnímu screeningu byli vytipováni klienti, u nichž bylo nutné zavedení nutriční podpory. S jejich souhlasem se stali klienty Nutriční poradny. Vedení domova se přesvědčilo o užitečnosti prováděného šetření a rozhodlo se, že bude i nadále pokračovat v nutriční péči o klienty. Výhodou zvolené metody bylo i to, že obsahem otázek byla fakta, která se zaznamenávají do ošetrovatelské dokumentace. Proto lze nutričně hodnotit i jedince, kteří mají problém s komunikací.

V otázce výživy je potřeba vzdělávat jak všeobecné sestry, tak i pracovníky přímo obslužné péče. Protože v domově pracuje nutriční terapeut, mohl by být zpracován výživový standard.

S výsledky šetření budou seznámeny vrchní sestry Olomouckého kraje na svém pravidelném setkávání v rámci Asociace vrchních sester příslušného kraje v květnu

2011. Standardizovaný Screeningový dotazník malnutrice CV FTN lze doporučit i do ostatních sociálních zařízení, protože může být použit i u špatně komunikujících obyvatel. Předpokladem ovšem je, že personál bude pečlivě zaznamenávat množství konzumované stravy a zařízení bude schopno vážit imobilní uživatele služby.

Rovněž se potvrdila pracovní hypotéza, že jelikož v Domově seniorů Hranice pracuje nutriční terapeut, nebude se žádný klient pohybovat v pásmu malnutrice. Práce nutričního terapeuta je v domovech pro seniory jistě nezastupitelná. V dnešní době ovšem nelze říci, že každé takovéto pobytové zařízení zaměstnává nutričního odborníka. V Domově seniorů Hranice lze jistě také velmi kladně hodnotit aktivní spolupráci s Nutriční poradnou provozovanou Nemocnicí Hranice a.s.

Senioři v dobrém stavu výživy mohou žít aktivní a plnohodnotný život, proto je velmi potřebné věnovat problematice kvalitního stravování patřičnou odbornou pozornost.

LITERATURA A PRAMENY

CEJHONOVÁ, Magda. Ošetrovatelská péče o geriatrického pacienta. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, a.s., ISSN 1210-0404. 2009, roč. 19, č. 1, s. 45- 46.

DOLEŽELOVÁ, Ivana. Léčebné možnosti výživy u seniorů. *Lékařské listy, příloha Zdravotnických novin*. Mladá fronta a.s., ISSN 0044-1996. 2009, roč. 58, č. 18, s. 33.

GROFOVÁ, Zuzana. *Nutriční podpora, praktický rádce pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 240 s., ISBN 978-80-247-1868-2.

HORAN, Peter. Zdravá výživa a prohrěšky proti ní. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, a.s., ISSN 1210-0404. 2006, roč. 16, č. 5, s. 42.

HORECKÝ, Jiří. Současnost a budoucnost domovů pro seniory. *Sborník kongresu s mezinárodní účastí, XIV. gerontologické dny Ostrava*. DTO CZ, s.r.o., ISBN 978-80-02-02259-6. 2010, s. 33- 37.

IVANOVÁ, Kateřina, JUŘÍČKOVÁ, Lubica. *Písemné práce na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením*. Dotisk 2. vydání. Olomouc: Iniverzita Palackého v Olomouci, 2009. 99 s. ISBN 978-80-244-1832-2.

JANÁKOVÁ, Anna. Standardizace nutriční péče v domovech pro seniory. *Čtvrtletní noviny pro pracovníky ve zdravotnictví*. Nutricia clinical. MK ČR E 16665. 2007, č. 1, s. 4-5.

JOBÁNKOVÁ, Marta, BARTOŠÍKOVÁ, Ivanka, JIČÍNSKÝ, Vladimír, KVAPILOVÁ, Jarmila, MINIBERGEROVÁ, Lenka. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2004, 225 s. ISBN 80-7013-390-2.

JURÁŠKOVÁ, Božena, HOLMEROVÁ, Iva. Pohled na geriatrického pacienta. *Practicus*. Praha: Společnost všeobecného lékařství, ČLS JEP. MK ČR E 13477, ISSN 1213-8711. 2010, roč. 9, č. 2, s. 8-11.

JUŘENOVÁ, Eva. Stáří jako fenomén dnešní doby. *Sborník kongresu s mezinárodní účastí, XIII. gerontologické dny Ostrava*. DTO CZ, s.r.o., ISBN 978-80-02-02173-5. 2009, s. 67.

KALVACH, Zdeněk. Zdravotnické aspekty stárnutí populace (rezortní age-mainstreaming). *Zdravotnické noviny*. Praha: Mladá fronta, a.s., ISSN 0044-1996. 2007, č. 10, roč. 56, s. 12- 14.

KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P., a kolektiv. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 864 s., ISBN 80-247-0548-6.

- KELLER, U., MEIER, R., BERTOLI, S. *Klinická výživa*. 1. vyd. Praha: Scientia medica, 1993, 240 s. ISBN 80-85526-08-5.
- KOHOUT, Pavel, KOTRLÍKOVÁ, Eva. *Základy klinické výživy*. 1.vyd. Praha: Agentura Krigl , 2005. ISBN 80-86912-08-6.
- KRUTILOVÁ, Dagmar, ČÁMSKÝ, Pavel, SEMBDNER, Jan. *Sociální služby: tvorba a zavádění standardů kvality poskytovaných sociálních služeb*. Zpracováno ve spolupráci s Asociací poskytovatelů sociálních služeb ČR. 2008, 223 s. ISBN 978-80-254-3427-7.
- MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MOUREK, Jindřich. *Fyziologie : učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 204 s. ISBN 80-247-1190-7.
- MUSIL, Dalibor. *Klinická výživa a intenzivní metabolická péče*. 1. vydání, Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, fakulta lékařská. 2002. s. 109. ISBN 80-244-0566-0.
- NOVOTNÁ, Jana, LAHOLOVÁ, Jitka. *Výživa ve stáří. Sestra*. Praha: Mladá fronta, a.s., ISSN 1210-0404. 2009, roč. 19, č. 1, s. 44.
- POHLOVÁ, Lucie. *Nutriční stav seniorů. Sestra*. Praha: Mladá fronta, a.s., ISSN 1210-0404, 2009, roč. 19, č. 11, s. 44- 45.
- SCHULER, Matthias, OSTER, Peter. *Geriatric od A do Z pro sestry*. Přel. Ivana Suchardová. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. s. 336. ISBN 978-80-247-3013-4.
- SLADKÁ, Jaroslava. 14. pražské gerontologické dny. *Zdravotnické noviny* . Mladá fronta a.s. ISSN 0044-1996. 2010, roč. 59, č. 24, s. 15.
- STARNOVSKÁ, Tamara. Standardizace nutriční péče v domovech pro seniory. *Čtvrtletní noviny pro pracovníky ve zdravotnictví*. Nutricia clinical. MK ČR E 16665. 2007.č. 1, s. 8-9. (A)
- STARNOVSKÁ, Tamara. *Pracovní postup: Výživa hospitalizovaných pacientů/klientů*. Praha: Česká asociace sester, o.s. ČAS/PP/2007/0004, 2007. (B)
- STARNOVSKÁ, Tamara. Výživa klientů v domovech pro seniory optikou platné legislativy. *Rezidenční péče*. Mascom spol. s.r.o., ISSN 1801-8718. 2010, roč. 6, č. 2, s. 18.
- TOMANOVÁ, Jitka. Požadavky na nutriční seniory. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, a.s., ISSN 1210-0404. 2009, roč. 19, č. 6, s. 43-44.
- TOPINKOVÁ, Eva, NEUWIRTH, Jiří. *Geriatric pro praktického lékaře*. Praha: Grada Publishing, spol.s.r.o., 1995. ISBN 80-7169-099-6.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. *Sbírka zákonů ČR*. Praha: Ministerstvo vnitra ČR. 2006, částka 37, s. 1257-1289.

Internetové zdroje:

Dostupné z WWW: http://www.nutriciamedical.cz/download/cn_noviny_1_2007.pdf

Dostupné z WWW: <http://www.domovsenioruhranice.cz/>

SEZNAM ZKRATEK

ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
BMI	body mass index
CV FTN	Centrum výživy Fakultní Thomayerova nemocnice
FTN	Fakultní Thomayerova nemocnice
GIT	gastrointestinální trakt
JIP	jednotka intenzivní péče
MNA	Mini Nutritional Assessment
WHO	World Health Organisation
WHR	whist to hip ratio

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 – Rozdělení žen dle věku.....	29
Graf 2 – Rozdělení mužů dle věku.....	30
Graf 3 – Pohlaví respondentů.....	31
Graf 4 – BMI.....	32
Graf 5 – Ztráta hmotnosti respondentů.....	33
Graf 6 – Změna stravování za poslední 3 týdny.....	34
Graf 7 – Projevy nemoci.....	35
Graf 8 – Faktor stresu.....	36
Graf 9 – Index.....	37

SEZNAM TABULEK

Položka 1 – Rozdělení žen dle věku.....	29
Položka 2 – Rozdělení mužů dle věku.....	30
Položka 3 – Pohlaví respondentů.....	31
Položka 4 – BMI.....	32
Položka 5 – Ztráta hmotnosti respondentů.....	33
Položka 6 – Změna stravování za poslední 3 týdny.....	34
Položka 7 – Projevy nemoci.....	35
Položka 8 – Faktor stresu.....	36
Položka 9 – Index.....	37

PŘÍLOHA

Screeningový dotazník malnutrice CV FTN

CENTRUM VÝŽIVY FTNsp (Kohout, Starnovská)				
Základní nutriční screening				
(zpravováno s použitím Nottinghamského dotazníku)				
Jméno	Příjmení	titul	Pojišťovna	Rodné číslo
Pohlaví:	Hmotnost:	Výška:	BMI = (kg/m²)	
Nelze - li pacienta změřit a zvážit			2	
Nelze - li od pacienta získat informace			3	
(v takovém případě nevyplňujeme dále body B, C, D)				
A. Věk		do 65 let		0
		nad 65 let		1
B. BMI (BMI = kg/m²)		20 - 35		0
		18 - 20 a nad 35		1
		pod 18		2
C. Ztráta hmotnosti		žádná		0
		více než 3 kg/3 měsíce		
		nebo volné šatstvo		1
		více než 6 kg/3 měsíce		2
D. Jídlo za poslední 3 týdny		beze změn v množství		0
		poloviční porce		1
		jí občas nebo nejí		2
E. Projevy nemoci		žádné		0
		bolesti břicha, nechutenství		1
		zvracení, průjem nad 6/den		2
F. Faktor stresu		žádný		0
		střední		1
		vysoký		2
Střední faktor stresu - chronické onemocnění, diabetes mellitus, menší a nekomplikovaný chirurgický výkon				
Vysoký faktor stresu - akutní dekompenzované onemocnění, rozsáhlý chirurgický výkon, pooperační komplikace, umělá plicní ventilace, popáleniny, trauma, krvácení do GIT, hospitalizace na JIP či ARO)				
Index: (A + B + C + D + E + F)				
0 - 3	0	BEZ RIZIKA (bez nutnosti zvláštní intervence)		
4 - 7	+	RIZIKO VZNIKU MALNUTRICE (nutné vyšetření nutr. terapeutem, speciální dieta)		
8 a více	!	MALNUTRICE (malnutrice ohrožující život či průběh choroby, bezpodmínečně nutná speciální nutriční léčba)		
Vypočtené skóre:				

(Kohout, P., Kotrlíková, E, 2005, s. 28)