

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství



Marcela Grochalová

**Stav výživy u pacientů na gerontopsychiatrickém oddělení
Psychiatrické léčebny Kroměříž**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Helena Kisvetrová

Olomouc 2011

ANOTACE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Název práce: Stav výživy u pacientů na gerontopsychiatrickém oddělení Psychiatrické léčebny Kroměříž.

Název práce v AJ: The nutrition of gerontology-psychiatry department patients at the Mental Hospital in Kromeriz.

Datum zadání práce: 2011-01-20

Datum odevzdání práce: 2011-04-30

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd
Ústav ošetrovatelství

Autor práce: Grochalová Marcela

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Helena Kisvetrová

Abstrakt v ČJ:

Bakalářská práce hodnotí stav výživy u pacientů na gerontopsychiatrickém oddělení Psychiatrické léčebny v Kroměříži. Sleduje jejich životosprávu a nutriční stav. Zabývá se zásadami výživy, novinkami z oblasti výživy a problematikou výživy pacientů na gerontopsychiatrickém oddělení. Za účelem zhodnocení stavu výživy byl využit dotazník MNA - Mini Nutritional Assessment „Malý výživový test“. Zjištěné poznatky nabízí přehled o nutričním stavu pacientů a zároveň mohou pomoci zkvalitnit ošetrovatelskou péči o tyto pacienty.

Abstrakt v AJ:

The Bachelor's thesis assesses nutritive level of patients at gerontopsychiatric department of Mental Hospital in Kromeriz. It observes their right living and nutritive level. The thesis deals with principles of nutrition, nutrition-related news and nutrition problems at gerontopsychiatric department. In order to evaluate a nutritive level, the MNA - Mini Nutritional Assessment questionnaire was used. Collected data serve as a survey showing the nutritive level of patients and help to improve the quality of nursing treatment for these patients.

Klíčová slova v ČJ: výživa seniorů, malnutrice, nutriční stav, demence, gerontopsychiatrie, Malý výživový test MNA-SF.

Klíčová slova v AJ: seniors nutrition, malnutrition, nutritional status, dementia, gerontopsychiatry, Mini Nutritional Assessment - Short Form MNA-SF.

Rozsah práce: 42 s., 4 příl.

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

V Olomouci 23. dubna 2011

podpis

Poděkování

Děkuji PhDr. Mgr. Heleně Kisvetrové za spolupráci a odborné vedení bakalářské práce. Děkuji všem klientkám a ošetřujícímu personálu Psychiatrické léčebny Kroměříž za jejich pomoc při realizaci výzkumného šetření a mému manželovi Tomáši Grochalovi za trpělivost a podporu.

OBSAH

ÚVOD	7
1 SOUČASNÝ STAV ŘEŠENÉ PROBLEMATIKY - STÁŘÍ, STÁRNUTÍ A DUŠEVNÍ PORUCHY	8
1.1 Demografická situace v České republice	8
1.2 Kategorie seniorů	9
1.3 Geriatrie.....	9
1.4 Gerontopsychiatrie	10
2 ZMĚNY TRÁVICÍHO ÚSTROJÍ.....	11
2.1 Dutina ústní	11
2.2 Hltan a jícen	12
2.3 Žaludek.....	12
2.4 Tenké a tlusté střevo.....	13
3 VÝŽIVA.....	14
3.1 Bílkoviny.....	14
3.2 Tuky	14
3.3 Sacharidy.....	15
3.4 Vitamíny.....	15
3.5 Stopové prvky	16
3.6 Minerální látky	16

3.7	Potřeba tekutin	17
4	PORUCHY VÝŽIVY VE STÁŘÍ.....	18
4.1	Hodnocení výživy	18
4.2	Poruchy výživy.....	19
4.3	Výživová doporučení v gerontopsychiatrii	20
5	PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA KROMĚŘÍŽ.....	21
5.1	Ženská gerontopsychiatrická oddělení.....	21
6	KVANTITATIVNÍ PRŮZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	22
6.1	Charakteristika šetření.....	22
6.2	Užitá metoda výzkumného šetření	22
6.3	Organizace výzkumného šetření	23
6.4	Zpracování získaných dat.....	23
6.5	Interpretace dat výzkumného šetření	23
7	DISKUSE	31
	ZÁVĚR.....	35
	SEZNAM LITERATURY	36
	SEZNAM ZKRATEK.....	40
	SEZNAM TABULEK A GRAFŮ	41
	SEZNAM PŘÍLOH	42
	PŘÍLOHY	43

ÚVOD

Stárnutí je neodvratitelný fyziologický děj a poslední ontogenetická část lidského života. Senioři tvoří velmi různorodou skupinu, kde jsou jak nemocní, tak zdraví jedinci. Všem bez rozdílu patří zdravotní a sociální péče spojená s lidskou důstojností. Stárnutí populace se stalo důležitým celospolečenským problémem, vyžadující aktivní přístup profesionálů a hledání řešení ve všech oblastech života. Péče o seniory se musí stát zájmem a důležitou prioritou civilizované společnosti (Weber, 2010, s. 70, 1a).

Dle Tumové ovlivňuje kvalitní výživa ve stáří důležitým způsobem celkový stav organismu a v důsledku stárnutí populace nabývá na důležitosti. Z pohledu výživy tvoří senioři významnou rizikovou skupinu obyvatelstva (Tumová, 2007, s. 58).

Topinková ve svém článku uvádí, že vyšší věk je častěji spojen s problémem výživy, hlavně pak s malnutricí. Tato skutečnost ohrožuje seniory, zhoršuje jejich funkční výkonnost a kvalitu života. Je to problém, který je stále podceňován. Nutriční stav starších osob je často v ústavní péči hodnocen nesprávně nebo vůbec ne. Do nedávné doby byl tento problém způsobený i chyběním specifických validních testů a škál, které by poskytly kvalitní informace a tím zajistily včasné zahájení léčby (Topinková, 2003, s. 6-11).

Starnovská uvádí, že v oblasti výživy seniorů je stále zažitá představa, že čím je člověk starší, tím méně stravy potřebuje. To vede k řadě chyb a omylů, které v závěru mohou vést až k malnutrici (Starnovská, 2010, s. C2).

Bakalářská práce se zabývá zhodnocením stavu výživy gerontopsychiatrických klientek na gerontopsychiatrickém oddělení Psychiatrické léčebny v Kroměříži.

V rámci práce je definována problematika gerontopsychiatrie a specifika onemocnění v této oblasti. V teoretické části jsou popsány jednotlivé složky výživy a jejich potřeba ve stáří. Výskyt nejčastějších poruch výživy jako je obezita, malnutrice, dehydratace a problémy související se změnami příjmu a zpracování potravy v období stáří. V praktické části realizace byly zhodnoceny výsledky BMI (Body mass index) klientek a bylo zjišťováno možné riziko poruchy výživy. Pro toto zhodnocení byl použit mezinárodní dotazník *Škála pro hodnocení stavu výživy – zkrácená forma* (Mini Nutritional Assessment – Short Form).

1 SOUČASNÝ STAV ŘEŠENÉ PROBLEMATIKY - STÁŘÍ, STÁRNUTÍ A DUŠEVNÍ PORUCHY

Zhodnocení stavu výživy gerontopsychiatrických pacientů, stáří a duševní poruchy tvoří důležitou součást života posuzovaných osob. Teoretické poznatky z této oblasti jsou proto důležitým aspektem následné realizace konkrétního výzkumu.

1.1 Demografická situace v České republice

Jak uvádí Lužný, je velmi obtížné hovořit o stáří v definici. Nejsou dostupná přesná a vědecky doložitelná kritéria o tom, kdy je člověk objektivně starý (Lužný, 2010, s. 93-96). Dle Kalvacha je stáří biologicky zákonitým a přirozeným procesem, kdy dochází k snižování adaptační schopnosti a ubývají funkční rezervy organismu. Stáří začíná již při početí, ale za skutečné projevy stárnutí je považován až pokles funkcí, který nastává po dosažení sexuální dospělosti (Kalvach, 2004, s. 47-48).

Z pohledu demografického je stárnutí populace důsledek změn úmrtnosti a snížení porodnosti. Důležitou roli zde hraje zlepšení životní úrovně občanů a pokrok v medicíně. Na počátku 20. století byli lidé nad 65 let v evropských průmyslově vyspělých zemích zastoupeny ve 3–5 %. Dnes je počet seniorů v Evropě okolo 14–20 %. V dnešní době žije v ČR skoro 10,5 milionu občanů, každý rok se zvyšuje průměrný věk, nyní je pro obě pohlaví 40 roků. Ve věku 65 let bylo v ČR v roce 2009 14,6 % obyvatel, 3,4 % seniorů nad 80 roků a 1,2 % nad 85 roků (Weber, 2010, s. 70, 1a). Střední délka života občanů narozených v ČR k 31. 12. 2010 je u mužů 74,4 roku a u žen 80,6 roku (Chudobová, 2011, s. 1-2). Lze předpokládat další prodlužování střední délky života a zvýšení podílu seniorů v populaci. Střední délka života pro rok 2060 se předpokládá u mužů 85,5 roku a u žen 90,1 roku (Weber, 2010, s. 70, 1a). Česká správa sociálního zabezpečení evidovala v září 2009 555 sto a víceletých občanů. Převažovaly ženy – těch bylo 468, zatímco sto a víceletých mužů bylo 87 (<http://www.mpsv.cz/cs/7730>). Weber pokládá daná demografická data za alarmující a považuje za nutnost se profesionálně připravit na měnící se demografické složení populace po stránce personální, technického vybavení a dalších (Weber, 2010, s. 71, 1b).

1.2 Kategorie seniorů

Weber člení stáří na:

- **65–74 let:** mladí senioři, řeší problematiku penze, volného času, seberealizace.
- **75–84 let:** staří senioři, pro toto období je charakteristická problematika adaptace, osamělosti a tolerance zátěže.
- **85 a více let:** velmi staří senioři („oldest old“) (Weber, 2010, s. 71, 1b).

Funkční kategorie seniorů:

- **zdatní (fit)** – senioři s uspokojivou kondicí a fyzickou zdatností.
- **nezávislí** – nepotřebují specifickou péči ani služby, problémy se vyskytnou až při zátěži (úraz, operace, virové epidemie atp.). Zde patří většina seniorů.
- **křehcí (frail)** senioři – jedná se o rizikové seniory, kteří potřebují pomoc při běžných aktivitách denního života (Weber, 2010, s. 71, 1b).

1.3 Geriatrie

Dle Holmerové je gerontologie, věda o stárnutí, stáří a můžeme ji rozdělit do čtyř subdisciplín:

- **sociální vědy o stáří** (sociální gerontologie)
- **psychologie stárnutí** (gerontopsychologie)
- **biologie stárnutí**
- **klinická gerontologie**, která zahrnuje:
geriatrickou medicínu (geriatrie)
psychiatrii vyššího věku (gerontopsychiatrie)
gerontologické ošetřovatelství (Holmerová, 2009, s. 66).

Topinková řadí geriatrii mezi lékařský obor, zaměřený na zdravotní péči seniorů. Pro studium zvláštností a změn, které ve stáří nastávají, je nutné použít vhodnou diagnostiku, léčbu, definovat rizika a dostatečně podporovat soběstačnost seniorů. Poté je možné dosáhnout dobrých výsledků. V geriatrii je třeba využívat komplexní přístup k nemocnému. Cílem péče je prevence chorob a případná včasná léčba, která vede k udržení zdraví, uchování a podpoře soběstačnosti, fyzické zdatnosti a zkvalitnění života seniorů (Topinková, 2005, s. 3).

1.4 Gerontopsychiatrie

Gerontopsychiatrie je odvětvím psychiatrie, které se zabývá duševními poruchami vyššího věku, především pak těmi, které se poprvé objeví po 65. roce života (Baštěcký, 1999, s. 88 – 89).

Lužný uvádí, že duševní poruchy seniorů jsou převážně dvojí geneze. Jedná se o duševní poruchy, které byly diagnostikovány před stářím, vyskytly se tedy již v pacientově minulosti. Nebo vznikly kdykoliv od dětství až po nynější věk seniora. Zde se jedná hlavně o chronické duševní poruchy. Příkladem jsou poruchy schizofrenního okruhu, bipolární afektivní poruchy, poruchy úzkostného spektra s celoživotní symptomatologií, problematika celoživotního alkoholizmu, zneužívání návykových látek, hypnotik, benzodiazepinů, poruchy osobnosti či mentální retardace. Jedná se o duševní poruchy s celoživotními projevy.

Lužný dále uvádí, že v druhém případě se jedná o duševní poruchy, které vznikly v důsledku stárnutí mozku a přidružených mozkových struktur, nebo se vyskytly v souvislosti s jiným onemocněním mozku. Zde řadí především tzv. organické duševní poruchy včetně symptomatických. Především pak demence u Alzheimerovy nemoci, vaskulární demence, organický amnestický syndrom, který nebyl vyvolán alkoholem nebo jinými psychoaktivními látkami, demence u jiných nemocí, delirium, které není vyvoláno alkoholem nebo jinými psychoaktivními látkami a jiné duševní poruchy způsobené poškozením mozku, jeho dysfunkcí či somatickou nemocí.

Podle Lužného je hlavním problémem diagnostika duševních poruch v období stáří. Pokud se jedná o duševní poruchu lehčího stupně a zvláště nenarušující fungování jedince, dochází k tomu, že zůstává nediodagnostikována. Tato definice odpovídá studiu u úzkostných stavů a lehčích depresí. I v případě, že se jedná o duševní poruchu závažnějšího stupně, která již zasahuje do fungování jedince, není zde jistota vyhledání odborné pomoci psychiatra, což může vést až k psychiatrické morbiditě seniorů. Hlavně deprese seniorů unikají diagnostice a následné kvalitní léčbě a zhoršují život seniorů. Na druhé straně je pak demence, kdy poruchy paměti jsou brány jako běžný projev stáří (Lužný, 2010, s. 93-96).

2 ZMĚNY TRÁVICÍHO ÚSTROJÍ

Poruchy výživy ve stáří jsou velmi významným problémem. Při včasné diagnostice problémů s výživou je možné se vyhnout zhoršení soběstačnosti seniorů, kvality života, snížit délku hospitalizace, náklady na léčbu a úmrtnost geriatrických pacientů (Jurašková, 2007, s. 443-446).

2.1 Dutina ústní

Kubešová uvádí jako největším problémem týkající se dutiny ústní snížení kvality chrupu a ztrátu dentice. Na tomto problému se podílí hlavně osteoporóza, v jejímž důsledku dochází k odhalování krčků zubů a zvýšení výskytu zubního kazu. V důsledku věku dochází ke snížení kvalitní péče o chrup a nedodržování pravidelných preventivních prohlídek u stomatologa. Ztráta dentice se řeší zubní náhradou, kterou je potřeba upravovat dle aktuálního stavu dutiny ústní. Při výběru potravin a jejich úpravě je třeba brát v úvahu problémy se žvýkacími svaly.

Mezi další problém patří parestezie, které se projevují především, jako pálení. Tyto potíže mohou být příznakem i systémových poruch, např. diabetes mellitus, nedostatek vitamínu B, alergií, onemocnění pojiva, nedostatku železa (Kubešová, 2006, s. 118-123).

Dalším problémem je xerostomie, tedy snížená produkce slin, či suchost v ústech. I když produkce slin vlivem stáří neklesá, přesto nastávají změny, které tento stav vyvolávají. Jedná se především o nežádoucí účinek velkého počtu léčiv, např. antidepressiv, anticholinergik, diuretik, anxiolytik, antipsychotik a další.

Benigní defekty v dutině ústní snižují ochrannou bariéru a napomáhají ke vzniku dlouhotrvajících infekcí.

Diagnostika a léčba poruch v oblasti dutiny ústní patří do péče stomatologa. Je nutné klást důraz na pravidelné preventivní prohlídky u stomatologa. Dostatečně pečovat o hygienu dutiny ústní. Obě tyto věci zajistí účinnou prevenci u onemocnění dutiny ústní (Kubešová, 2006, s. 118-123).

2.2 Hltan a jícen

Dle Kubešové mezi nejčastější potíže v oblasti hltanu a jícnu patří poruchy polykání v důsledku dyskoordinace polykacího aktu. Důvodem bývají ischemické a dalších změny centrální nervové soustavy (Kubešová, 2008, s. 64-68). Mezi příznaky patří kašláni během jídla, pocit knedlíku v krku, regurgitace nespolknutého jídla a jako možné riziko vidí aspiraci. Dalším problémem se jeví achalazie, která vzniká jako nepoměr mezi tonem jícnového svalstva a vyšším tonem dolního jícnového svěrače.

Kubešová spolu s Weberem dále uvádí jako další onemocnění gastroezofageální reflux (GER), příznakem je pyróza. Ke zhoršení přispívají velké porce jídla, kouření, káva a alkohol. U starších lidí je třeba upřednostnit nefarmakologickou léčbu, např. spát s vyvýšenou horní polovinou těla asi o 20 cm, poslední porci jídla přijmout nejpozději 3 hodiny před spaním, jíst malé porce a především omezit alkohol, kávu a kouření (Kubešová, 2006, s. 118-123).

2.3 Žaludek

Pro žaludek ve stáří je charakteristické zpomalené vyprazdňování, což vyvolává u seniorů pocity plnosti, ztrátu chuti k jídlu s následným úbytkem váhy. Mezi vážnější poruchy patří gastritidy. Gastritida hemoragická, erozivní častěji však neerozivní, chronická gastritida. Při erozivní gastritidě dochází k atrofii sliznice žaludku s poruchou vstřebávání vitamínu B12. Příčiny mohou být exogenní jako alkohol, užívání nesteroidních antirevmatik např. Ibuprofen, Diclofenac. Mezi endogenní příčiny, patří ischemie žaludku, žluč při duodenogastrickém refluxu, snížená tvorba prostaglandinů. Chronická gastritida souvisí s výskytem *Helicobacteru pylori* a duodenálního vředu, což vede k atrofii sliznice žaludku a omezení tvorby kyseliny chlorovodíkové.

Vředová choroba žaludku se ve stáří objevuje poměrně často. Žaludeční vředy jsou obsahově větší, hojí se pomalu a bývají komplikovány krvácením (Kubešová, 2006, s. 118-123).

2.4 Tenké a tlusté střevo

Kubešová uvádí, že změny na tenkém střevě se projevují převážně na stavbě klků a dochází k redukci neuronů myenterického plexu. Funkci střeva ovlivňuje hlavně bakteriální nerovnováha, způsobená jinými onemocněními, např. Diabetes mellitus, anemie a divertikuloza, což bývá příčinou průjmu u seniorů s následnou poruchou absorpce mikronutrientů, jako jsou železo, folát a vitamíny K, B6, D.

Mezi onemocnění tlustého střeva, které ohrožují seniory, patří hlavně karcinom tračnicku. Výskyt karcinomu s přibývajícím věkem stoupá, hlavně vlivem nepříznivých faktorů ovlivňujících celoživotní stravování, ale i v důsledku chronických onemocnění střev přetrvávajících do stáří. Dále jsou to pak ischemické kolitidy a divertikulární choroby. Mezi funkční poruchy lze zařadit syndrom dráždivého tračnicku.

Kubešová dále vidí velký problém v zácpě z důvodů úbytku neuronů myenterického plexu, ale hlavně pak v důsledku nedostatečného příjmu tekutin a vlákniny, nebo špatnou dostupností toalety. Průjmy jsou dalším poměrně častým onemocněním, které ohrožuje starší nemocné dehydratací a iontovou dysbalancí (Kubešová, 2006, s. 118-123).

3 VÝŽIVA

Výživa seniorů musí být vyvážená a kvalitní, měla by se přizpůsobit anatomickým a funkčním změnám v důsledku probíhajících degenerativních onemocnění seniorů (Tumová, 2007, s. 58). Kužela uvádí jako základní energetickou hodnotu stravy pro seniory 2200 kcal, tj. 9240 kJ při obsahu 80 gr. bílkovin, 75 gr. tuků a 300 gr. sacharidů. Jedná se o základní hodnotu, která se dále mění podle zdravotního stavu a pohybových aktivit seniora (Kužela, 2006, s. 239-242).

3.1 Bílkoviny

Chadim prezentuje bílkoviny jako nepostradatelnou složku stravy seniorů. Jsou to podle něj živiny, které by se neměly ve vyšším věku výrazněji snižovat, jedná se o hlavní základ buněk. Dostatečným přísunem bílkovin ve stravě se snižuje riziko ztráty aktivní tělesné hmoty, především kosterní svaloviny. Při nedostatečném příjmu bílkovin se snižují imunitní schopnosti těla. Důležitý je příjem kvalitních bílkovin, které obsahují všechny nepostradatelné aminokyseliny. Těmito zdroji bílkovin jsou především živočišné potraviny. U nich se musí hlídat hlavně obsažený tuk a je nutné vybírat nízkotučné varianty potravin. Tím je pro tělo zajištěn dostatečný přísun bílkovin bez zbytečného zatížení energií a nasycenými mastnými kyselinami. Trávicí schopnosti seniorů jsou snižené, proto je třeba vybírat lehce stravitelné potraviny, jako drůbeží maso, ryby, libové vepřové a telecí, nízkotučné sýry, tvarohy, jogurty, vejce, bílky včetně výrobků z nich. Výhodným zdrojem bílkovin je také sója (Chadim, 2008, s. 60).

Podle Topinkové je doporučená denní dávka bílkovin ve stáří pro ženy 55 gr. pro muže 70 gr., bílkovina má zastupovat 10 - 15 % energetického příjmu potravy (Topinková, 2009, s. 43).

3.2 Tuky

Klvetová řadí tuky mezi základní živiny člověka a zdroj energie. Tuky zajišťují

vstřebávání vitaminů A, D, E, K z potravy. Jsou potřebné k tvorbě hormonů, podílejí se na funkci kůže, nervové tkáně, na srážení krve (Klevetová, 2010, s. 16). Jurašková doporučuje snížit přísun tuků z důvodů rizikového faktoru aterosklerózy na 30 % celkového energetického příjmu. Je třeba omezit tuky živočišné a zvýšit přísun tuků rostlinných. Ty zajistí pro organismus důležité nenasycené mastné kyseliny (Jurašková, 2007, s. 45). Celá řada potravin obsahuje poměrně značné množství tuku, aniž si to konzument uvědomuje, jsou to tzv. tuky skryté. Zde je možné zařadit tučné maso, mléčné výrobky, sladké pečivo, čokoládu (Klevetová, 2010, s. 16).

Denní dávka tuků dle Topinkové by měla zabezpečit 30 % z celkového denního energetického příjmu (Topinková, 2009, s. 43).

3.3 Sacharidy

Dle Tomanové jsou sacharidy základní složkou stravy a spolu s tuky zajišťují hlavní energii v potravě seniorů. Ve stáří je nutné hlídat příjem sacharidů a jejich příjem se doporučuje omezit. Zvýšený příjem sacharidů způsobuje nadváhu, trávicí potíže a podporuje vznik cukrovky (Tomanová, 2009, s. 78).

Vláknina je souhrnný název pro rostlinné polysacharidy. Jejich příjem ve stáří je vhodný zvýšit. Vláknina na sebe váže část cholesterolu, zvyšuje střevní pasáž, která bývá ve stáří zpomalená. Dle Juraškové zvýšení podílu vlákniny ve stravě seniorů zlepší glukózovou toleranci a vyrovná energetickou rovnováhu v organismu (Jurašková, 2007, s. 23). V celkovém denním energetickém příjmu by sacharidy měly být zastoupeny v 55 - 65 % (Topinková, 2009, s. 43).

3.4 Vitamíny

Podle Navrátilové jsou vitamíny organické látky, které není organismus schopen syntetizovat sám a jsou nezbytné pro normální funkce organismu. Zde působí jako koenzymy, antioxidanty nebo hormony (Navrátilová, 2000, s. 32). Topinková řadí vitamíny mezi nepostradatelnou složku potravy ve stáří, na kterou se často zapomíná. Vitamíny odbourávají a spalují energeticky náročné potraviny. Jsou důležité v boji s infekcí. Podporují také činnost nervové soustavy. Mezi nejdůležitější vitamíny jsou řazeny

vitamíny A, C, E a komplex skupiny B (Topinková, 2006, s. 43). Podle Bretšnajdrové z posledních studií o vitamínech vyplývá, že mezi nepostradatelné z hlediska prevence je třeba zařadit kyselinu listovou, vitamín B6, B12, vitamín D, E, provitamin A karoten, vitamín A, C a K. Deficit vitamínů a mikronutrientů ve stáří je často důsledkem snížení příjmu potravy a nevhodným výběrem potravin, především ovoce a zeleniny. Když bude ve stáří zachována plnohodnotná strava s přísunem zeleniny a ovoce, není nutné vitamíny výrazně doplňovat, výjimku tvoří vitamín D (Bretšnajdrová, 2010, s. 23-27). Novotná také vidí problém v nedostatku vitamínu D ve stáří. Vzhledem k tomu, že se ve stáří snižuje schopnost syntetizovat vitamín D kůží po slunění. Senioři se méně vystavují slunci, je třeba uvažovat o substituci vitamínu D (Novotná, 2009, s. 44).

3.5 Stopové prvky

Stopové prvky jsou anorganické látky, které jsou velmi důležité pro funkci enzymů a další biologické procesy (Bretšnajdrová, 2010, s. 23-27). Mezi stopové prvky patří železo, zinek, měď, chrom, selen, mangan, kobalt, molybden, jod a fluor (Navrátilová, 2000, s. 27).

Bretšnejdrová uvádí, že deficit železa ve stáří patří mezi časté jevy. Hlavním důvodem je nedostatečný přísun železa, ztráty železa drobnými krevními ztrátami, nejčastěji jako důsledek chronického užívání analgetik a nesteroidních antiflogistik. Další příčinou je zhoršená absorpce železa vlivem nedostatečné žaludeční sekrece, antacid, atrofie žaludeční sliznice (Bretšnajdrová, 2010, s. 23-27). Selen chrání buňky proti poškození kyslíkovými radikáli a organismus proti toxickému působení těžkých kovů. Zinek má vliv na obranyschopnost organismu, podílí se na hojení ran a udržuje duševní pohodu (Tomanová, 2009, s. 43). Žofková řadí stopové prvky mangan, zinek, měď, magnezium, fluor mezi látky, které se podílí na stavbu kostního skeletu a svalů (Žofková, 2008, s. 172-175).

3.6 Minerální látky

Mezi minerální látky patří sodík, draslík, chlor, vápník, hořčík, fluor a fosfor. Tyto látky nemají v organismu funkci energetickou, ale patří mezi významné složky organismu (Navrátilová, 2000, s. 25). Kubešová vidí problém s metabolismem vápníku, jako

stavebním prvkem kostí a zubů. Deficit vápníku může vést ke křečím kosterního svalstva, arytmiím, chronické hypokalemii, encefalopatii. Příznaky mohou být považovány za projevy demence, deprese nebo dokonce psychózy (Kubešová, 2006, s. 118-123).

Tomanová řadí mezi další důležité minerální látky draslík, který zajišťuje vedení nervových impulsů, kontrakci svalů a je důležitý při prevenci vysokého krevního tlaku. Vlivem nedostatku fluoru dochází ke křečím, poruchám krevního oběhu a vypadávání vlasů a zubů. Fosfor váže vápník a přispívá ke stavbě kostí (Tomanová, 2009, s. 43-44).

Podle Wilhelma je hořčík důležitý prvek pro funkci ve vztahu k DNA, k procesům řízeného a programového zániku buňky, stimuluje tvorbu cytoskeletu a uplatňuje se při metabolismu sacharidů a lipidů (Wilhelm, 2007, s. 132-138).

3.7 Potřeba tekutin

Vybíhalová uvádí, že pro seniory je důležitý pravidelný přísun dostatečného množství tekutin. Organismus je tak schopen zajistit látkovou výměnu, dobrou funkci ledvin, ale i vylučování škodlivých látek. Dostatek tekutin je předpoklad pro správnou funkci všech orgánů, tělesných i duševních funkcí a má vliv na stavbu pokožky. Pro správnou funkci organismu je nutný denní příjem tekutin 1,5 - 2 l. Podstatné je zdůraznit rovnoměrnost, pravidelnost a stálost v příjmu tekutin. Do tekutin nelze počítat kávu, které někteří senioři vypijí během dne velké množství. Káva naopak váže vodu v těle a působí dehydrataci. Do pitného režimu nelze připočítávat ani kakao a mléko, které jsou spíše tekutou stravou.

Vybíhalová doporučuje jako vhodné nápoje pro seniory především neslazené bylinné čaje, čerstvé ovocné a zeleninové šťávy, neslazené přírodní džusy a kvalitní nesycenou vodu (Vybíhalová, 2010, s. 73).

Navrátilová také uvádí průměrnou potřebu vody ve stáří v rozmezí 1,5 - 2 litru denně. Toto množství pokryje ztráty vody dýcháním, perspirací a udrží diurézu v rovnováze (Navrátilová, 2000, s. 108).

4 PORUCHY VÝŽIVY VE STÁŘÍ

Včasnou diagnostikou malnutrice ve stáří se sníží riziko zhoršení kvality života seniorů. V praxi se provádí kombinace více vyšetřovacích metod k určení malnutrice u seniorů (Kozáková, 2010, s. 396-397). Jurašková uvádí, že klienti do zdravotnického zařízení již často s malnutricí přichází (Jurašková, 2010, s. C3).

4.1 Hodnocení výživy

Podle Kozákové mezi základní ukazatele hodnocení výživy seniorů patří:

- **Nutriční anamnéza** – jedná se o nepřímý ukazatel, jde o odhad příjmu potravy. Základem je sledování a záznam o konzumovaném jídle. Z důvodu krátkodobé paměti seniorů se ptáme na konzumované jídlo za 24 h. Zajímáme se o průjmy, zvracení a váhový úbytek. Důležité je ověřit tyto informace u členů rodiny.
- **Fyzikální a antropologické měření :**
 - **Výška a hmotnost, BMI** – určí se výška, hmotnost a vypočítá se Body Mass Index /BMI/. V případě imobilního klienta se využije antropologické techniky.
 - **Antropologické měření** – základem je měření obvodu paže. Měří se na nedominantní končetině v polovině mezi akromionem a olekranonem. Za patologickou hodnotu je považován obvod paže pod 20,2 cm.
 - **Měření kožní řasy** – Jedná se o měření kožní řasy mezi akromiálním výběžkem lopatky a olekranonem nedominantní končetiny pomocí přístroje tzv. kaliperu. Měřit lze i stiskem kožní řasy mezi palcem a ukazovákem. Měření není přesné. Za patologickou hodnotu považujeme méně než 10,5 mm. Měření lze provádět i supraspinálně 1cm nad předním kyčelním trnem a 2 cm směrem k pupku, subskapulárně těsně pod dolním úhlem lopatky svisle. Lze měřit i obvod lýtky.
 - **Dynamometrie** - jedná se o měření svalové síly a posouzení funkce svalů. Nejčastěji pomocí ručního dynamometru, který měří sílu stisku /hand grip/. Tato metoda vyžaduje spolupráci seniora.

- **Laboratorní vyšetření** – biochemické a hematologické vyšetření patří mezi základní ukazatele malnutrice u seniorů. Z hlediska nutričního stavu jsou důležité hodnoty albuminu, transferinu a prealbuminu.
- **Standardizované nutriční dotazníky** – pro seniory a pro primární péči považuje Kozáková vhodnou zkrácenou verzi dotazníku Mini Nutritional Assessment – short form MNA- SF (Kozáková, 2010, s. 396-397).

Topinková považuje MNA i MNA - SF v českém překladu *Škála pro hodnocení stavu výživy* za velmi prospěšný v roztřídění a vyhledávání možných rizikových seniorů. MNA byl publikován skupinou francouzských autorů v roce 1994, zahrnuje 4 okruhy otázek a měření. Antropologické měření, celkové hodnocení seniora, dotazy na dietní návyky a vlastní hodnocení zdraví a stavu seniora. V ČR je používán od roku 1995, byl přeložen Neurwitem a Topinkovou (viz. příloha 2, s. 44). Jeho zkrácená verze MNA-SF (viz. příloha 1, s. 43) byla přeložena do češtiny v roce 2002 Neurwitem a Topinkovou, obsahuje 6 otázek původního MNA a jeho výhodou je krátká doba při vyplnění (Topinková, 2003, s. 6-11).

4.2 Poruchy výživy

Poruchy výživy představuje malnutrice, špatná výživa ve smyslu deficitu – podvýživa. Podvýživa ve stáří ohrožuje seniora více než obezita. Při podvýživě dochází ke snížení tělesné hmotnosti, úbytku tělesného tuku a aktivní tělesné hmoty, hlavně svaloviny (Bretšnajdrová, 2010, s. 23-27).

Navrátilová dělí podvýživu na:

- **Marasmus** – prosté hladovění, nejčastější příčina na psychiatrických oddělení.
- **Kwashiorkor-Like** – stresové hladovění.
- **Proteinová malnutrice** – jde o nedostatečný příjem bílkovin, nejčastěji u alkoholiků, depresí postižených pacientů, seniorů.
- **Kombinovaná forma Marasmus – Kwashiorkor** – je charakterizována deficitem minerálů, stopových prvků i vitamínů (Navrátilová, 2000, s. 45-59).

Sipping popisuje Navrátilová jako zvláštní perorální formu výživy. Jedná se o popíjení speciální výživy, která má odpovídající energetickou hodnotu a vyváženou skladbu

bílkovin, minerálů a vitamínů. Může být obohacena o vlákninu a bývá v mnoha chuťových příchutí, např. Nutridrink a jiné (Navrátilová, 2003, s. 118-124).

Obezita, česky otylost nebo nadváha, je stav, kdy energetická rezerva člověka (uložená v tukové tkáni) je vyšší než normální úroveň a poškozuje zdraví. Je mnoho příčin vzniku nadváhy. Mezi hlavní patří nepoměr mezi příjmem a výdejem energie, hormonální vlivy, metabolické vlivy, užívání léků např. antidepressiva, neuroleptika, hormonální léčba a další. Na obezitu mají vliv i psychogenní faktory a jídelní zvyklosti. Pro určení obezity se nejčastěji používá tělesný hmotnostní index tzv. Body Mass Index – BMI (Klevetová, 2010, s. 16).

Dehydratace neboli nedostatečné zásobení organismu tekutinami. Hlavní příčiny dehydratace u seniorů podle Juraškové jsou:

- **věkem podmíněné** – strach z přísunu tekutin a následně obavy z inkontinence, velmi často chybí pocit žízně.
- **iatrogenní** – vlivem lékových intoxikací, dyspeptických potíží.
- **psychické** – v pocitu nepotřeby, sociální nejistoty, nezájmu, deprese, končící odmítáním základních potřeb.

Průměrná denní potřeba vody u zdravého jedince je 1500 – 2000 ml. Hydratace geriatrického pacienta celkově ovlivňuje jeho léčbu a vede ke zkvalitnění péče o seniory (Jurašková, 2003, s. 17-19).

4.3 Výživová doporučení v gerontopsychiatrii

Navrátilová publikovala doporučení, kterými lze zabránit rozvoji malnutrice v gerontopsychiatrické praxi:

1. Pravidelná kontrola hmotnosti pacienta.
2. Sledovat změny hmotnosti a retenci tekutin.
3. Věnovat pozornost medikaci, doporučenému dávkování léků, vzájemné lékové interakce především s psychofarmaky. Sledovat i doplňkové preparáty, které si klient kupuje sám nebo dostane od příbuzných.
4. Při výkyvu hmotnosti provést biochemické a hematologické vyšetření.
5. Gerontopsychiatr by měl spolupracovat s praktickým lékařem seniora.
6. Konzultace s nutričním terapeutem (Navrátilová, 2004, s. 84-88, 1b).

5 PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA KROMĚŘÍŽ

Psychiatrická léčebna Kroměříž poskytuje lůžkovou akutní, následnou psychiatrickou péči i denní stacionáře. Je z 1100 lůžky a 797 zaměstnanci největší léčebnou v ČR. Byla postavena v letech 1905 – 1909. Vznikla jako Moravský zemský léčebný ústav císaře Františka Josefa I. Má rozlohu 26 hektarů, jednotlivé pavilony jsou zasazeny do udržovaného parku. Je považována za nejrozsáhlejší a nejucelenější secesní urbanistický soubor s architekturou Huberta Gessnera na našem území. Do roku 1990 byla součástí OÚNZ Kroměříž. 1. ledna 1991 vznikla rozpočtová organizace Psychiatrická léčebna Kroměříž. Od 26. června 2002 patří léčebna pod přímou správu Ministerstva zdravotnictví ČR. Spádová oblast léčebny zahrnuje Zlínský kraj a okresy Vyškov, Hodonín, Břeclav, Přerov a Prostějov. Léčebna je pavilónového typu s 20 pavilony členěnými na 12 primariátů s celkem 33 odděleními, z toho je 19 psychiatrických, 6 gerontopsychiatrických, 3 toxirehabilitační, 2 interní, 1 pedopsychiatrické, 1 psychoterapeutické, 1 oddělení klinické psychologie (www.plkm.cz/cs/historie-lecebny/nekolik-slov-uvodem).

5.1 Ženská gerontopsychiatrická oddělení

V červenci 1960 vznikl smíšený gerontopsychiatrický primariát, třetí svého druhu v Československu. V roce 1972 došlo k rozdělení smíšeného gerontopsychiatrického oddělení na mužskou a ženskou část. V září 2007 obdržely psychiatrické i gerontopsychiatrické primariáty PLKM od ministerstva zdravotnictví akreditace z oboru psychiatrie. Nyní je v PLKM 158 ženských gerontopsychiatrických lůžek a 92 mužských gerontopsychiatrických lůžek. Probíhá zde léčba klientů starší 65 let. Léčí se zde všechny duševní onemocnění, která se vyskytují ve stáří, různé druhy demencí, depresí a psychotických stavů provázených neklidem, zmateností a odmítáním potravy i psychické poruchy vzniklé na podkladě nejrůznějších tělesných onemocnění. Součástí týmu kromě lékařů, zdravotních sester a jiného ošetřujícího personálu je psycholog a ergoterapeut. Pacienti jsou dle lékaře a zdravotního stavu zařazeni do rehabilitačních programů, pracovní terapie, mají možnost navštěvovat a využívat aktivit klubu pacientů a kostela (www.plkm.cz/cs/historie-lecebny/nekolik-slov-uvodem).

6 KVANTITATIVNÍ PRŮZKUMNÉ ŠETŘENÍ

V rámci kvantitativního průzkumného šetření byly stanoveny následující cíle:

1. Zjistit stav výživy klientek na gerontopsychiatrickém odd. Psychiatrické léčebny Kroměříž.
2. Zjistit rozdíl mezi stavem výživy klientek se základním onemocněním demence (atroficko-degenerativní, symptomatické demence dělení dle Kalvacha (2004, s. 547) a klientek se základní psychiatrickou diagnózou (schizofrenního okruhu, bipolární afektivní poruchou, poruchou úzkostného spektra dle Lužného (2010, s. 93-96).

6.1 Charakteristika šetření

Pro výzkumné šetření byly vybrány klientky – ženy ve věkovém rozmezí 65 – 95, které jsou hospitalizovány na gerontopsychiatrickém oddělení Psychiatrické léčebny Kroměříž. U zkoumané skupiny respondentek byla doba hospitalizace od 4 po 18 měsíců. Soubor byl vybrán tak, aby u 30 respondentek byla základní diagnóza demence a u 30 respondentek byla primární psychiatrická diagnóza.

6.2 Užitá metoda výzkumného šetření

K získání informací byla využita metoda dotazníku. Byl použit mezinárodní dotazník *Škála pro hodnocení stavu výživy – zkrácena forma* (MNA-SF). Dotazník MNA-SF obsahuje 6 otázek, pro rozdělení klientek dle věku byla přidána 1 položka. Všech 7 otázek je uzavřených, klientky vybíraly ze sestavených odpovědí. První část dotazníku obsahuje statistické údaje (položka č.1). Druhá část dotazník MNA-SF je zaměřen na zjištění a zhodnocení nutričního stavu klientek (položka A, B, C, D, E, F, G). Třetí část srovnává výsledky MNA-SF mezi respondentkami se základní diagnózou demence a respondentkami s primární psychiatrickou diagnózou (tabulka a graf H, I, J).

6.3 Organizace výzkumného šetření

Za účelem šetření bylo vyhotoveno 60 dotazníků MNA-SF. Dotazníky vyplnila s klientkami gerontopsychiatrických oddělení Psychiatrické léčebny Kroměříž autorka bakalářské práce. Návratnost byla stoprocentní.

6.4 Zpracování získaných dat

Na základě vyplněných dotazníků byly vytvořeny tabulky četností. Absolutní četnost představuje počet klientek a relativní četnost je podílem absolutní a celkové četnosti. Je vyjádřena v procentech. Informuje, jak velké procento z celkového počtu respondentů odpovídá určité kategorii. Tabulky jsou graficky znázorněny prostorovými sloupcovými grafy. Pro výpočet a konstrukci tabulek a grafů byl využit program Microsoft Word a Microsoft Excel.

6.5 Interpretace dat výzkumného šetření

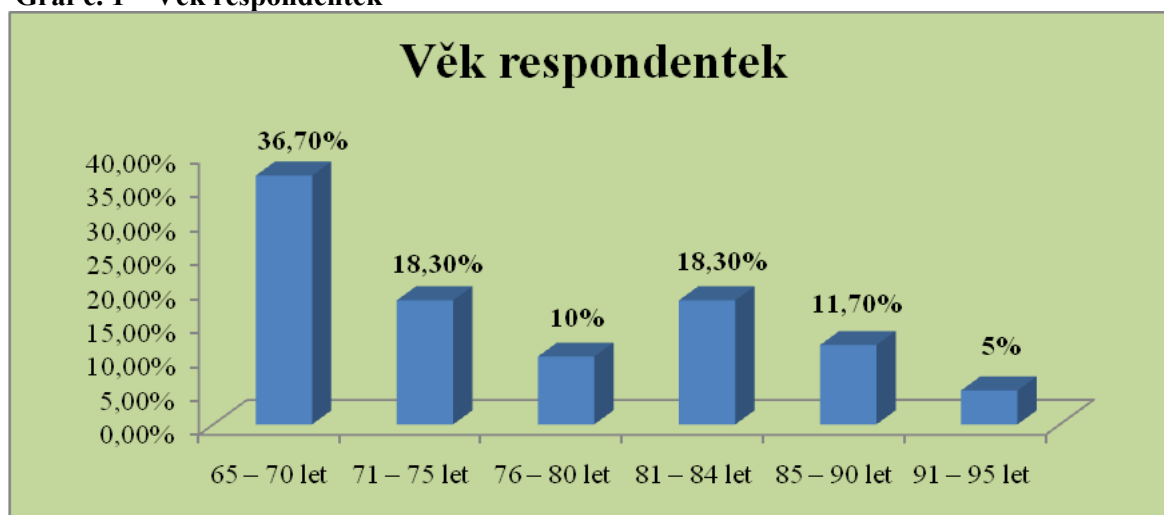
Položka č. 1 – Věk respondentek

Tabulka a graf č. 1 ukazují věkové složení respondentek. Ve věku 65–70 let bylo nejvíce respondentek a to 22 (36,7 %), ve věkové kategorii 71-75 let bylo 11 respondentek (18,3 %), ve věku 76–80 bylo 6 respondentek (10 %), ve věku 81–85 bylo 11 (18,3 %) respondentek, ve věku 86–90 bylo 7 respondentek (11,7 %), v kategorii 91–95 byly 3 (5 %) respondentky.

Tabulka č. 1 – Věk respondentek

Věk klientek	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
65 – 70 let	22	36,7
71 – 75 let	11	18,3
76 – 80 let	6	10
81 – 85 let	11	18,3
86 – 90 let	7	11,7
91 – 95 let	3	5
Celkem	60	100

Graf č. 1 – Věk respondentek



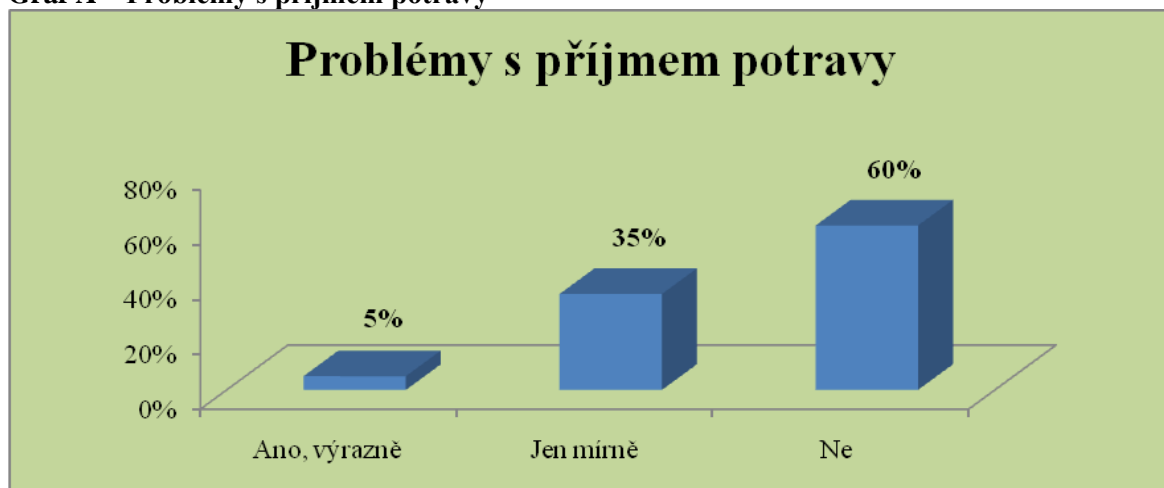
Položka A - Došlo v posledních 3 měsících ke ztrátě chuti k jídlu, zažívacím potížím nebo poruchám přijímání potravy?

Tabulka a graf A vypovídají o tom, že 3 (5 %) respondentek má v posledních 3 měsících výrazné problémy s příjmem potravy, 21 (35 %) respondentek jen mírné problémy s příjmem potravy a 36 (60 %) respondentek vypovědělo, že v posledních 3 měsících nemá problémy s příjmem potravy.

Tabulka A –Problémy s příjmem potravy

Problémy s příjmem potravy	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, výrazně	3	5
Jen mírně	21	35
Ne	36	60
Celkem	60	100

Graf A – Problémy s příjmem potravy

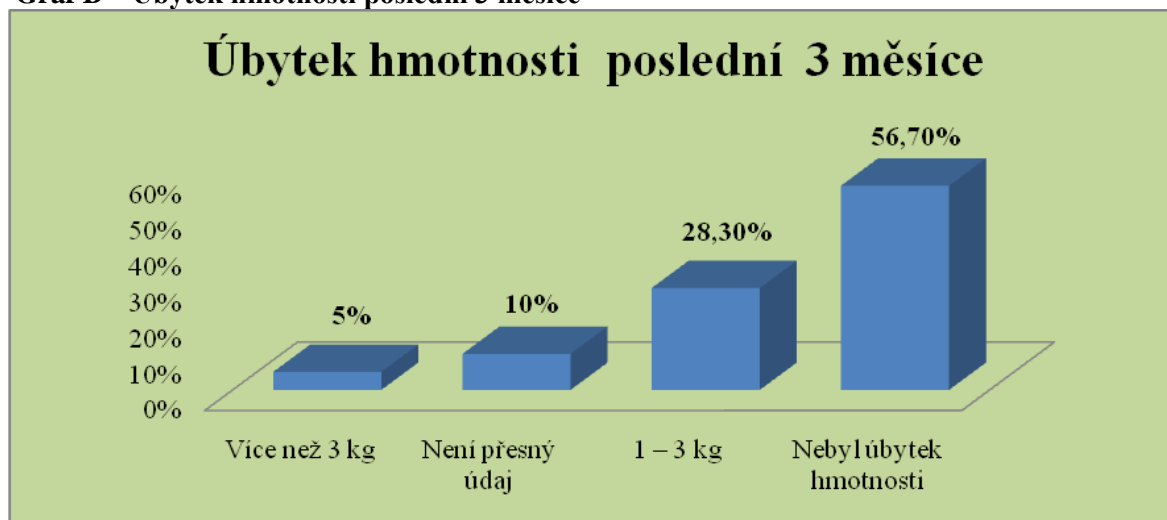


Položka B – Nastal úbytek hmotnosti za poslední 3 měsíce ?

Tabulka a graf B ukazují, že v posledních 3 měsících zaregistrovalo váhový úbytek více než 3kg 3 (5 %) respondentek, u 6 (10 %) respondentek není přesný údaj, váhový úbytek 1 až 3 kg udalo 17 (28,3 %) respondentek, 34 (56,7 %) respondentek váhový úbytek nezaznamenalo.

Tabulka B – Úbytek hmotnosti poslední 3 měsíce

Úbytek hmotnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Více než 3 kg	3	5
Není přesný údaj	6	10
1 – 3 kg	17	28,3
Nebyl úbytek hmotnosti	34	56,7
Celkem	60	100

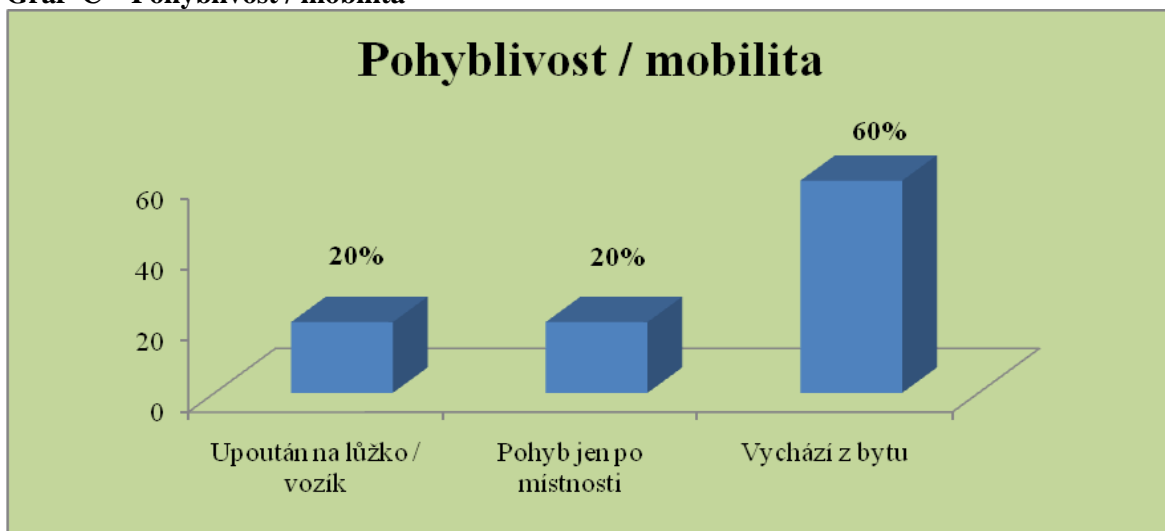
Graf B – Úbytek hmotnosti poslední 3 měsíce**Položka C - Pohyblivost / mobilita**

Tabulka a graf C informují o tom, že 12 (20 %) respondentek je upoutáno na lůžko nebo invalidní vozík, 12 (20 %) respondentek zvládne pohyb jen po místnosti, 36 (60 %) respondentek nemá potíže s pohyblivostí a jsou schopni vyjít ven z oddělení.

Tabulka C – Pohyblivost / mobilita

Pohyblivost / mobilita	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Upoután na lůžko / vozík	12	20
Pohyb jen po místnosti	12	20
Vychází z bytu	36	60
Celkem	60	100

Graf C – Pohyblivost / mobilita



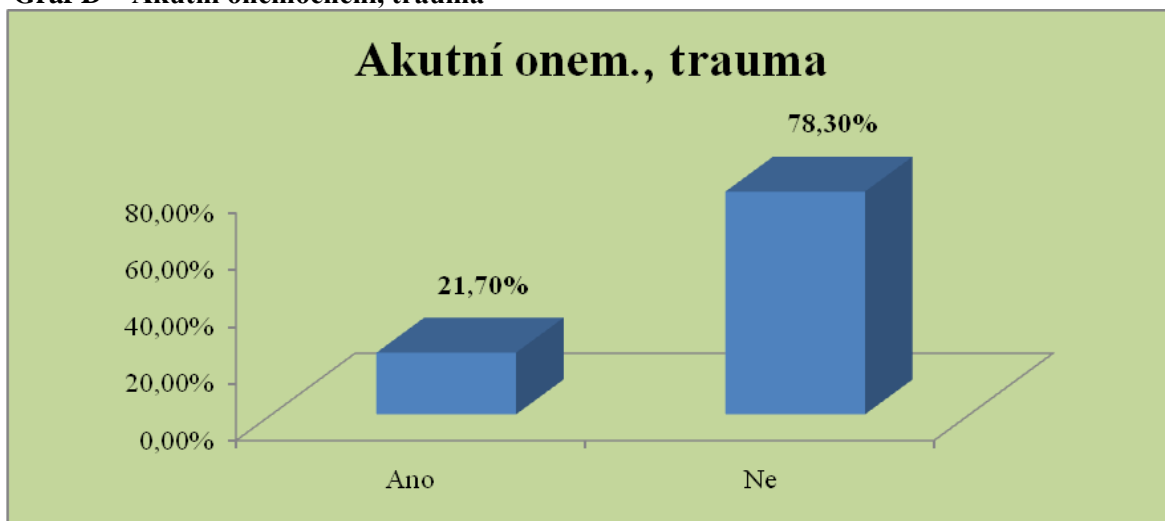
Položka D – Prodělala jste v posledních 3 měsících akutní onemocnění, úraz, psychické trauma?

Tabulka a graf D ukazují, že 13 (21,7 %) respondentek prodělalo během posledních 3 měsíců nějaké akutní onemocnění, úraz nebo psychické trauma, 47 (78,3 %) respondentek žádné akutní onemocnění, úraz nebo psychické trauma neprodělalo.

Tabulka D – Akutní onemocnění, trauma

Akutní onemocnění, trauma	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	13	21,7
Ne	47	78,3
Celkem	60	100

Graf D – Akutní onemocnění, trauma



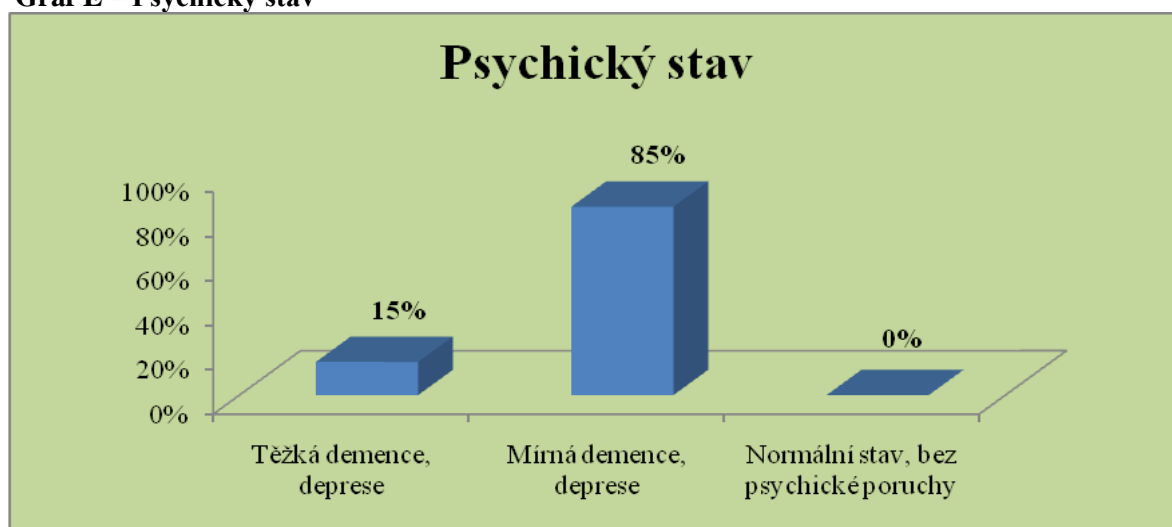
Položka E - Psychický stav

Tabulka a graf E se zabývají psychickým stavem respondentek, 9 (14,4 %) má těžkou demenci, depresi, 51 (85 %) respondentek uvedlo mírnou demenci, depresi, 0 (0 %) respondentek nemá psychické problémy.

Tabulka E – Psychický stav

Psychický stav	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Těžká demence, deprese	9	15,0
Mírná demence, deprese	51	85,0
Normální stav, bez psychické poruchy	0	0
Celkem	60	100

Graf E – Psychický stav



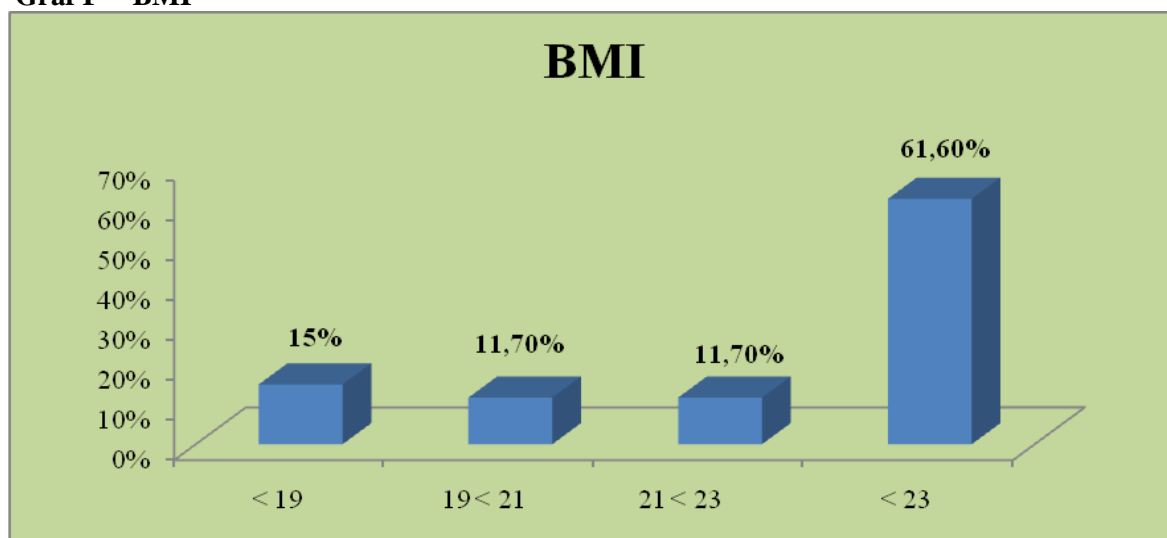
Položka F - BMI (Body Mass Index)

Tabulka a graf F informují o BMI, 9 (15 %) respondentek má BMI pod 19 bodů ukazující na podvýživu, 7 (11,7 %) respondentek se pohybuje v rozmezí 19 až 21, dalších 7 respondentek (11,7 %) se pohybuje v rozmezí 21 až 23, 37 respondentek (61,6 %) mají BMI více jak 23 bodů.

Tabulka F- BMI

BMI	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
< 19	9	15
19 < 21	7	11,7
21 < 23	7	11,7
> 23	37	61,6
Celkem	60	100

Graf F - BMI



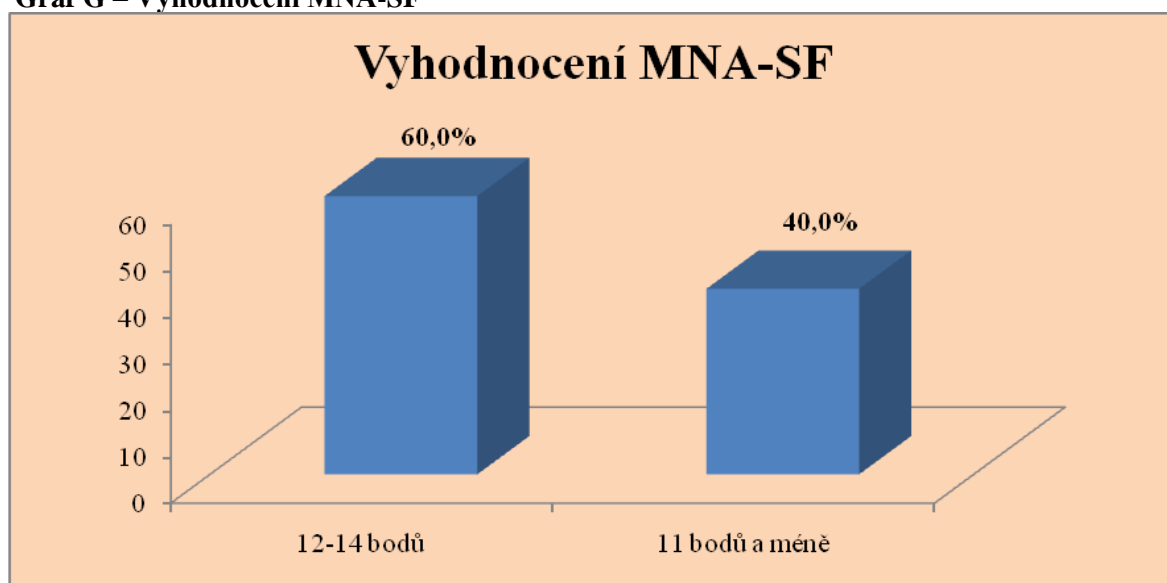
Výsledek hodnocení dotazníku MNA-SF prezentují tabulka a graf G

Z daného hodnocení podle Škály pro hodnocení výživy – zkrácená verze Mini-nutritional assessment – shot form (MNA-SF) vyplývá, že 36 (60 %) respondentek má stav výživy dobrý, ale u 24 (40 %) respondentek byla zjištěna možná porucha výživy.

Tabulka G – Vyhodnocení MNA-SF

Vyhodnocení MNA-SF	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
12-14 bodů	36	60,0
11 bodů a méně	24	40,0
Celkem	60	100

Graf G – Vyhodnocení MNA-SF

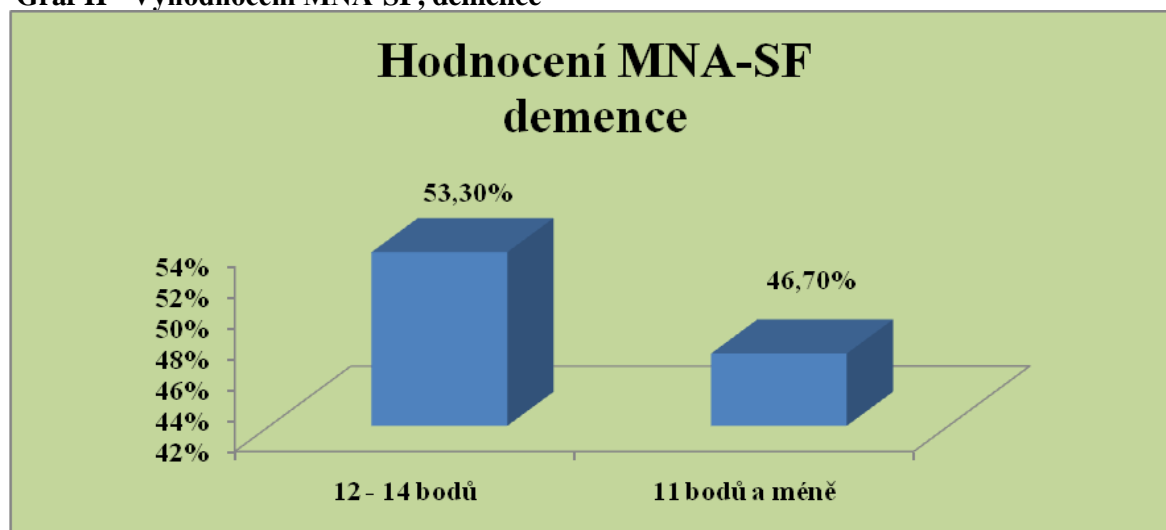


Zhodnocení výživy podle MNA-SF u klientek se základní diagnózou demence ukazuje tabulka a graf H. Podle MNA-SF je u 16 (53,3 %) klientek se základní diagnózou demence stav výživy v normě a u 14 (46,7 %) klientek ukazuje na poruchu příjmu potravy.

Tabulka H - Vyhodnocení MNA-SF, demence

Vyhodnocení MNA-SF demence	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
12-14 bodů	16	53,3
11 bodů a méně	14	46,7
Celkem	30	100

Graf H - Vyhodnocení MNA-SF, demence

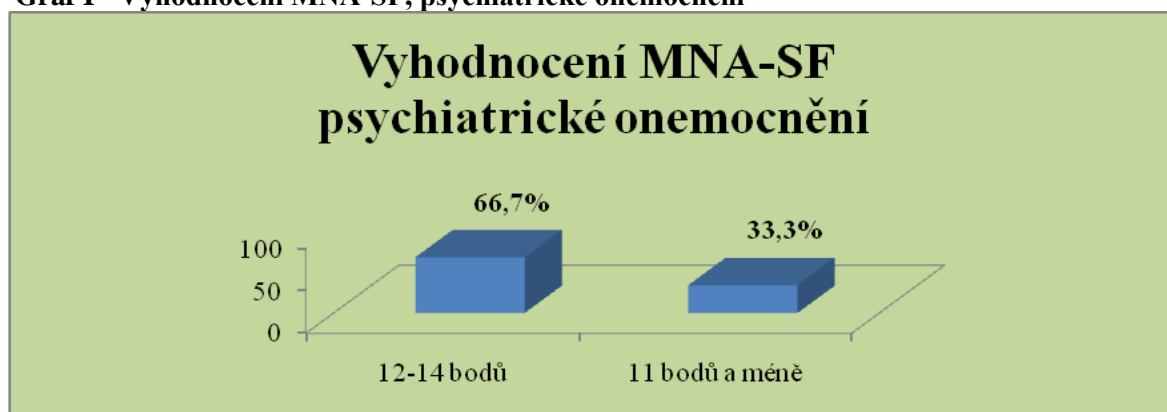


Tabulka a graf I hodnotí stav výživy klientek s primární diagnózou psychiatrické onemocnění. Stav výživy podle MNA-SF u 20 (66,7 %) klientek je v normě a u 10 (33,3 %) klientek ukazuje na možnou poruchu výživy.

Tabulka I - Vyhodnocení MNA-SF, psychiatrické onemocnění

Vyhodnocení MNA-SF psychiatrické onem.	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
12-14 bodů	20	66,7
11 bodů a méně	10	33,3
Celkem	30	100

Graf I - Vyhodnocení MNA-SF, psychiatrické onemocnění



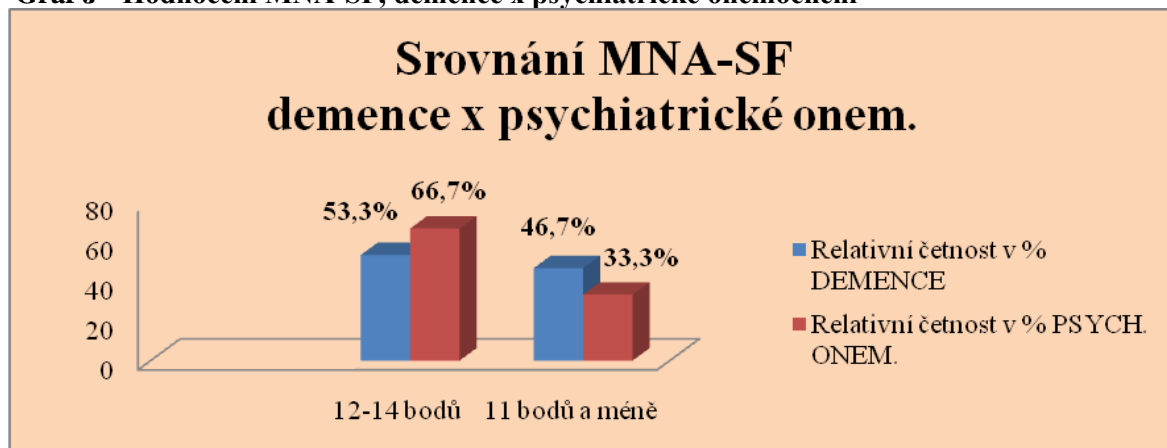
Výsledek srovnání hodnocení MNA-SF demence x psychiatrické onemocnění.

Tabulka a graf J srovnávají hodnocení MNA-SF u respondentek se základní diagnózou demence a respondentek s primární diagnózou psychiatrické onemocnění. Tabulka a graf J nám informují o tom, že 16 (53,3 %) respondentek s demencí nemá potíže s výživou, na rozdíl u respondentek s psychiatrickým onemocněním, kde s výživou nemá problém 20 klientek (67,7 %). U 14 (46,7 %) respondentek se základní diagnózou demence se vyskytly problémy s výživou, oproti tomu u respondentek s psychiatrickým onemocněním má problémy s výživou 10 (33,3 %) klientek.

Tabulka J – Hodnocení MNA-SF, demence x psychiatrické onemocnění

Hodnocení MNA-SF demence x psychiatrické onem.	Absolutní četnost DEMENCE	Absolutní četnost PSYCH. ONEM.	Relativní četnost v % DEMENCE	Relativní četnost v % PSYCH. ONEM.
12-14 bodů	16	20	53,3	66,7
11 bodů a méně	14	10	46,7	33,3
Celkem	30	30	100	100

Graf J - Hodnocení MNA-SF, demence x psychiatrické onemocnění



7 DISKUSE

Do výzkumného šetření se zapojilo 60 (100 %) klientek gerontopsychiatrických oddělení Psychiatrické léčebny Kroměříž. Byly zvoleny ženy, pro svoji vyšší délku života. Dané situaci odpovídá i počet ženských (celkem 158) gerontopsychiatrických lůžek na rozdíl od mužských (celkem 92) lůžek v Psychiatrické léčebně Kroměříž (www.plkm.cz/cs/historie-lecebny/psychiatricka-lecebna-v-kromerizi-1991-2008). V roce 2004 bylo v Čechách 14,1 % lidí starších 65 let, to je 1 434 630 obyvatel. Na 100 mužů nad 60 let připadá zhruba 145 žen, ve skupině lidí starších 85 let je tento poměr vyšší a to tři ženy na jednoho muže (Holmerová, 2007, s. 2).

Klientky byly vybrány podle primární diagnózy demence (30 klientek) a psychiatrické onemocnění (30 klientek), tak aby mohlo dojít k porovnání rozdílu výživy mezi těmito dvěma skupinami klientek.

Klientky byly rozděleny podle věku do 6 skupin. První skupinu tvořily respondentky ve věku 65-70 let, tato skupina byla nejpočetnější a to 22 (36,7 %) klientek, ve věkové kategorii 71-75 let bylo 11 respondentek (18,3 %), ve věku 76-80 bylo 6 respondentek (10 %), ve věku 81-85 bylo také 11 (18,3 %) respondentek, ve věku 86-90 bylo 7 respondentek (11,7 %), v kategorii 91-95 byly 3 (5 %) respondentky.

Položka, zda u klientek došlo v posledních 3 měsících ke ztrátě chuti k jídlu, zažívacím potížím nebo poruchám přijímání potravy, byla uzavřená. Klientky vybíraly z předem daných odpovědí. Jen 3 (5 %) respondentky uvedly, že měly v posledních 3 měsících nebo stále mají výrazné problémy s příjmem potravy, zažívací potíže popřípadě u nich došlo ke změnám chuti k jídlu ve směru negativním. Všechny tři klientky byly upoutány na lůžko a špatně snášely hospitalizaci a odloučení od rodiny. 21 (35 %) respondentek má mírné problémy s příjmem potravy, jednalo se hlavně o výkyvy v příjmu potravy spojené s psychickým stavem a poruchami dentice. Největší skupinu 36 (60 %) respondentek tvořily klientky, které vypověděly, že v posledních 3 měsících neměly a ani v současné době nemají zažívací potíže, problémy s příjmem potravy a netrpí žádnými změnami chuti k jídlu. Podle Kubešové patří zažívací potíže a změny chuti k jídlu mezi první varovné ukazatele možných problémů s příjmem potravy u seniorů. Dané skutečnosti by jsme neměly v žádném případě podceňovat a měla by se jim věnovat pozornost (Kubešová, 2006, s. 118-123).

Na položku, zda došlo v posledních 3 měsících k váhovému úbytku více než 3kg zaznamenaly tuto skutečnost 3 (5 %) respondentky. U 6 (10 %) respondentek není přesný údaj, jednalo se o klientky, kde dané informace nebyly dostatečně podloženy. Váhový úbytek 1 až 3 kg udalo 17 (28,3 %) respondentek. Největší skupinu tvořilo 34 (56,7 %) respondentek a ty váhový úbytek nezaznamenaly. Lze usoudit, že klientky situaci kolem váhy neřešily a případného úbytku si nevšimly, ani je tato skutečnost v první fázi příliš nezajímala.

V položce pohyblivost / mobilita sdělilo 12 (20 %) respondentek, že jsou upoutány na lůžko, nebo invalidní vozík, zvládnou základní věci obsluhy, s hygienou, oblékáním a u jedné respondentky i s podáním jídla potřebují pomoc ošetřujícího personálu. Celkem 12 (20 %) respondentek zvládne pohyb jen po místnosti, 36 (60 %) respondentek nemá potíže s pohyblivostí. Jsou schopny samostatného pohybu.

Na položku zda v posledních 3 měsících prodělaly nějaké akutní onemocnění, úraz nebo psychické trauma, sdělilo 13 (21,7 %) respondentek ano, jednalo se především o klientky, které v posledních 3 měsících spadly – utrpěly úraz a 3 klientky uvedly psychické potíže vlivem hospitalizace a odloučení od rodiny. 47 (78,3 %) respondentek žádné akutní onemocnění, úraz nebo psychické trauma neprodělalo.

V položce psychický stav 9 (15 %) respondentek trpí těžkou demencí, depresí, 51 (85 %) respondentek uvedlo mírnou demenci, depresi, vzhledem k hospitalizaci v psychiatrické léčebně se předpokládají psychické problémy či demence. Dále se ukázalo, že zhoršení psychického stavu u klientek má vliv na případný váhový úbytek. U jedné ze tří klientek, které uvedla snížení váhy o 3 kg došlo v dané období ke zhoršení depresivní fáze. Další dvě klientky se léčí pro demenci a z jejich hlediska se jednalo o problém neschopnosti si uvědomit nutnost jídla. U zbylých 6 klientek byl zjištěn jen mírný váhový úbytek, který vzhledem k jejich nadváze a celkovému BMI se výrazně neprojevil. U klientek s mírnou demencí, depresí se jednalo o malé váhové výkyvy a tyto klientky byly schopny si potíže uvědomit.

Hodnoty BMI – Body Mass Index informují o tom, že 9 (15 %) respondentek má BMI pod 19 bodů a ukazuje nám na podvýživu, 7 (11,7 %) respondentek se pohybuje v rozmezí 19 až 21, také 7 respondentek (11,7 %) v pásmu 21 až 23 a více jak 23 bodů dosáhlo 37 (61,6 %) respondentek. Klevetová uvádí, že u seniorů je lepší, když jsou hodnoty BMI vyšší než ve středním věku a pohybují se v rozmezí 20-24 bodů. V dané testované skupině se většina klientek v hodnotách BMI pohybovala v normálních hodnotách, podle metodiky Klevetové hrozí podvýživa u skupiny 16 klientek (Klevetová, 2008, s. 151). Těšínský vidí

optimální hodnotu BMI u seniorů v rozmezí 22-26 bodů (Těšínský, 2003, s. 248-253). Podle studie Navrátilové, která zkoumala stav 149 nemocných v 10 domovech důchodců, 3 sanatoriích a 4 ústavech sociální péče v ČR po dobu 2 let, bylo zjištěno BMI pod 22 bodů u více než 43% klientů s Alzheimerovou chorobou a 23% nemocných s vaskulární demencí (Navrátilová, 2004, s.45-47, 1a). Souvislosti z dobou hospitalizace a hodnotami BMI a MNA ukazuje studie Kozákové, která zkoumala 100 seniorů z LDN Opava a LDN Ostrava v období od září do prosince 2009 uvádí, že s délkou hospitalizace seniorů klesá hodnota BMI i MNA. Výsledky prokázaly u poloviny respondentů riziko podvýživy, 37,8 % bylo podvyživených a pouze 13,9 % mělo uspokojivý nutriční stav (Kozáková, 2010, s. 179-183, 1a). Podle Kohouta je nutné na malnutrici myslet již při příjmu pacienta do ústavní péče. Kohout uvádí, že podle různých lékařských epidemiologických studií 5-12 % seniorů v domácím prostředí trpí malnutricí (Kohout, 2010, s. 24-25).

Z konečného hodnocení *Škály pro hodnocení výživy – zkrácená verze (MNA-SF)* vyplývá, že 36 (60 %) respondentek má stav výživy v normě, ale u 24 (40 %) respondentek byla zjištěna možná porucha výživy. Daná skupina, u které byla zjištěna možná porucha výživy, se skládá z klientek, které v předešlých otázkách měli problémy s příjmem potravy, zaznamenaly váhový úbytek, mají nebo měly v posledních 3 měsících problémy se zdravotním stavem a jejich BMI se pohybuje v rozmezí podvýživy případně v pásmu rizika podvýživy. Jedná se o poměrně velkou část klientek. Vzhledem k tomu, že se doba hospitalizace u klientek pohybuje v rozmezí 4 až 18 měsíců, je jejich fyzická aktivita malá. Stravování odpovídá nutričním tabulkám, klientky měly diety 13 a 9, přesto byla zjištěna poměrně velká část klientek s problematikou výživy (40 %). K vysokému riziku malnutrice hospitalizovaných seniorů došla i španělská studie Péreze, kde byl hodnocen nutriční stav u pacientů - mužů v seniorském věku pomocí MNA škály. Riziko podvýživy bylo zjištěno u 43,7 % pacientů, 8,8 % bylo podvyživených a 47,5 % mělo normální stav výživy. Podle hodnocení BMI byla zjištěna malnutrice jen u 5 % pacientů, zde se ukazuje důležitost nutričních screeningů jako celku. I když se jednalo o studii tvořenou muži, došla k podobným závěrům a vykazuje vysoké nutriční riziko (Peréz, 2010, s. 676-681).

U 16 (53,3 %) klientek se základní diagnózou demence je stav výživy podle MNA-SF v normě, u 14 (46,7 %) klientek ukazuje na poruchu příjmu potravy. Jedná se téměř o polovinu zkoumané skupiny respondentek. Podle již zmiňované studie Navrátilové byly zjištěny známky malnutrice u 97 pacientů s Alzheimerovou chorobou a u 52 pacientů s cévní demencí (Navrátilová, 2004, s. 45-47, 1a).

V druhé skupině u 20 (66,7 %) klientek s primárním psychiatrickým onemocněním byly výsledky v normě a u 10 (33,3 %) klientek ukazují na možnou poruchu výživy. Z daného zjištění vyplývá, že ve zkoumané skupině klientek jsou více ohroženy klienty se základní diagnózou demence.

Podle Starnovské je nutriční stav seniorů často neuspokojivý, podle různých zahraničních studií je podíl podvyživených seniorů umístěných v pobytových zařízeních v rozmezí 15 - 60 % (Starnovská, 2011, s. 41-43). Je důležité na problematiku malnutrice u seniorů pohlížet z komplexního hlediska, je třeba kombinovat nutriční anamnézy, antropometrická, laboratorní a funkčních vyšetření (Kozáková, 2010, s. 396-397, 1b).

Dle Topinkové je důležité provádět hodnocení stavu výživy u seniorů, jako komplexní hodnocení starších pacientů v rámci preventivních prohlídek, hospitalizovaných starších nemocných i v oblasti následné péče. Jako vhodný screening doporučuje MNA a MNA-SF (Topinková, 2003, s. 6-11).

Starnovská uvádí, že správné a komplexní poskytování nutriční péče znamená v první fázi zvýšení nákladů na výživu. Tyto náklady, ale následně převáží snížení nákladů na medikaci, zkrácení doby hospitalizace a celkového snížení nákladů na pacienta. Profit má nejen pacient, ale především zdravotnické zařízení a v konečné fázi i stát (Starnovská, 2011, s. 41-43).

U nás je tato skutečnost stále opomíjena. Ovšem v dnešní době, kdy je složité najít prostředky na kvalitní zdravotní péči a zajistit péči seniorům kvalifikovaným personálem, je třeba se této skutečnosti věnovat. Určitě stojí za větší zájem odborníků, ale i zdravotnického týmu a nutričních terapeutů.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zhodnotit nutriční stav klientek gerontopsychiatrického oddělení Psychiatrické léčebny Kroměříž. Zjistit možné rozdíly ve výživě klientek se základní diagnózou demence a klientek s primární psychiatrickou diagnózou. Zda některá ze skupin má větší problémy s výživou. Výzkumného šetření se zúčastnilo 60 klientek Psychiatrické léčebny Kroměříž ve věku 65 až 95 let.

Prvním cílem bylo zjistit pomocí *dotazníku Škála pro hodnocení stavu výživy – zkrácená forma* (MNA-SF) stav výživy u hospitalizovaných klientek. Bylo zjištěno, že 24 (40 %) klientek má potíže s výživou. Zjištěná fakta jsou alarmující vzhledem k délce hospitalizace, kdy se předpokládá vyvážená strava dle nutričních parametrů. Hodnoty BMI u 9 (15 %) klientek ukázalo rizikové hodnoty pod 19 bodů, jedná se o velmi důležitý ukazatel, který vyžaduje naši pozornost.

Druhým cílem bylo zjistit, zda je rozdíl ve výživě klientek se základním onemocněním demence a klientek se základní psychiatrickou diagnózou. U 16 (53,3 %) klientek se základní diagnózou demence je stav výživy podle MNA-SF v normě, u 14 (46,7 %) klientek ukazuje na poruchu příjmu potravy. Jedná se o vysoké hodnoty. V druhé skupině u 20 (66,7 %) klientek s primárním psychiatrickým onemocněním byly výsledky v normě a u 10 (33,3 %) klientek ukazují na možnou poruchu výživy. V dané zkoumané skupině mají klientky s primární diagnózou demence větší sklon k poruchám výživy než klientky s primární psychiatrickou diagnózou. Zjištěné rozdíly nejsou příliš velké, ovšem výsledné hodnoty, jak u jednotlivých diagnóz, ale i celkově jsou alarmující.

Všechny data výzkumného šetření se podařilo získat a z daného šetření vyplývá, že stav výživy klientek gerontopsychiatrického oddělení Psychiatrické léčebny Kroměříž není nijak uspokojivý a v dané skupině klientek mají větší problémy s výživou klientky s primární diagnózou demence. Rozdíl není velký, přesto ukazuje zajímavou situaci. V PLKM je v rámci sesterské diagnózy veden nutriční Nottinghamský screening, doporučila bych věnovat těmto údajům větší pozornost nejen sester, ale i ostatních členů ošetrovatelského týmu. Dané údaje povedou ke zlepšení výživy klientek, zabrání vzniku malnutrice a jiných výživových problémů. V celkovém kontextu, pak napomohou k lepšímu návratu klientek do domácího prostředí, zabrání vzniku dalších možných komplikací bezpochyby sníží náklady zdravotnického zařízení. Výsledky šetření byly na žádost vrchní sestry poskytnuty oddělením ve kterých probíhalo výzkumné šetření.

SEZNAM LITERATURY

- BAŠTĚCKÝ, Jaroslav; KÚMPEL, Quido. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Grada publishing a. s., 1994. 320 s. ISBN 80-7169-070-8.
- BRETŠNAJDEROVÁ, Milena. Výživa seniorů, malnutrice a role doplňků stravy, vitamínů. *Zdravotnické noviny : Lékařské listy*. 2010, 18, s. 23-27. ISSN 0044-1996.
- HOLMEROVÁ, Iva; JURAŠKOVÁ, Božena; ZIKMUNDOVÁ Květa. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. vydání. Praha: EV public reations, spol. s. r. o. 2007, 145 s. ISBN 978-80-254-0179-8.
- CHADIM, Vlastimil. Výživa ve vyšším věku. *Mladá fronta a.s. : Moje zdraví*. 2008, 6, 12, s. 60. ISSN 1214-3871.
- IVANOVÁ, Kateřina; JURÍČKOVÁ, Lubica. *Písemné práce na vysokých školách se zdravotnickým zařízením*. Dotisk 2. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2009. 99 s. ISBN 978-80-244-1832-2.
- JURAŠKOVÁ, Božena. Dehydratace – rizikový faktor onemocnění ve stáří. *Česká geriatrická revue*. 2003, 1, s. 17-19. ISSN 1214-0732.
- JURAŠKOVÁ, Božena. Nutriční podpora v geriatrii. *Sestra*. 2006, 13, s. 56. ISSN 1210-0404.
- JURAŠKOVÁ, Božena, et al. Poruchy výživy ve stáří. *Medicína pro praxi*. 2007, 11, 4, s. 443-446. ISSN 1213-1814.
- JURAŠKOVÁ, Božena, Malnutrice – rizikový faktor infekčních onemocnění. *Medical Tribune CZ*. 2010, 6, s. C3. ISSN 1214-8911.
- KALVACH, Zdeněk, et al. *Geriatric gerontologie*. 1. vydání. [s.l.] : Grada Publishing a. s., 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
- KALVACH, Zdeněk, et al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha : Grada Publishing a. s., 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
- KLEVETOVÁ, Dana; TOPINKOVÁ, Eva. Hodnocení malnutrice u seniorů v domácí péči, *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2006, 7, s. 247-249. ISSN 1801-1349.
- KLEVETOVÁ, Dana; DLABALOVÁ, Irena. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1.vydání. [s.l.] : Praha: Grada Publishing a. s., 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
- KLEVETOVÁ, Dana. Prevence obezity: Je třeba dbát na správnou stravu a dostatečný pohyb. *Sociální péče*. 2010, 2, s. 16. ISSN 1213-2330.

- KOHOUT, Pavel. Výživa seniorů. *Zdravotnické noviny : Pacientské listy* [online]. 1.3.2010, 4, 24-25, [cit. 2011-04-18]. Dostupný z WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/priloha-pacientske-listy/vyziva-senioru-450010>>. ISSN 1214-7664.
- KOZÁKOVÁ, Radka; JAROŠOVÁ, Darja. Metody hodnocení stavu výživy seniorů. *Medicína pro praxi*. 2010, 7, s. 396-397. ISSN 1213-1814.
- KOZÁKOVÁ, Radka; KROULÍKOVÁ, Lenka; JAROŠOVÁ, Darja. Hodnocení stavu výživy pacientů v zařízení dlouhodobé péče. *Ošetrovatelství a porodní asistence*. 2011, 2, 1, s. 179-183. ISSN 1804-2740.
- KUBEŠOVÁ, Hana, et al. Výživa ve stáří. *Medicína pro praxi*. 2006, 3, s. 118-123. ISSN 1213-1814.
- KUBEŠOVÁ, Hana; WEBER, Pavel. Poruchy příjmu potravy ve stáří. *Interní medicína pro praxi*. 2008, 10, s. 64-68. ISSN 1213-7299.
- KUŽELA, Lubomír; STARNOVSKÁ, Tamara. Specifické požadavky na výživu ve stáří. *Praktické lékařství*. 2006, 5, s. 239-242. ISSN 1801-2434.
- LUŽNÝ, Jan; IVANOVÁ, Kateřina. Je ještě možné zlepšit kvalitu života těchto seniorů?. *Vojenské zdravotnické listy*. 2010, LXXIX, 3, s. 96-104. ISSN 0372-7025.
- M.D.RUIZ LÓPEZ, F.T.Pérez Durillo, et al. Estado nutricional en ancianos con fractura de cadera. *Nutrición Hospitalaria* [online]. 2010, 25, 4, [cit. 2011-04-17]. Dostupný z WWW: <<http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v25n4/original18.pdf>>. ISSN 02-12-1611.
- NAVRÁTILOVÁ, Miroslava; ČEŠKOVÁ, Eva; SOBOTKA, Luboš. *Klinická výživa v psychiatrii*. Praha: MAXDORF s. r. o. 2000. s. 270. ISBN 80-85912-33-3.
- NAVRÁTILOVÁ, Miroslava. Enterální výživa v gerontopsychiatrii. *Psychiatrie pro praxi*. 2003, 3, s. 118-124. ISSN - 1213-0508.
- NAVRÁTILOVÁ, Miroslava. Longitudinální multicentrická studie u institucionalizovaných gerontopsychiatrických nemocných. *Česká geriatrická revue*. 2004, 2, s. 45-47. ISSN 1214-0732. 2004.
- NAVRÁTILOVÁ, Miroslava. Malnutrice u gerontopsychiatricky nemocných. *Psychiatrie pro praxi*. 2004, 2, s. 84-88. ISSN - 1213-0508.
- NOVOTNÁ, Jana; LAHOLOVÁ, Jitka. Výživa ve stáří. *Sestra*. 2009, 1, s. 44. ISSN 1210-0404.
- SOBOTKA, Luboš. Vliv malnutrice na průběh akutního onemocnění u gerontologického nemocného. *Česká geriatrická revue*. 2003, 1, s. 32-35. ISSN 1214-0732.

- STARNOVSKÁ, Tamara. Mýty, chyby a omyly ve výživě geriatrických pacientů. *Medical Tribune CZ*. 2010, 25, s. C2. ISSN 1214-8911.
- STARNOVSKÁ, Tamara. Kvalifikovaná nutriční péče musí být součástí komplexní péče. *Florenc*. 2011, 1, s. 43. ISSN 1801-464X.
- TĚŠÍNSKÝ, Pavel. Poruchy výživy u Alzheimerovy demence a možnosti jejich ovlivnění. *Psychiatrie pro praxi*. 2003, 3, s. 248-253. ISSN - 1213-0508.
- TOMANOVÁ, Jitka. Požadavky na nutriční seniory. *Sestra*. 2009, 6, s. 43-44. ISSN 1210-0404.
- TOPINKOVÁ, Eva. Využití standardizovaných škál pro hodnocení stavu výživy u starších nemocných. *Česká geriatrická revue*. 2003, 1, s. 6-10. ISSN 1214-0732.
- TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatry pro praxi*. 1. vydání. Praha: Galen, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.
- TUMOVÁ, Lenka. Výživa ve stáří. *Sestra*. 2007, 1, s. 58. ISSN 1210-0404.
- VYBÍHALOVÁ, Lenka. Pitný režim ve stáří. *Sestra*. 2010, 6, s. 73. ISSN 1210-0404.
- WEBER, Pavel. Geriatrie – alfa a omega dnešní medicíny. *Sanquis*. 2010, 83, s. 70. ISSN 1212-6535.
- WEBER, Pavel. Stárnutí a stáří ve 21. století. *Sanquis*. 2010, 83, s. 71. ISSN 1212-6535.
- WILHELM, Zdeněk. Co je dobré vědět o hořčičku. *Praktické lékařství*. 2007, 3, s. 132-138. ISSN - 1213-0508.
- ŽOFKOVÁ, Ivana; NĚMČÍKOVÁ, Petra. Stopové prvky a jejich vztah ke kostnímu metabolismu. *Diabetologie, metabolismus, endokrinologie, výživa*. 2008, 11, 4, s. 172-176. ISSN 1211-9326.

Internetové zdroje:

- CHUDOBOVÁ, Miloslava. Demografická situace v České republice v roce 2010. In *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. Praha : [s.n.], 6/2011 [cit. 2011-04-12]. Dostupné z WWW: <<http://www.uzis.cz/rychle-informace/demograficka-situace-ceske-republice-roce-2010>>.
- Letos oslavilo sté narozeniny už 272 lidí. In *MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR* [online]. Praha : [s.n.], 2009 [cit. 2011-04-12]. Dostupné z WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/7730>>.
- Historie léčebny. In *Psychiatrická léčebna kroměříž* [online]. Kroměříž : [s.n.], 2009 [cit. 2011-04-12]. Dostupné z WWW: <<http://www.plkm.cz/cs/historie-lecebny/nekolik-slov-uvodem>>.

Bakalářské a diplomové práce:

PRUDILOVÁ, Jarmila. *Riziko malnutrice u seniorů*, Brno. 2009, 102 s. Diplomová práce.

LF MU Katedra ošetřovatelství.

VOSTROVSKÁ, Veronika. *Problematika výživy seniorů v domácí péči*, Olomouc. 2010, 87 s. Bakalářská práce. Univerzita Palackého Fakulta zdravotnických věd.

SEZNAM ZKRATEK

BMI	Body Mass Index
cm	centimetr
č	číslo
ČR	Česká republika
DNA	Deoxyribonukleová kyselina
GER	Gastroezofageální reflux
gr	gram
h	hodina
kcal	Kilokalorie
kg	kilogram
kJ	Kilojoul
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
ml	mililitr
mm	milimetr
MNA	Mini Nutritional Assessment
MNA-SF	Mini Nutritional Assessment - Short Form
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
např.	například
onem.	onemocnění
OÚNZ	Okresní ústav národního zdraví
PLKM	Psychiatrická léčebna Kroměříž
tzv.	tak zvané
UP	Univerzita Palackého
UZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulka č. 1	-	Věk respondentek.....	23
Tabulka A	-	Problémy s příjmem potravy.....	24
Tabulka B	-	Úbytek hmotnosti poslední 3 měsíce.....	25
Tabulka C	-	Pohyblivost / mobilita.....	26
Tabulka D	-	Akutní onemocnění, trauma.....	26
Tabulka E	-	Psychický stav.....	27
Tabulka F	-	BMI.....	27
Tabulka G	-	Vyhodnocení MNA-SF.....	28
Tabulka H	-	Vyhodnocení MNA-SF, demence.....	29
Tabulka I	-	Vyhodnocení MNA-SF, psychiatrické onemocnění.....	29
Tabulka J	-	Hodnocení MNA-SF, demence x psychiatrické onemocnění.....	30
Graf č. 1	-	Věk respondentek.....	24
Graf A	-	Problémy s příjmem potravy.....	24
Graf B	-	Úbytek hmotnosti poslední 3 měsíce.....	25
Graf C	-	Pohyblivost / mobilita.....	26
Graf D	-	Akutní onemocnění, trauma.....	26
Graf E	-	Psychický stav.....	27
Graf F	-	BMI.....	28
Graf G	-	Vyhodnocení MNA-SF.....	28
Graf H	-	Vyhodnocení MNA-SF, demence.....	29
Graf I	-	Vyhodnocení MNA-SF, psychiatrické onemocnění.....	30
Graf J	-	Hodnocení MNA-SF, demence x psychiatrické onemocnění.....	30

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1	- Škála pro hodnocení výživy – zkrácená forma MNA-SF.....	43
Příloha 2	- Škála pro hodnocení výživy – MNA.....	44
Příloha 3	- Nottinghamský screeningový systém pro hodnocení malnutrice.....	45
Příloha 4	- Dotazník.....	46

PŘÍLOHY

Příloha 1 - Škála pro hodnocení stavu výživy – zkrácená verze MNA-SF

TAB. 4. ŠKÁLA PRO HODNOCENÍ STAVU VÝŽIVY – ZKRÁCENÁ VERZE MINI-NUTRITIONAL ASSESSMENT – SHORT FORM (MNA-SF)	
POLOŽKY	BODOVÉ SKÓRE
A. Došlo v posledních 3 měsících ke ztrátě chuti k jídlu, zažívacím potížím nebo poruchám přijímání potravy (obtíže žvýkat nebo polykat)?	
ano, výrazně	0
jen mírně	1
ne	2
B. Úbytek hmotnosti poslední 3 měsíce	
více než 3 kg	0
není přesný údaj	1
1–3 kg	2
nebyl úbytek hmotnosti	3
C. Pohyblivost/mobilita	
upoután na lůžko/vozik	0
pohyb jen po místnosti	1
vychází z bytu	2
D. Prodělal v posledních 3 měsících akutní onemocnění, úraz, psychické trauma?	
ano	0
ne	2
E. Psychický stav	
těžká demence nebo deprese	0
mírná demence nebo deprese	1
normální stav, bez psychické poruchy	2
F. BMI (Body Mass Index)*	
BMI < 19	0
BMI 19 až < 21	1
BMI 21 až < 23	2
BMI ≥ 23	3
hmotnost (kg) tělesná výška (m)	
* BMI = hmotnost/(těl.výška) ² v kg/m ²	
Celkové skóre	
Celkové hodnocení:	
12–14 bodů	stav výživy dobrý, normální náleží: není nutné další vyšetření
11 bodů a méně	možná porucha výživy/podvýživa, doplňte další vyšetření ke zhodnocení stavu výživy
Podle: Rubenstein L.Z., Harker J.O., Salva A., Guigoz Y., Vellas B.: Screening for undernutrition in geriatric practice: developing short-form mini-nutritional assessment (MNA-SF). J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci. 2001, 56 (6): M 366-372 Překlad a klinické hodnocení: Topinková, E. a Neuwirth, J., 2002.	

Zdroj: TOPINKOVÁ, Eva. Využití standardizovaných škál pro hodnocení stavu výživy u starších nemocných. *Česká geriatrická revue*. 2003, 1, s. 6-10. ISSN 1214-0732.

Příloha 2 - Škála pro hodnocení stavu výživy MNA

TAB. 3. ŠKÁLA PRO HODNOCENÍ STAVU VÝŽIVY
(MINI-NUTRITIONAL ASSESSMENT (MNA))

I. ANTROPOMETRICKÉ HODNOCENÍ	BODOVÉ SKÓRE	III. STRAVOVACÍ NÁVYKY	BODOVÉ SKÓRE
1. BMI (Body Mass Index)*		11. Kolik jídel jí pacient za den?	
BMI < 19	0	jen jedno	0
BMI 19 až < 21	1	dvě jídla	1
BMI 21 až < 23	2	tři a více jídel	2
BMI ≥ 23	3		
hmotnost (kg) tělesná výška (m)		12. Konzumuje:	
* BMI = hmotnost/(těl.výška) ² v kg/m ²		a) denně mléčný produkt ano – ne	0 (1×ano)
		b) denně maso, ryby, drůbež ano – ne	0,5 (2×ano)
		c) týdně alespoň 2× vejce ano – ne	1 (3×ano)
		nebo fazole	
2. Obvod středu paže		13. Konzumuje denně ovoce/zeleninu?	
pod 21 cm	0	ne	0
21–22 cm	0,5	ano	1
nad 22 cm	1		
3. Obvod lýtky		14. Došlo v posledních 3 měsících ke ztrátě chuti k jídlu, zažívacím potížím nebo poruchám přijímání potraviny (obtíže žvýkat nebo polykat)?	
pod 31 cm	0	ano, výrazně	0
31 cm a více	1	jen mírně	1
		ne	2
4. Úbytek hmotnosti za poslední 3 měsíce		15. Jaký je denní příjem všech tekutin?	
více než 3 kg	0	pod 600 ml	0
není přesný údaj	1	600–1000 ml	0,5
1–3 kg	2	nad 1000 ml	1
nebyl úbytek hmotnosti	3		
		16. Schopnost se najíst	
II. CELKOVÉ HODNOCENÍ:	BODOVÉ SKÓRE:	pomoc při jídle nutná	0
5. Je pacient nezávislý v IADL?		sám se nají, ale s obtížemi	1
ne	0	nají se samostatně bez obtíží	2
ano	1		
6. Užívá denně více než 3 druhy léků?		IV. SUBJEKTIVNÍ POSOUZENÍ:	BODOVÉ SKÓRE:
Ano	0	17. Domnívá se pacient, že má se svou výživou nějaké problémy?	
Ne	1	ano, hodnotí se jako podvyživený	0
		neví, snad má problémy	1
7. Prodělal v posledních 3 měsících akutní onemocnění, úraz, psychické trauma?		ne, nemá žádné problémy	2
ano	0		
ne	1	18. Ve srovnání s osobami téhož věku hodnotí pacient své zdraví jako:	
8. Pohyblivost/mobilita		horší	0
upoután na lůžko/vozik	0	neví	0,5
pohyb jen po místnosti	1	dobře, stejně	1
vychází z bytu	2	lepší	2
9. Psychický stav		Celkové skóre:	
těžká demence nebo deprese	0		
mírná demence nebo deprese	1	Celkové hodnocení:	
normální stav, bez psychické poruchy	2	24–30 bodů stav výživy velmi dobrý/dobry	
10. Proleženiny, bércové vředy, jiné kožní ulcerace		17–23,5 bodu riziko podvýživy	
přítomny	0	méně než 17 bodů podvýživa	
nepřítomny	1		

Podle: Guigoz Y., Vellas B.: Facts and Research in Gerontology, Suppl. 2, Serdi Publishing Company, 1994.
Překlad a klinické hodnocení: Topinková, E. a Neuwirth, J., 1995.

Zdroj: TOPINKOVÁ, Eva. Využití standardizovaných škál pro hodnocení stavu výživy u starších nemocných. *Česká geriatrická revue*. 2003, 1, s. 6-10. ISSN 1214-0732.

Příloha 3 - Nottinghamský screeningový systém pro hodnocení malnutrice

NOTTINGHAMSKÝ SCREENINGOVÝ SYSTÉM PRO HODNOCENÍ RIZIKA MALNUTRICE	
Položka	Bodové skóre
1. BMI (body mass index)* <ul style="list-style-type: none"> ◦ BMI < 18 ◦ BMI 18–20 ◦ BMI > 20 hmotnost (kg): tělesná výška (m):	2 1 0
* BMI = hmotnost / (tělesná výška) ² v kg/m ²	
2. Nechtěný úbytek hmotnosti v posledních třech měsících <ul style="list-style-type: none"> ◦ více než 3 kg ◦ do 3 kg ◦ žádný, hmotnost stálá 	2 1 0
3. Snížení příjmu potravy v posledním měsíci před hospitalizací <ul style="list-style-type: none"> ◦ ano ◦ ne 	2 0
4. Stresový faktor / závažnost základního onemocnění <ul style="list-style-type: none"> ◦ závažný (polytrauma, rozsáhlé popáleniny, poranění hlavy, rozsáhlé dekubity, těžká sepse, malignita, pankreatitida, velký chirurgický výkon, pooperační komplikace) ◦ mírně až středně závažný (nekomplikovaný chirurgický výkon, lehká infekce, chronická onemocnění, proleženiny, cirhóza, renální selhání, diabetes mellitus, CHOPN, nespecifické střevní záněty) ◦ žádný 	2 1 0
Celkové skóre:	
Hodnocení:	
0–2 body stav výživy velmi dobrý/dobry, bez další intervence	
3–4 body nutné monitorování stavu výživy, kontrola s odstupem 1 týdně	
5 a více bodů vysoké riziko podvýživy, indikováno cílené vyšetření nutričního stavu a intervence	

odle: BARENDREGT, K., SOETERS, PB., ALLISON, SP. Diagnosis of malnutrition. Screening and assessment. SOBOTKA, L. (Ed.), *Basics in clinical nutrition*. 2. vyd. Praha : Galén, 2000, s. 29–36

Zdroj: TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. 1. vydání. Praha : Galen, 2005. Přílohy, s. 228. ISBN 80-7262-365-6.

Příloha 4 - Dotazník

Vážená paní,

Jmenuji se Marcela Grochalová, jsem studentkou 3. ročníku kombinované formy bakalářského studia všeobecná sestra Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci. Pracuji na bakalářské práci, která je zaměřena na zjištění stavu výživy pacientek hospitalizovaných na ženských gerontopsychiatrických oddělení Psychiatrické léčebny Kroměříž. Chci Vás požádat o vyplnění dotazníku. Dotazník je anonymní. V dotazníku zakroužkujte jednu z daných možností.

Děkuji za Váš čas a ochotu.

Marcela Grochalová

Položka č. 1: Jaký je Váš věk ?

65 – 70 let

71 – 75 let

76 – 80 let

81 – 85 let

86 – 90 let

91 – 95 let

Položka A: Došlo v posledních 3 měsících ke ztrátě chuti k jídlu, zažívacím potížím nebo poruchám přijímání potravy (obtíže žvýkat nebo polykat)?

Ano, výrazně	0 b.
Jen mírně	1 b.
Ne	2 b.

Položka B: Úbytek hmotnosti za poslední 3 měsíce?

Více než 3 kg	0 b.
Není přesný údaj	1 b.
1-3 kg	2 b.
Nebyl úbytek hmotnosti	3 b.

Položka C: Pohyblivost / mobilita

Upoután na lůžko / vozík	0 b.
Pohyb jen po místnosti	1 b.
Vychází z bytu	2 b.

Položka D: Prodělala jste v posledních 3 měsících akutní onemocnění, úraz nebo psychické trauma ?

Ano	0 b.
Ne	2 b.

Položka E: Psychický stav

Těžká deprese nebo demence	0 b.
Mírná deprese nebo demence	1 b.
Normální stav, bez psych.poruchy	2 b.

Položka F: BMI

BMI méně než 19	0 b.
BMI 19 až 21	1 b.
BMI 21 až 23	2 b.
BMI více nebo rovno 23	3 b.
Hmotnost (kg)	
Výška (m)	