

## Výživa pacientov s demenciou v zariadení sociálnej starostlivosti

Martina Tomagová, Ivana Bóriková, Alžbeta Jelšovková

Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav ošetrovateľstva

### Abstract

TOMAGOVÁ, M. – BÓRIKOVÁ, I. – JELŠOVKOVÁ, A. Nutrition of patients with dementia in facility of social care. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2015, vol. 5, no. 2, pp. 61-67. Available on: <http://www.oseetrovateľstvo.eu/archiv/2015-rocnik-5/cislo-2/vyziva-pacientov-s-demenciou-v-zariadeni-socialnej-starostlivosti>.

**Objective:** The aim of the descriptive qualitative study is to describe the some problems with eating and nutrition of seniors with dementia in social care facilities.

**Methodology and sample:** The collection of empirical data we realized by structured method of participatory observation, semi-structured interviews, content analysis of medical records of patients and as the method of data collection we used a measuring tool Mini Nutritional Assessment (MNA<sup>®</sup>). The study was realized in facility of social care for senior services. Based on the intentional selection we included in study five patients with dementia, with preserved oral intake of food.

**Results:** Empirical data about patients we present in the form of descriptive case studies. All patients had a deficit in self-care during eating and needed some help. We observed several behavioral disorders of patients during eating and we recorded also problems with swallowing. Screening by MNA<sup>®</sup> detected the disorder of nutritional status – malnutrition in all patients.

**Conclusions:** Several research studies show on important fact in practice, this issue does not pay sufficient attention. Screening failures in nutrition is the basis for complex interdisciplinary interventions to prevent the development of disorders in nutrition, slowing their development, targeted treatment, prevention of secondary complications resulting from malnutrition.

**Keywords:** senior, dementia, nutrition, malnutrition, screening, social care facilities

### Úvod

U pacientov s demenciou, predovšetkým pri Alzheimerovej chorobe dochádza k závažným zmenám aj v nutričnom stave a zvyšuje sa výskyt malnutricie, pričom nie sú známe všetky patofyziologické mechanizmy jej vzniku. V tejto súvislosti sú popisované špecifické metabolické zmeny, porušenie endokrinných a imunitných funkcií, vplyv regulácie výdaja energie na centrálnej úrovni. Závažným problémom vo výžive je strata aktívnej telesnej hmoty často i v prípadoch, kedy množstvo a zloženie stravy spĺňa štandardné požiadavky (Pidrman, 2007, s. 156). S progresiou demencie sa výskyt porúch vo výžive zvyšuje (Pivi et al., 2012, s. 1). Vo väčšine prípadov vzniká proteínoenergetická malnutričia, ktorá zhoršuje kvalitu života a zvyšuje riziko ďalších pridružených komplikácií (Těšínský, 2004, s. 73), má vplyv na fyziologické funkcie a výkonnosť telových systémov (Jurašková et al., 2011, s. 343).

Rozvoj malnutricie u týchto pacientov významne podmieňujú aj faktory diétne, telesné, psychické, sociálne, ekonomické, farmakoterapia, funkčný stav a iné (DiMaria-Ghalili, 2012, s. 440-441). Výskyt porúch vo výžive je popisovaný u pacientov s demenciou v domácom prostredí (Roque et al., 2013, s. 295) aj počas dlhodobej inštitucionalizácie (Allen et al., 2013, s. 950), kedy sa výrazne zvyšujú dysfagické ťažkosti (Easterling, Robbins, 2008, s. 275). Multidisciplinárne geriatrické posúdenie a následne cieleňá komplexná starostlivosť o výživu pacientov s demenciou prispievajú k prevencii a oddialeniu vzniku problémov, zmierneniu ich priebehu a k prevencii pridružených komplikácií. Malnutricii sa v praxi nevenuje dostatočná pozornosť, býva často nerozpoznaná a neliečená (Kozáková et al., 2011) a predstavuje nezávislý nepriaznivý prognostický faktor zhoršenia zdravotného stavu (Pavlov, 2007, s. 556). Sestra zohráva kľúčovú úlohu v oblasti prevencie, detekcie a včasnej intervencie pre riešenie nutričných problémov (JBI, 2011; Kondrup et al., 2003, s. 416).

### Cieľ

Cieľom pilotnej štúdie je popísať vybrané problémy stravovania a výživy u inštitucionalizovaných seniorov s demenciou v zariadení sociálnej starostlivosti a poukázať na možnosti posudzovania aj v tomto type zariadenia.

### Súbor

Pre výber respondentov sme použili metódu zámerného výberu a do súboru sme zaradili piatich pacientov, ktorí splnili zaraďujúce kritériá výberu – vek nad 65 rokov, diagnostikovaný dementný syndróm – stredne ťažká forma demencie, zacho-

vaný perorálny príjem potravy, schopnosť pacientov spolupracovať pri zbere údajov (aspoň čiastočne zachovaná schopnosť porozumieť povedanému a odpovedať). Vylučujúce kritériá boli: kvalitatívna porucha vedomia pacienta, ťažká forma demencie, odmietanie spolupráce pacientom, neschopnosť spolupráce pacienta. Štúdia bola realizovaná v Zariadení pre seniorov a domove sociálnych služieb Liptovské Sliache v čase od februára do apríla 2014.

## Metodika

Deskriptívna štúdia mala charakter kvalitatívneho výskumu. Zber empirických údajov sme realizovali metódou participatívneho štruktúrovaného pozorovania, pološtruktúrovaného rozhovoru, obsahovej analýzy zdravotnej dokumentácie pacientov a meracím nástrojom *Mini Nutritional Assessment*. Pozorovanie bolo zamerané na stav chrupu, prítomnosť zubnej protézy, sebestačnosť pacienta pri jedení (schopnosť pripraviť sa na príjem potravy, otvoriť obaly/nádoby s jedlom, manipulovať s nádobou/pohárom, krájať si jedlo) a potrebu kŕmenia. V rámci prehľadania a správania pri jedle sme pozorovali odmietanie jedla, poruchy správania pri jedle, kašeľ prítomný pri prijímaní potravy, aspirácia potravy, problém s prehĺtnutím sústa, zmeny hlasu po prehĺnutí (Holmerová, 2007, s. 115; Amella et al., 2007). Rozhovor s pacientmi bol zameraný na popis chuti do jedla, spokojnosť s jedlom, problémy pri jedení. V spolupráci so sestrami/opatrovatelkami sme zisťovali správanie pacienta počas príjmu jedla, problémy pacienta pri jedení, úroveň sebestačnosti pacienta a potrebu konkrétnej pomoci pri jedení. Výpovede sú v texte označené kurzívou. Zo zdravotnej dokumentácie pacientov sme zistili medicínske diagnózy, dostupné antropometrické údaje a biochemické parametre objektivizujúce stav výživy (celkové bielkoviny, albumín, kreatinín, dusíkaté látky, plazmatická glukóza, lipidy, pečeňové enzýmy, elektrolyty, vitamín B12), ordinovanú farmakoterapiu a diétny režim.

Nutričný skrining sme realizovali nástrojom MNA® (Guigoz et al., 1994, s. 15-60) a použili sme oficiálnu slovenskú verziu (MNA, 2015). Nástroj MNA® bol vyvinutý pre potreby geriatrickej praxe ako rýchly a jednoduchý, časovo nenáročný a spoľahlivý spôsob posúdenia nutričného stavu a rizika malnutície seniorov vo veku nad 65 rokov (Ulger et al., 2010, s. 507), predovšetkým pre pacientov so zachovaným perorálnym príjmom potravy (Bauer et al., 2008, s. 388). Validita nástroja bola potvrdená u seniorov hospitalizovaných, v ošetrovateľských domoch, ambulancij aj komunitnej starostlivosti. V originálnej validačnej štúdii mal nástroj 96 % senzitivitu, 98 % špecificitu a 97 % pozitívnu prediktívnu hodnotu pri komparácii s klinickým stavom; vnútorná konzistencia a inter-rater reliabilita sa etablovala na hodnote 0,51-0,89 (*Development ...*, 2015; Kaiser et al., 2009, s. 782). Nástroj nie je špecificky určený pre posúdenie seniorov s demenciou, ale využíva sa aj v tejto skupine pacientov (Guigoz, 2006, s. 471; Pivi et al., 2012, s. 7). Rozšírená verzia MNA v 18 položkách posudzuje a hodnotí antropometrické merania (hmotnosť, výška, zmeny hmotnosti, obvod ramena a lýtky), stravovacie návyky (počet jedál denne vrátane ovocia, zeleniny, množstvo tekutín, pomoc pri stravovaní), globálne posúdenie (životný štýl, počet liekov denne, mobilita, sebestačnosť pri jedení, prítomnosť demencie, depresie, akútneho stresu, zmien na koži) a subjektívne posúdenie zdravotného stavu a výživy (vlastné vnímanie zdravia a výživy). Každá položka je kvalifikovaná váženým skóre (0-3 body). Sumárne skóre sa pohybuje od 0-30 bodov (tab. 4). Caselato-Sousa et al. (2011, s. 582-587) uvádzajú, že v prípade kedy nie je možné viesť rozhovor s pacientom s kognitívnym deficitom, je prípustné pri administrácii nástroja verifikovať údaje od sestry, opatrovateľa.

Autori deklarujú, že štúdia nemá žiadny konflikt záujmu a pri jej spracovaní boli dodržané etické aspekty výskumu. Súhlas s realizáciou výskumnej štúdie bol získaný od vedenia sociálneho zariadenia.

## Výsledky

Empirické údaje o pacientoch prezentujeme formou deskriptívnej kazuistiky (Yin, 2003, s. 4) a zároveň podrobnejšie popisujeme tri vybrané problémy ovplyvňujúce výživový stav pacientov.

### Pacient A

77-ročný pacient má diagnostikovanú Multiischemickú encefalopatiu s organickým psychosyndrómom, v zariadení je sedem rokov. Pacient je čiastočne mobilný, má nesolenú diétu, vlastný chrup. Perorálny príjem potravy je zachovaný, pri prijímaní jedla spolupracuje. „*Chcem ešte urobiť sám, čo vládzem, našťastie ma ešte kŕmiť netreba, potrebujem iba zaviazať podbradník.*“ Nedokáže realizovať prípravu na jedenie. Pri stravovaní potrebuje pomoc s otváraním nádob, pri manipulácii s príborom. Jedol rýchlo až hltavo, pri rýchlom jedení sa vyskytuje kašeľ. Po zjedení porcie oznamuje ešte potrebu jesť. Prítomná polyfarmakoterapia, posledné biochemické parametre boli z roku 2011, aktuálna bola iba hodnota glykémie (v norme). V dokumentácii nie je záznam o poruchách v stave výživy.

### Pacientka B

92-ročná pacientka má diagnostikovaný Organický psychosyndróm. Komorbidity v telesnom stave sú totálna slepota, ťažká hluchota, generalizovaná osteoporóza, stav po fraktúre femuru, artériová hypertenzia, divertikulóza sigmy, inkontinencia. v zariadení je sedem rokov. Pacientka je imobilná, dezorientovaná. Nesolenú diétu toleruje, perorálny príjem potravy

je zachovaný. Nemá vlastný chrup a zubnú protézu nepoužíva. Jedlo nedokázala dostatočne pohryzť. Pri príjme jedla sa vyskytuje kašeľ. Jej spolupráca pri príjme potravy je zvyčajne znížená, jedlo drží v ústach bez žutia a vyplúva ho. Slovná komunikácia s pacientkou je takmer nemožná. Pacientka vyžaduje kompletnú starostlivosť pred, počas aj po jedle. Podľa hodnotenia sestry má chuť do jedla zníženú. Na podporu trávenia ordinované digestívum a na zmiernenie kyslosti žalúdočného obsahu antacidum. Prítomná polyfarmakoterapia. Posledné laboratórne biochemické parametre boli z roku 2013, aktuálna bola iba hodnota glykémie (v norme).

### Pacientka C

80-ročná pacientka má diagnostikovanú stredne ťažkú demenciu pri Alzheimerovej chorobe, v zariadení je dva roky. Komorbidity v telesnom stave sú ischemická choroba srdca, artériová hypertenzia, inkontinencia moču. Pacientka je mobilná. Nesolenú diétu toleruje, perorálny príjem zachovaný, používa zubnú protézu. Je orientovaná v osobe a priestore, spolupracuje pri stravovaní, vyžaduje usmernenie, doprovod do jedálne a pomoc pri otváraní nádob a krájaní. Potravu prijíma rýchlym tempom s nedostatočným hryzením a žutím jednotlivých súst. Po zjedení porcie, hlavne obľúbeného jedla, oznamuje hlad a chuť na ďalšie jedlo. Na podporu trávenia ordinované digestívum. Prítomná polyfarmakoterapia. Posledné laboratórne biochemické parametre boli z januára 2014 (znížená hladina ALT, ostatné v norme).

### Pacient D

84-ročný pacient má diagnostikovanú Vaskulárnu kognitívnu poruchu s poruchou orientácie najmä v nočných hodinách. Komorbidity v telesnom stave sú ischemická choroba srdca, artériová hypertenzia, dyspeptický syndróm. Pacient je mobilný, v zariadení je pol roka. Diabetickú nesolenú diétu toleruje, perorálny príjem zachovaný, používa zubnú protézu. Pri jedení spolupracuje, adekvátne reaguje na pokyny. Vyžaduje pomoc pri príprave na jedenie, jedlo zje samostatne, pomalým tempom. Zvyčajne zje celú porciu, niekedy po najedení oznamuje ešte potrebu jesť. Prítomná polyfarmakoterapia, posledné laboratórne biochemické parametre boli z januára 2014 (zvýšené hodnoty kreatinínu a urey, ostatné v norme).

### Pacientka E

75-ročná pacientka má diagnostikovaný progredujúci dementný syndróm Alzheimerovho typu a organickú depresívnu poruchu. Komorbidity v telesnom stave sú karcinóm prsníka, močová inkontinencia. Pacientka je imobilná, v zariadení je päť rokov. Nesolenú diétu toleruje pri zachovanom perorálnom príjme, používa hornú zubnú protézu, pri príjme potravy spolupracuje. Pomoc je potrebné realizovať v celom procese stravovania. Nápoje pije iba cez slamku. Tvrdú, suchú stravu nezje, vyplúva ju. U pacientky sa vyskytol problém s prehĺtaním, s následnou aspiráciou sústa a kašľom. Porcie jedla nezje úplne celé. Prítomná polyfarmakoterapia, posledné laboratórne biochemické parametre boli z roku 2013, aktuálna bola iba hodnota glykémie (v norme). V dokumentácii nie je záznam o poruchách v stave výživy.

V nižšie uvedenom texte podrobnejšie popisujeme tri vybrané problémy ovplyvňujúce výživový stav pacientov – deficit sebaopatery pri jedení (tab. 1), poruchy správania pri jedení (tab. 2), poruchy prehĺtania (tab. 3) a výsledky posúdenia výživového stavu pacientov (tab. 4).

Pri opise faktorov ovplyvňujúcich výživový stav pacientov sme sa prioritne zamerali na oblasti, ktoré je možné aspoň čiastočne ovplyvniť ošetrovateľskou a opatrovateľskou starostlivosťou. Všetci pacienti mali deficit v sebaopatere pri jedení a potrebovali pomoc (tab. 1).

**Tab. 1. Deficit sebaopatery pri jedení**

Pacient	Príprava na jedenie	Otváranie obalov	Podanie nápoja	Krájanie jedla	Kŕmenie
A	+	+	-	+	-
B	+	+	+	+	+
C	-	+	-	+	-
D	+	-	-	-	-
E	+	+	+	+	+

Legenda: + prítomný, - neprítomný

Pacienti mali viaceré problémy pri zvládnutí hygieny rúk pred jedlom, pri úprave prostredia (prisunutie si jedálenského stolíka), pri úprave polohy na lôžku, pri posadení sa ku stolu, pri ochrane osobnej a postelnej bielizne pred znečistením jedlom a nápojmi. Potrebovali pomoc pri manipulácii s obalmi potravín (napr. jogurtov, presnidávok) a nápojov (napr. džús), pri úchope pohára (nevedeli ho udržať v správnej pozícii alebo ho vôbec neudržali), pri pití z pohára. Potrebovali nakrájať jedlo, natrieť nátiery na pečivo, pomoc pri manipulácii s príborom, nakŕmiť, podať tekutinu cez slamku.

V rámci porúch správania pacientov pri jedení sme pozorovali odmietanie jedla, vytlačanie z dutiny ústnej, držanie sústa v dutine ústnej, vyplúvanie, fúkanie do jedla, rýchle jedenie, dožadovanie sa jedla (tab. 2).

Tab. 2. Porucha správania pri jedení

Pacient	Odmietanie jedla	Vytlačanie	Držanie jedla v ústach	Vypľúvanie	Fúkание	Rýchle jedenie	Dožadovanie sa jedla
A	-	-	-	-	-	+	+
B	+	+	+	+	-	-	-
C	-	-	-	-	-	+	+
D	-	-	-	-	-	-	+
E	-	-	-	+	-	-	-

Legenda: + prítomné, - neprítomné

U pacientov A, C, D a E sme nepozorovali negativizmus pri príjme jedla. U pacientky B sme zaznamenali odmietanie jedla, vytlačanie jedla a lyžičky z úst, zadržiavanie jedla v ústach, ktoré potvrdila aj sestra „Pacientke treba stravu pokrývať a potom sa dá nakŕmiť. Trvá jej to trochu dlhšie, zvyčajne zje všetko. Niekedy akoby sa zatne a nespokupracuje. Neotvorí ústa ani pri vytrvalom naliehaní lyžičkou na pery alebo lyžičku odtíska jazykom, kúsok jedla drží v ústach bez žutia a neskôr ich vypľúje. Vtedy je kŕmenie ťažšie, ale podávame jej toľko stravy, koľko nám dovolí“. Pacientka E tiež vypľúvala väčšie kusy jedla, čo pripisujeme nemožnosti jeho dostatočného požitia. Ani u jedného pacienta sme nezachytili fúkание do jedla. Pacienti A a C podávanú stravu jedli rýchlo až hltavo a dožadovali sa ďalšieho jedla ihneď po najeđení.

Pri posudzovaní prítomnosti poruchy prehltania sme hodnotili prítomnosť kašľa, aspirácie jedla, neschopnosti prehltnúť, držanie sústa v ústach, nedostatočné hryzenie (tab. 3).

Tab. 3. Poruchy pri prehltaní

Pacient	Kašeľ	Aspirácia	Neprehltne	Nedostatočné hryzenie	Zmeny hlasu po prehltnutí
A	+	+	-	-	+
B	+	-	+	+	-
C	-	-	-	+	-
D	-	-	-	+	-
E	+	+	-	+	+

Legenda: + prítomné, - neprítomné

U pacienta A bol prítomný kašeľ a zachrípnutý hlas počas príjmu jedla najmä pri nedostatočnom požití sústa a rýchlym jedení. U pacientky B bol kašeľ počas príjmu potravy, keď jedla tvrdé jedlo, držala sústo v ústach a ani pri opakovaných pokusoch ho nedokázala prehltnúť. Aspirácia jedla bola evidovaná u pacientky E, ktorá vyžadovala pomoc v celom procese stravovania. Situáciu pri kŕmení pacientky sestra popisuje nasledovne „Pacientka niekedy prijíma stravu dobre, s chuťou, inokedy sa aj pri malom súste v ústach alebo pri prehltaní rozkašeľ“. Ani u jedného sledovaného pacienta v zdravotnej dokumentácii nebola zaznamenaná dysfágia a aspiračná pneumónia. U pacientov boli realizované intervencie zamerané na zmiernenie problémov s prehltaním – upozorňovanie na pomalšie jedenie, pomalé kŕmenie, polohovanie pacienta pri kŕmení do Fowlerovej polohy, striedanie tuhej stravy s tekutinami, podávanie menších súst, krájanie jedla na menšie kúsky, úprava konzistencie jedla pučením, mletím, mixovaním. Na základe výsledného skóre MNA<sup>®</sup> sme zistili, že ani jeden pacient nemal výživový stav v norme (tab. 4).

Tab. 4. Výživový stav

Pacient	24-30 bodov Normálny výživový stav	23,5-17 bodov Riziko malnutrície	17 bodov a menej Malnutrícia
A	-	18	-
B	-	-	9
C	-	21	-
D	-	19,5	-
E	-	-	11,5

Skríning prostredníctvom MNA<sup>®</sup> detekoval poruchu výživového stavu u všetkých pacientov, ktorá ani u jedného nebola v zdravotnej dokumentácii posúdená a zaznamenaná. Výsledné skóre MNA<sup>®</sup> u imobilných pacientov B, E bolo ovplyvnené hodnotou BMI, ktorá nebola vypočítaná z aktuálnej hmotnosti a výšky pacientov, ale iba z posledných dostupných údajov z dokumentácie.

## Diskusia

V klinickom obraze pacientov s demenciou postupne vznikajú charakteristické poruchy v príjme potravy a nutričnom stave (Pidrman, 2007, s. 159). Ich rozvoj podmieňujú viaceré faktory, medzi ktoré patrí aj funkčný stav, poruchy správania,

dysfágia a iné (DiMaria-Ghalili, 2012, s. 440). V závislosti na kognitívnej poruche sa zhoršuje celkový funkčný stav a vzniká deficit v oblasti stravovania, čo vedie k zníženiu perorálneho príjmu potravy a rozvoju malnutrície (Droogsma et al., 2013, s. 610; Saka et al., 2010, s. 745). Deficit sebaopatery v oblasti príjmu jedla bol u všetkých posudzovaných pacientov (tab. 1). Podobne ako uvádzajú Amella et al. (2007) boli prítomné problémy pri manipulácii s jedlom. V pokročilom štádiu demencie už pacienti neboli schopní rozpoznať potraviny či príbor, mali ťažkosti pri manipulácii s príborom, pri prenesení potravy do úst, zhoršenú schopnosť iniciovať proces prijímania potravy. Nutná bola realizácia intervencií na zabezpečenie potreby ich výživy. Pri zachovanom procese prehĺtania je potrebné príjem potravy a tekutín zabezpečiť kŕmením a aktívnym ponúkaním tekutín, pričom je potrebné myslieť na kultúru a hygienu stolovania.

Poruchy správania sú súčasťou klinického obrazu demencie, hlavne v pokročilých štádiách. Prejavujú sa aj v oblasti stravovania a sú považované za jeden z faktorov zhoršujúcich stav výživy (Guigoz, 2006, s. 471). Narúšajú samostatný príjem potravy pacientom aj proces jeho kŕmenia a sú problematické na zvládnutie (Prince et al., 2014, s. 11). Prejavujú sa napr. nezáujmom pacienta o jedlo, odmietaním jesť, pevným zatvorením úst, odmietaním otvoriť ústa a prehltnúť, odmietaním zatvoriť ústa a žuť, odtláčaním jedla, pľuvaním, rozlievaním jedla (Evans, Best, 2015, s. 50), pričom niektoré z nich sme zaznamenali aj u našich pacientov.

Riziko pre malnutríciu pacientov zvyšuje aj interpretovanie týchto zmien v správaní pacienta ako odmietania jedla a predčasného ukončenia kŕmenia (Aselage, Amella, 2010, s. 33-41).

Vypúšťanie jedla je jav, ktorý svedčí aj o ťažkostiach pri prehĺtaní a probléme s požitím (Allen et al., 2013, s. 951). V pokročilých štádiách demencie môže byť prehĺtací reflex spomalený, neúplný a častá je porucha prehĺtania. Dôsledky dysfágie viažu na seba závažné geriatrické riziká ako sú aspirácia, malnutrícia a dehydratácia a najzávažnejšou komplikáciou je aspiračná pneumónia (Hegyí, 2010, s. 148). Kašeľ, ako prirodzený obranný mechanizmus na preniknutie cudzieho telesa alebo tekutiny do dýchacích ciest, si vyžaduje riadenie centrami v mozgu, ktoré môžu byť u pacientov s demenciou poškodené (Holmerová a kol, 2007, s. 113). Masívna aspirácia môže spôsobiť priame ohrozenie života, pri malej aspirácii môžu byť prítomné opakované pneumónie (NCCMH, 2007, s. 102). Pri dysfágii, ktorú nie je možné zvládnuť úpravou stravy a technikou kŕmenia, sa odporúča prechod z perorálneho príjmu potravy na enterálny príjem cez nazogastrickú sondu, prípadne perkutánnu endoskopickú gastrostómiu; čo však prináša opäť ďalšie komplikácie. Inou možnosťou zabezpečenia výživy je parenterálne podávanie nutričných zmesí, avšak aj v tomto prípade sú riziká komplikácií vysoké (Sobotka et al., 2009, s. 461).

Skríning a včasná detekcia nutričného deficitu je zásadná pre jeho adekvátne riešenie vhodnou nutričnou podporou a prevenciou komplikácií z malnutrície, ako sú napr. dekubity, zhoršené hojenie rán, dehydratácia, riziko pádov, infekcie močových ciest, respiračné a kardiálne problémy, perioperačné komplikácie, multiorgánové zlyhanie (Isenring et al., 2012, s. 376).

Skríning prostredníctvom MNA<sup>®</sup> v našej štúdií detekoval poruchu výživového stavu u všetkých pacientov. MNA<sup>®</sup> je považovaný za vhodný, reliabilný nástroj pre posudzovanie výživy pacientov s demenciou v rôznom klinickom prostredí. Môže byť použitý aj bez klinických biochemických parametrov (Guigoz, 2006; Magri et al., 2003, s. 184-153).

MNA<sup>®</sup> je súčasťou multidimenzionálneho komprehenzívneho geriatrického hodnotenia (Németh a kol., 2011, s. 80), administrácia nástroja je v kompetencii sestry (DiMaria-Ghalili, 2012, s. 439). Výsledok posúdenia pomôže sestre objektivizovať diagnostický záver ošetrovateľskej diagnózy Nevyvážená výživa – menší príjem ako telesná potreba 00002 a Narušené prehĺtanie 00103 (Lukšová, Vrublová, 2012, s. 70). Používanie nástroja v ošetrovateľskom posudzovaní podporuje prax založenú na dôkazoch (DiMaria-Ghalili, Amella, 2012, s. 1).

Pre komplexné hodnotenie výživového stavu pacientov a následné plánovanie nutričnej podpory je potrebné vziať do úvahy okrem výsledkov MNA<sup>®</sup> aj anamnestické údaje, údaje o zmenách v hmotnosti, výsledky fyzikálneho a laboratórneho vyšetrenia. Dôležité sú predovšetkým hodnoty celkových bielkovín, albumínu, prealbumínu, cholesterolu, triglyceridu, transferínu a lymfocytov (Nováková, 2012, s. 101). Vzhľadom na charakter zariadenia, v ktorom boli pacienti umiestnení, neboli k dispozícii všetky tieto údaje. Nebolo možné podrobné posúdenie výživového stavu pacientov, čo považujeme za limitáciu našej štúdie. Veľké rozdiely v prevalencii malnutrície a absenciu dokumentovania týchto údajov v zariadeniach s prevažne opatrovateľskou starostlivosťou potvrdzuje aj Suominen et al. (2005, s. 37). Zároveň nepopisujeme ani všetky významné faktory ovplyvňujúce stav výživy, ako je prítomnosť depresie, klinické komorbidity či vplyv farmakoterapie (Ulger et al., 2010, s. 507), preto naša štúdia neposkytuje vyčerpávajúce informácie k danej problematike.

---

## Záver

Prítomnosť porúch vo výžive seniorov s demenciou vzhľadom na komplex podmieňujúcich faktorov je častý problém, ktorý je nedostatočne detekovaný, monitorovaný a riešený. Detekcia porúch vo výžive u seniorov je kľúčová, preto je dôležité posilniť posudzovanie stavu výživy aj v zariadeniach dlhodobej sociálnej starostlivosti. Skríning porúch vo výžive je východiskom pre intervencie multidisciplinárneho tímu (vrátane ošetrovateľských, ako sú napr. kultúra stolovania, technika



kŕmenia, kašovitá úprava stravy, sipping) zamerané na prevenciu rozvoja porúch vo výžive, spomalenie ich rozvoja, cieleňú liečbu, prevenciu sekundárnych komplikácií vyplývajúcich z malnutricie.

## PodĎakovanie

Autorky Ďakujú Zariadeniu pre seniorov a domove sociálnych služieb Liptovské Sliache za umožnenie realizovať výskumnú štúdiu, personálu a pacientom, ktorí sa zúčastnili štúdie, za ich spoluprácu.

## Zoznam bibliografických odkazov

- ALLEN, V. J. – METHVEN, L. – GOSNEY, M. A. 2013. Use of nutritional complete supplements in older adults with dementia: systematic review and meta-analysis of clinical outcomes. In *Clin Nutr.*, 2013, vol. 32, no. 6, pp. 950-957.
- AMELLA, E. J. – LAWRENCE, J. F. 2007. Eating and Feeding Issues in Older Adults with Dementia: Part I: Assessment 2007. In *Try This: Best Practices in Nursing Care to Older Adults*, 2007, vol. 11, no. 1, pp. 1-2.
- ASELAGE, M. B. – AMELLA, E. J. 2010. An evolutionary analysis of mealtime difficulties in older adults with dementia. In *Journal of Clinical Nursing*, 2010, vol. 19, no. 1, pp. 33-41.
- BAUER, J. M. et al. 2008. The Mini Nutritional Assessment – Its history, today's practice, and future perspectives. In *Nutrition in Clinical Practice*, 2008, vol. 23, no. 4, pp. 388-396.
- CASELATO-SOUSA, V. M. – GUARIENTO M. E. et al. 2011. Using the Mini Nutritional Assessment to Evaluate the Profile of Elderly Patients in a Geriatric Outpatient Clinic and in Long-Term Institutions. In *International Journal of Clinical Medicine*, 2011, vol. 2, no. 5, pp. 582-587.
- Development and Validation of the MNA®* [online]. 2015. Nestlé Nutrition Institute. [cit. 2015-04-10]. Dostupné na internete: [http://www.mnaelderly.com/development\\_and\\_validation.html](http://www.mnaelderly.com/development_and_validation.html).
- DIMARIA-GHALILI, R. A. 2012. Nutrition. In Boltz, M. et al. *Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice*. New York : Springer Publishing Company, 2012, p. 439-452.
- DIMARIA-GHALILI, R. A. – AMELLA, E. J. 2012. Assessing Nutrition in Older Adults. In *Try This: Best Practices in Nursing Care to Older Adults*, 2012, vol. 16, no. 9, pp. 1-2.
- DROOGSMA, E. – van ASSELT, D. Z. B. et al. 2013. Nutritional status of community-dwelling elderly with newly diagnosed Alzheimer's disease: prevalence of malnutrition and the relation of various factors to nutritional status. In *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 2013, vol. 17, no. 7, pp. 606-610.
- EASTERLING, C. S. – ROBBINS, E. 2008. Dementia and dysphagia. In *Geriatr Nurs*, 2008, vol. 29, no. 4, pp. 275-285.
- EVANS, L. – BEST, C. 2015. Managing malnutrition in patients with dementia. In *Nursing Standard*, 2015, vol. 29, no. 28, pp. 50-57.
- GUIGOZ, Y. 2006. The Mini Nutritional Assessment (MNA®) review of the literature - what does it tell us? In *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 2006, vol. 10, no. 6, pp. 466-486.
- GUIGOZ, Y. – VELLAS, B. – GARRY, P. J. 1994. Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. In *Facts and Research in Gerontology*, 1994, vol. 4, no. 2, pp. 15-60.
- HOLMEROVÁ, I. et al. 2007. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha : Gerontologické centrum, 2007. 301 s.
- INSCHLAG, C. et al. 2011. Nutritional assessment in elderly institutionalized people: Comparison between body mass index (BMI) and mini nutritional assessment short-form (MNA-SF). In *Eur Geriatr Med.*, 2011, no. 2 (Suppl 1), p. 157.
- ISENRING, E. A. et al. 2012. Beyond Malnutrition Screening: Appropriate Methods to Guide Nutrition Care for Aged Care Residents. In *J Acad Nutr Diet.*, 2012, vol. 112, no. 3, pp. 376-381.
- JB. 2011. The Joanna Briggs Institute. Interventions to reduce undernutrition and promote eating in older adults with dementia. In *Best Practice*, 2011, vol. 15, no. 14, pp. 1-4.
- JB. 2010. The Joanna Briggs Institute. Oral liquid nutritional supplements for people with dementia in residential aged care facilities. In *Best Practice*, 2010, vol. 14, no. 3, pp. 1-4.
- JURAŠKOVÁ, B. – ANDĚLOVÁ, P. 2011. Výživa a její poruchy. In KALVACH, L. a kol. *Křehký pacient a primární péče*. Praha : GRADA Publishing, 2011, s. 337.

- KAISER, M. J. et al. 2009. Validation Of The Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA®-SF): A Practical Tool for Identification of Nutritional Status. In *J Nutr Health Aging*, 2009, vol. 13, no. 9, pp. 782-788.
- KONDRUP, J. et al. 2003. ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. In *Clin Nutr.*, 2003, vol. 22, no. 4, pp. 415-421.
- KOZÁKOVÁ, R. et al. 2011. Hodnocení stavu výživy pacientů v zařízeních dlouhodobé péče. In *Ošetrovateľství a porodní asistence*. 2011, roč. 2, č. 1, s. 179-183.
- LUKŠOVÁ, H. – VRUBLOVÁ, Y. 2012. Eating Disorders in The Elderly in Relation to Nursing Diagnoses Nanda International. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2012, roč. 2, č. 2, s. 70-78 [cit. 2015-04-21]. Dostupné na internete: [http://www.osetrovatelstvo.eu/\\_files/2012/02/70-poruchy-prijmu-potravy-u-senioru-ve-vztahu-k-osetrovatelske-diagnostice-nanda-international-2012-2-2.pdf](http://www.osetrovatelstvo.eu/_files/2012/02/70-poruchy-prijmu-potravy-u-senioru-ve-vztahu-k-osetrovatelske-diagnostice-nanda-international-2012-2-2.pdf).
- MAGRI, F. – BORZA, A. – VECCHIO, S. et al. 2003. Nutritional assessment of demented patients: A descriptive study. In *Aging*, 2003, vol. 15, no. 3, pp. 148-153.
- MNA®. 2015. *Malé vyšetrenie výživového stavu* [online]. 2015. [cit. 2015-04-10]. Dostupné na internete: [http://www.mna-elderly.com/forms/MNA\\_slovak.pdf](http://www.mna-elderly.com/forms/MNA_slovak.pdf).
- NCCMH. 2007. National Collaborating Centre for Mental Health. *Dementia. The NICE-SCIE Guideline on Supporting People with Dementia and their Careers in Health and Social Care*. London : The British Psychological Society, 2007. 392 p.
- NÉMETH, F. – DERŇÁROVÁ, L. – HUDÁKOVÁ, A. 2011. *Komplexné geriatrické hodnotenie a ošetrovanie seniorov*. Prešov : Fakulta zdravotníckych odborov PU, 2011, 216 s. ISBN 978-80-555-0381-3.
- NOVÁKOVÁ, M. 2012. Fragilita geriatrického pacienta – možnosti řešení. In *Interní Med.*, 2012, roč. 14, č. 3, s. 101-103.
- PAVLOV, P. 2007. Výživa v starobe a jej poruchy. In *Via pract.*, 2007, roč. 4., č. 12, s. 556-558.
- PIDRMAN, V. 2007. Demence, výživa a malnutrice. In PIDRMAN, V. *Demence*. Praha : GRADA Publishing, 2007, s. 156.
- PIVI, G. A. K. et al. 2012. Nutrition in Severe Dementia. In *Current Gerontology and Geriatrics Research*, Vol. 2012, pp. 1-7.
- PRINCE, M. et al. 2014. *Nutrition and dementia. A review of available research*. London : Alzheimer's Disease International [s.o.n.], 2014. 88 p.
- ROQUE, M. et al. 2013. Malnutrition in Community-Dwelling Adults with dementia (Nutrialz Trial). In *J Nutr Health Aging*, 2013, vol. 17, no. 4, pp. 295-299.
- SAKA, B. et al. 2010. Malnutrition in the elderly and its relationship with other geriatric syndromes. In *Clin Nutr.*, 2010, vol. 29, no. 6, pp. 745-748.
- SOBOTKA, L. 2009. ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: Geriatrics. In *Clin Nutr.*, 2009, vol. 28, pp. 461-466.
- SUOMINEN, M. et al. 2005. Malnutrition and associated factors among aged residents in all nursing homes in Helsinki. In *European Journal of Clinical Nutrition*, 2005, vol. 59, no. 4, pp. 578-583.
- TĚŠÍNSKÝ, P. 2004. Poruchy výživy u Alzheimerovy nemoci a možnosti jejich ovlivnění. In *Neurologie pro praxi*, 2004, roč. 5, č. 5, s. 73-74.
- ÜLGER, Z. et al. 2010. Comprehensive assessment of malnutrition risk and related factors in a large group of community-dwelling older adults. In *Clin Nutr.*, 2010, vol. 29, no. 4, pp. 507-511.
- YIN, R. K. 2003. *Case Study Research: Design and Methods*. 3<sup>th</sup> ed. USA : SAGE Publications, 2003. 181 p.

---

## Kontakt

**doc. Mgr. Martina Tomagová, PhD.**

Ústav ošetrovateľstva, JLF UK

Malá Hora 5

036 01 Martin

Slovensko

E-mail: [tomagova@jfmf.uniba.sk](mailto:tomagova@jfmf.uniba.sk)

**Prijaté:** 4. 5. 2015

**Akceptované:** 8. 7. 2015