OCENA STANU ODŻYWIENIA PACJENTÓW W PODESZŁYM WIEKU, UMIESZCZONYCH W ODDZIALE GERIATRYCZNYM, DOKONANA ZA POMOCĄ SKALI MNA

ASSESSMENT OF NUTRITIONAL STATUS IN ELDERLY PATIENTS OF THE GERIATRIC WARD USING THE MNA SCALE

Agnieszka Ulatowska[1], Grażyna Bączyk[1,2]

[1] Instytut Nauk o Zdrowiu
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Hipolita Cegielskiego w Gnieźnie
[2] Zakład Profilaktyki Pielęgniarskiej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

STRESZCZENIE

Wstęp i cel. Prawidłowe odżywianie niezależnie od wieku jest ważnym czynnikiem wpływającym na ogólny stan zdrowia człowieka. W procesie tym w ciągu całego życia mogą pojawiać się nieprawidłowości prowadzące do wielu zaburzeń w ustroju. Głównym problemem odżywiania w wieku starszym jest niedożywienie.
Niedożywienie w wieku geriatrycznym jest pojęciem szerokim i nie odnosi się tylko do braku lub ograniczonego przyjmowania pożywienia. Wynikać może ono z wielu czynników, m.in.: zaburzeń funkcji wydzielniczych, trawiennych, wchłaniania, pojawienia się wielu chorób, przyjmowania leków, zaburzeń psychicznych, niewydolności samoobsługowej.
Celem pracy była ocena stanu odżywienia pacjentów oddziału geriatrycznego oraz określenie przyczyn zaburzeń odżywienia.
Materiał i metody. W badaniu uczestniczyło 48 pacjentów oddziału geriatrycznego Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „Dziekanka" w Gnieźnie. Do badania przystąpiło 28 kobiet i 20 mężczyzn w przedziale wiekowym od 70 do 90 (2 pacjentów miało powyżej 90 lat). Oceny odżywienia dokonano z wykorzystaniem skali MNA – *Mini Nutrional Assessment*.
Wyniki i wnioski. Po przebadaniu całej grupy pacjentów w podeszłym wieku stwierdzono, iż 25 chorych jest zagrożonych niedożywieniem, niedożywionych jest 16, a w dobrym stanie odżywienia tylko 7. Nie odnotowano wśród badanych takich osób, które spełniałyby warunki do określenia mianem reprezentantów bardzo dobrego stanu odżywienia.
Występowanie zjawiska ryzyka niedożywienia i niedożywienie u chorych starszych wiąże się z wieloma czynnikami wynikającymi z procesu starzenia się organizmu, złymi nawykami żywieniowymi, obecnością chorób somatycznych i zaburzeniami psychicznymi oraz brakiem samodzielności w przygotowywaniu i spożywaniu posiłków.

SŁOWA KLUCZOWE: pacjenci geriatryczni, ocena stanu odżywienia, skala MNA, niedożywienie, proces starzenia się.

ABSTRACT

Introduction and aim. Eating properly, regardless of age, is an important factor affecting the general health status of a person. Over the course of a lifetime, the process of ingesting food can sustain certain irregularities leading to diverse disorders in the organism. The main problem connected with eating in older age is malnutrition.
Malnutrition in geriatric age is a broad notion and does not refer only to lack of food or limitations in absorbing food. Malnutrition may result from many factors, such as: disorders of endocrine functions, digestion and absorption problems, multiple diseases, taking medications, mental disturbance or functional impairment. The aim of the study was to assess the nutritional status of patients, geriatric ward and identify the causes of malnutrition.
Material and methods. The study comprised 48 patients from a geriatric unit of the Provincial Psychiatric Hospital *Dziekanka* in Gniezno. The group included 28 females and 20 males at the age from 70 to 90 (two of the patients were older than 90). The nutritional status was assessed by means of the Mini Nutritional Assessment (MNA) scale.
Results and conclusions. The examination of the entire group of elderly patients showed that 25 patients were threatened with malnutrition, 16 were malnourished and only 7 were adequately nourished. None of the patients was regarded as very well-nourished.
The emergence of the risk of malnutrition and its existence in elderly people is related to multiple factors resulting from the aging process, bad eating habits, the presence of somatic disorders, mental disturbance and lack of independence in the preparation and consumption of food.

KEYWORDS: geriatric patients, assessment of nutritional status, the scale MNA, malnutrition, aging.

Wprowadzenie

Starzenie się organizmów jest nieustającym procesem w ewoluującym świecie. Starzeniu poddany jest również człowiek. Odbywa się to przy udziale wielu czynników tak wewnętrznych, jak i środowiskowych. Stary człowiek widziany jest często jako niedołężna, niesprawna i potrzebująca pomocy we wszystkich prawie sferach życia jednostka, borykająca się z „nowoczesnością" świata.

Obecnie istnieje tendencja wzrostowa pojawiania się ludzi starszych w społeczeństwie w stosunku do ilości urodzin i obecności populacji wieku rozwojowego i dojrzałego. Szacuje się, że do 2025 roku w Europie wzrośnie liczba ludzi starszych do 30%; obecnie w Polsce jest ich ponad 10% [1]. Związane jest to z wydłużeniem średniej długości życia ludzi o mniej więcej 2 lata. Dowiódł tego w swoich badaniach brytyjski profesor Tom Kirkwood, który przeanalizował historię ludzkości, cofając się o 200 lat [2]. W wieku podeszłym pojawia się wiele problemów wywołanych zarówno fizjologicznym procesem starzenia się, jak i pojawieniem się wielu chorób. Dlatego też należy podejmować czynności na rzecz profilaktyki zdrowotnej i społecznej. Jednym z podstawowych działań poprawiających funkcjonowanie człowieka starego jest prawidłowe odżywianie. Na każdym etapie życia istnieją różne wymogi żywieniowe, tzn. ze względu na odrębności organiczne układów i narządów, w tym układu pokarmowego. Ważne jest dostarczenie odpowiedniej ilości składników odżywczych, minerałów i wody. Chcąc prawidłowo zaplanować dietę dla konkretnej osoby w wieku podeszłym, należy uwzględnić jej indywidualne potrzeby, analizując jej obecny stan bio-psycho-społeczny i stan odżywienia. Dokonuje się to za pomocą dostępnych skal, monitorując stan odżywienia.

W pierwszej jednak kolejności należy uwzględnić sposób funkcjonowania przewodu pokarmowego – w wieku starszym zmniejsza się jego wydzielniczość, trawienie i wchłanianie [3]. W ocenie stanu należy wziąć pod uwagę obecność chorób. Największe znaczenie będą miały choroby przewlekłe i wyniszczające organizm, takie jak: cukrzyca, nowotwory, zaburzenia wchłaniania, choroby układu sercowo-naczyniowego, nerek, zaburzenia psychiczne, głównie charakteryzujące się demencją [4]. Innym czynnikiem wpływającym na stan odżywienia będzie obecność farmakoterapii koniecznej w leczeniu istniejących chorób. Niektóre z leków, np. neuroleptyki, leki moczopędne, upośledzają wchłanianie jelitowe [5]. W końcu analizie należy poddać takie czynniki, jak: nawyki żywieniowe, przyjmowanie używek, w tym alkoholu, stan jamy ustnej, wreszcie warunki materialne i socjologiczno-psychologiczne, np. samotność [6]. Tu można posłużyć się skalą EASY-Care 20101, która pozwoli dokładnie ocenić potrzeby zdrowotne i opiekuńcze, co ma przełożenie na proces odżywiania [7]. Ocena stanu odżywienia to złożone działania mające na celu określenie przyczyn ewentualnych nieprawidłowości, a w konsekwencji opracowania leczniczych metod postępowania i profilaktyki.

W diagnozowaniu stanu odżywienia ludzi starszych stosuje się różne metody pośrednie, takie jak:

1) badania antropometryczne – należą do nich pomiary wzrostu, ocena grubości tkanki tłuszczowej na wewnętrznej stronie ramienia, wskaźnik BMI (masa ciała [kg] podzielona przez wzrost do kwadratu [m^2]) oraz szczegółowe metody oceniające budowę ciała (ang. *Body Impendance Analysys* – BIA), ponadto tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny [4, 8];
2) subiektywna ocena stanu odżywiania – SGA (ang. *Subjective Global Assesment*) – zawiera standaryzowane pytania o masę ciała, nawyki żywieniowe, status rodzinny i socjalny;
3) skala MNA (ang. *Mini Nutritional Assessment*) ocenia stopień ryzyka wystąpienia niedożywienia u osób starszych, stanowi połączenie badania przedmiotowego i wywiadu żywieniowego [9].

Ocenę tę można poszerzyć o dodatkowe badania za pomocą innych skal, np.: GDS – *Geriatic Depression Scale* (służąca do oceny nastroju wykorzystywana w podejrzeniu depresji), skala Barthel (ocena poziomu sprawności samoobsługowej), skala IADL – *Instrumental Activities of Daily Living* (ocena sprawności w złożonych czynnościach życia codziennego), test „wstań i idź" (ocena ryzyka upadków) [10].

Za najbardziej popularne badanie laboratoryjne przydatne w ocenie stanu odżywienia jest oznaczenie stężenia albumin w surowicy krwi. Określenie poziomu albumin pozwala obliczyć wskaźnik ryzyka niedożywienia (ang. *Nutritional Risk Index* – NRI). Wykorzystuje się wówczas wzór NRI = (1,519 x stężenie albumin w surowicy [g/lJ] + 41,7 x aktualna masa ciała). Po uzyskaniu wyniku należy ocenić stan odżywienia:

- NRI > 100 – prawidłowy stan odżywienia,
- NRI = 97,5–100 – lekkie niedożywienie,
- NRI > 83,5 – ciężkie niedożywienie.

Innym badaniem potwierdzającym niedożywienie jest oznaczenie stężenia transferyny w surowicy krwi. Poziom transferyny może być zmienny nie zawsze z powodu złego stanu odżywienia, bo np. obniża się w przypadku anemii, i dlatego nie może być jednoznacznie interpretowany [4, 8, 11].

Określa się również stężenie leptyny w surowicy krwi. Hormon ten wpływa hamująco na łaknienie, a w wieku starszym jego stężenie może ulec podwyższeniu [4, 12, 13].

Ponadto można wykonać szereg badań uzupełniających, jak oznaczenie stężenia hemoglobiny, hematokrytu, testy immunologiczne. Należy jednak pamiętać, iż wszystkie uzyskane wyniki w diagnostyce laboratoryjnej trzeba interpretować w odniesieniu do wcześniej przeprowadzonej subiektywnej oceny ogólnej. Patologiczne poziomy laboratoryjne niejednokrotnie mogą świadczyć o różnych chorobach układowych, a nie zawsze o złym stanie odżywienia.

Po uzyskaniu wszystkich wyników pozwalających dokonać oceny stanu odżywiania należy zakwalifikować pacjenta do odpowiedniej grupy: prawidłowo odżywionych osób lub grupy ryzyka. Wcześniej jednak trzeba określić niedożywienie, znaleźć jego przyczyny, a potem planować postępowanie lecznicze.

Niedożywieniem można nazwać stan chorobowy w wyniku niedoboru pokarmów – zbyt małej podaży lub słabego przyswajania podstawowych składników odżywczych, czyli białek, tłuszczów, cukrów oraz minerałów i witamin. Nie zaspokaja to prawidłowego zapotrzebowania energetycznego i białkowego oraz innych składników odżywczych [14].

Cel pracy

Celem badania była ocena stanu odżywienia pacjentów w podeszłym wieku umieszczonych w oddziale geriatrycznym Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „Dziekanka" w Gnieźnie. Kwalifikacji dokonano wg punktacji skali MNA. Ponadto celem badań było przedstawienie przyczyn występujących zaburzeń stanu odżywiania (niedożywienia) – wzięto pod uwagę wiek, płeć, długość pobytu pacjenta w oddziale szpitalnym, najczęstsze jednostki chorobowe u pacjentów przebywających w oddziale geriatrycznym (choroby układu sercowo-naczyniowego, cukrzyca, stany otępienne, choroby układu oddechowego, choroby układu pokarmowego, udar mózgu).

Materiał i metody

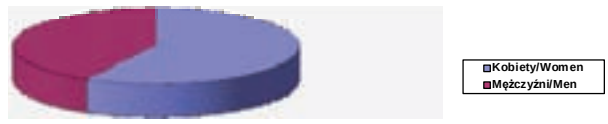
Badaniu poddano 48 pacjentów z oddziału geriatrycznego Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „Dziekanka" w Gnieźnie: 28 kobiet i 20 mężczyzn w wieku od 70 do 90 lat; 2 pacjentów miało 93 lata. Wykorzystano skalę MNA (ang. *Mini Nutritional Assessment).* Udział w badaniu był anonimowy i dobrowolny. Wcześniej przeprowadzono rozmowę z pacjentami i ich rodzinami, uzyskano zgodę i wyjaśniono cel badania oraz sposób wypełniania kwestionariusza. Wykorzystano oryginalną wersję kwestionariusza, która powstała w 1991 roku, a została opublikowana w 1994 roku. Jest ona rekomendowana przez wiele instytucji, m.in.: *American Society for Parenteral and Enteral Nutrition* (ASPEN), *European Society for Patenteral end Enteral Nutrition* (ESPEAN), *The International Academy of Nutrition and Agin* (IANA) [15].

Skala MNA składa się z czterech części. Pierwsza część to parametry antropometryczne, które są oceną somatometryczną (BMI, obwód ramienia w połowie długości, obwód łydki). Parametry te można poszerzyć o wskaźnik WHR (ang. *waist–hip ratio*) – stanowi on wskaźnik dystrybucji tkanki tłuszczowej w ciele człowieka. Druga część skali MNA zawiera ogólną ocenę, skoncentrowaną na najczęstszych czynnikach ryzyka wystąpienia niedożywienia (ilość zażywanych leków, przebyty stres psychiczny w ciągu ostatnich 3 miesięcy, upośledzenie aktywności ruchowej, wystąpienie zaburzeń neuropsychicznych, chorób przewlekłych, obecność otarć, ran, owrzodzeń, odleżyn). Trzecia część to wywiad żywieniowy (ilość i rodzaj posiłków spożywanych w ciągu dnia z uwzględnieniem produktów mlecznych, mięsa, ryb, jaj, warzyw, owoców, ilość wypijanych płynów, pytania o apetyt, zaburzenia żucia, połykania, trawienia). Czwarta część to subiektywna ocena stanu odżywienia pacjenta (pytania dotyczą osobistych odczuć pacjenta co do zaburzeń stanu odżywienia, ocena swojego aktualnego stanu zdrowia w porównaniu z innymi ludźmi w podobnym wieku). Po uzyskaniu odpowiedzi na wszystkie pytania podlicza się uzyskane punkty. Maksymalna ilość punktów w tej wersji to 30 – wynik ten wskazuje na bardzo dobry stan odżywienia. Wynik 24 punkty i powyżej sugeruje zadowalający stan odżywienia. Wynik na poziomie 17–23,5 punktów świadczy o ryzyku niedożywienia. Natomiast przy 17 punktach i poniżej mamy do czynienia z pacjentami niedożywionymi [15, 16].

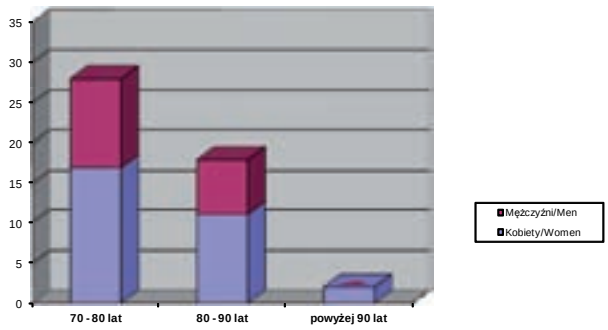
Wyniki

Charakteryzując badanych, uwzględniono wiek, płeć, długość pobytu pacjenta w oddziale szpitalnym, najczęstsze jednostki chorobowe u pacjentów przebywających w oddziale geriatrycznym (choroby układu sercowo-naczyniowego, cukrzyca, stany otępienne, choroby układu oddechowego, choroby układu pokarmowego, udar mózgu).

Wśród wszystkich badanych było 28 kobiet (58%) i 20 mężczyzn (42%) (**Rycina 1**). Uwzględniono też przedziały wiekowe: 70–80 lat – 28 osób (57%), w tym 17 kobiet (61%) i 11 mężczyzn (39%), 80–90 lat – 18 osób (37,5%), w tym 11 kobiet (61%) i 7 mężczyzn (39%), oraz powyżej 90 lat – 2 mężczyzn (14%) (**Rycina 2**).



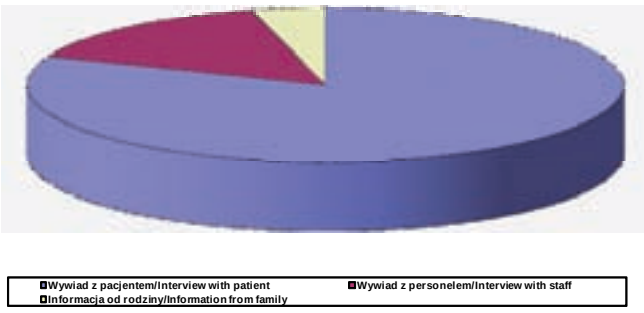
Rycina 1. Badana populacja pacjentów geriatrycznych wg płci
Figure 1. The study population of geriatric patients by gender
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis



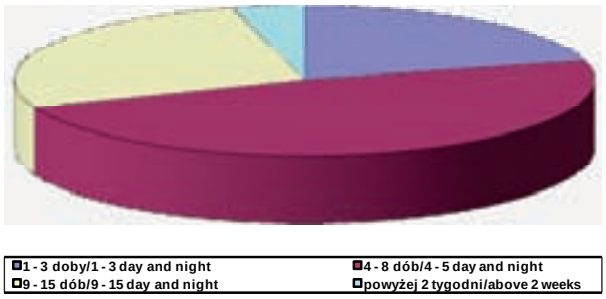
Rycina 2. Badana populacja pacjentów geriatrycznych wg przedziałów wiekowych
Figure 2. The study population of geriatric patients by age bracket
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Na wstępie badania zebrano ogólne dane dotyczące komunikatywności pacjentów: u 39 osób (81%) stwierdzono komunikatywność dobrą, logiczną, 9 osób (17%) miało problemy z wyraźnym artykułowaniem wypowiedzi, kontakt logiczny.

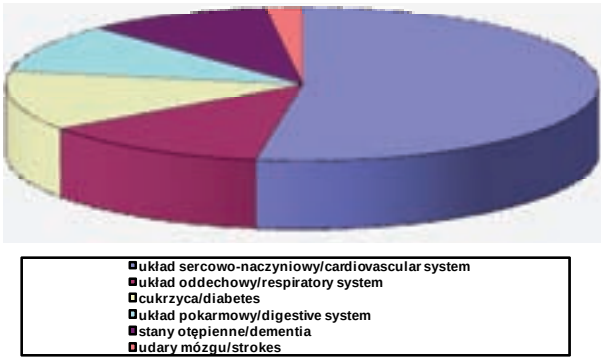
Poza bezpośrednim komunikowaniem się z pacjentami wywiad uzupełniono o informacje od rodziny (w 2 przypadkach – 4%), personelu pielęgniarskiego i lekarskiego (w 7 przypadkach – 15%) (**Rycina 3**). Uwzględniono również czas pobytu w szpitalu: 1–3 doby – 10 osób (21%), 4–8 dób – 23 osoby (48%), 9–15 dób – 13 osób (27%), powyżej 2 tygodni – 2 osoby (4%) (**Rycina 4**). Przeanalizowano także dane mówiące o jednostkach chorobowych, z powodu których pacjenci najczęściej są hospitalizowani. Wzięto pod uwagę podstawową jednostkę chorobową. Najwięcej pacjentów, bo aż 25 (52%), miało zdiagnozowane choroby układu sercowo-naczyniowego. Badanych z chorobami układu oddechowego było 6 (12,5%), z cukrzycą – 6 (12,5%), chorobami układu pokarmowego – 5 (10%), stanami otępiennymi – 5 (10%), udarem mózgu – 1 (2%) (**Rycina 5**).



Rycina 3. Źródła informacji o stanie odżywienia pacjenta
Figure 3. Sources of information about the patients nutritional status
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis



Rycina 4. Długość pobytu pacjenta w szpitalu
Figure 4. Length of hospital stay
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis



Rycina 5. Najczęstsze jednostki chorobowe hospitalizowanych pacjentów
Figure 5. The most common diseases of hospitalized patients
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Kolejna część kwestionariusza ocenia stan odżywienia pacjentów na podstawie zebranych danych dotyczących apetytu, spadku masy ciała w ostatnich 3 miesiącach, aktywności ruchowej, występującego stresu, zaburzeń neuropsychicznych oraz obliczeń BMI. Przeanalizowano możliwość obniżenia masy ciała w okresie 3 miesięcy od kwietnia do czerwca 2014 r. Powyżej 3 kg utraciły 3 osoby (6%), 4 osoby (8%) – 3 kg. Najwięcej pacjentów, bo 29 (60%), utraciło od 1 do 3 kg. Masy ciała w 3 miesiącach nie utraciło 12 osób (25%).

Dalsza część skali MNA analizuje możliwe przyczyny mogące wpływać na stan odżywienia pacjentów. Aktywność ruchowa 14 osób (29%) jest minimalna. Większość czasu spędzają one w łóżku lub fotelu. Natomiast małą aktywność ruchową wykazują 34 osoby (71%). Są to pacjenci, którzy poruszają się tylko w obrębie jednego pomieszczenia.

Kolejnym badanym czynnikiem wpływającym na stan odżywienia jest stres. Może on być wywołany sytuacjami trudnymi, z jakimi borykają się osoby starsze, np.: osamotnienie, porzucenie, odtrącenie, poczucie bycia

zależnym od innych, a także zaburzeniami o podłożu psychicznym, np. depresją, oraz obecnością uciążliwych dolegliwości somatycznych wywołanych różnymi chorobami [17].

Z przeprowadzonego badania wynika, że stres odczuwało 12 osób (25%), natomiast 36 osób (75%) uznało swoje dotychczasowe życie za bezstresowe.

Zaburzenia neuropsychiczne występują często u osób w podeszłym wieku z powodu starzenia się mózgu. Zachwiana zostaje równowaga czynnościowa pomiędzy środowiskiem wewnętrznym człowieka a środowiskiem zewnętrznym. Staje się tak w wyniku zaburzeń metabolicznych, w przebiegu różnych chorób, przyjmowania niektórych leków [18]. U 8 przebadanych pacjentów (17%) zdiagnozowano ciężką depresję, łagodną – u 9 (19%), bez zaburzeń neuropsychicznych było 31 pacjentów (64%).

Pierwsza część skali MNA, oceniająca stan odżywienia, kończy się obliczeniami BMI. Wśród badanych uzyskano wyniki:

- BMI > 19, ale < 21 pkt. – 19 osób (39%),
- BMI większe niż 21, ale mniejsze niż 23 pkt. – 16 osób (33%),
- BMI powyżej 23 pkt. – 13 osób (27%).

Podsumowując część pierwszą badania stanu odżywiania za pomocą skali MNA u 48 pacjentów geriatrycznych, stwierdzono, że tylko 7 osób (15%) nie wymaga dalszej analizy, gdyż nie wykazują one objawów niedożywienia, osiągnęły one 12 pkt. Natomiast 11 punktów i mniej odnotowano w przypadku 41 osób (85%). Grupę tę poddano dalszemu badaniu wg drugiej części skali MNA, która zawiera dokładniejsze pytania wskazujące na czynniki mogące wpływać na powstawanie niedożywienia.

Stosując drugą część skali MNA, zapytano 41 pacjentów (w tym 25 kobiet – 61%, i 16 mężczyzn – 39%) w przedziale wiekowym 70–93 lata o stosowaną farmakoterapię, obecność odleżyn, owrzodzeń, sposób odżywiania, a także o ilość i jakość przyjmowanych posiłków oraz płynów. Poddano dokładnej subiektywnej ocenie własny stan odżywienia i stan zdrowia w porównaniu z innymi ludźmi w tym samym wieku. Na koniec dokonano pomiarów obwodu środkowej części ramienia i łydki w cm.

Analizując poszczególne odpowiedzi drugiej części skali MNA, okazało się, że pacjenci, szczególnie w podeszłym wieku, przyjmują wiele leków. Z odpowiedzi wynika, iż 40 osób (97%) jest leczonych więcej niż trzema lekami, a tylko 1 osoba (3%) zażywa dwie tabletki na dobę. W 41-osobowej grupie jest 35 pacjentów (85%) z różnymi zmianami skórnymi typu otarcia, owrzodzenia, odleżyny. Osoby te są obciążone przewlekłymi chorobami, osłabieniem, a co za tym idzie – unieruchomione, a to prowadzi do zmian skórnych. U 6 pacjentów (14%) nie zaobserwowano uszkodzeń skóry żadnego typu. Najczęściej pacjenci (26 osób – 63%) deklarują spożywanie trzech posiłków, 15 osób (37%) zjada dwa posiłki dziennie, żadna z pytanych osób nie przyjmuje tylko jednego posiłku. Na pytanie o częstość spożywania konkretnych produktów żywnościowych typu: mięso, ryby, jajka, przetwory mleczne, owoce, warzywa większość pacjentów – 27 osób (66%) – odpowiedziała, iż nie mają ściśle określonych jadłospisów, aby zawsze w posiłkach znajdowały się te produkty i nie są one wszystkie spożywane ani jeden raz dziennie, ani nawet dwa razy w tygodniu – przede wszystkim dotyczy to warzyw i owoców oraz przetworów mlecznych. W badanej grupie 10 osób (24%) stara się, aby te wartościowe produkty żywnościowe obecne były w diecie dwa razy w tygodniu, 4 osoby (10%) deklarują, iż spożywają jeden raz w ciągu dnia wymienione produkty. Podobne wyniki dotyczą przyjmowania płynów: 5 filiżanek i więcej wypija 9 osób (22%), między 3 a 5 – 14 respondentów (34%), natomiast mniej niż 3 filiżanki napoju przyjmuje 18 osób (44%).

Na prawidłowe odżywianie wpływ ma samodzielność w przygotowywaniu i spożywaniu posiłków. Pytani o poziom samodzielności w tych czynnościach pacjenci odpowiedzieli w większości (21 osób – 51%), iż mają trudności i muszą liczyć na pomoc osób drugich, 13 pacjentów (32%) wymaga karmienia, tylko 7 osób (17%) deklaruje samowystarczalność w tej kwestii.

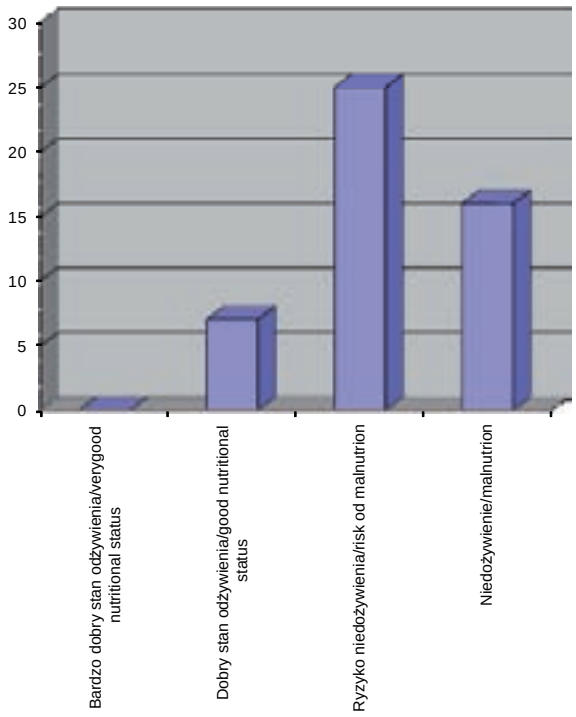
W dalszym etapie wypełniania kwestionariusza poproszono pacjentów o samoocenę własnego stanu odżywienia. Większość z nich (26 osób – 63%) nie potrafiła dokonać oceny, gdyż nie mała odniesienia do norm stanu odżywienia w wieku starszym, oraz nie widziała potrzeby i celu oceniania tego zjawiska. Za niedożywionych uważają się pacjenci z wieloma chorobami przewlekłymi – było ich 10 (24%). Tylko 5 osób (12%) oceniło swój stan odżywienia za prawidłowy. Do grupy tej należeli pacjenci, u których widoczne było bardzo optymistyczne nastawienie do życia. Podobnie wypadły odpowiedzi na pytanie dotyczące oceny własnego stanu zdrowia w porównaniu z grupą rówieśniczą: 21 pacjentów (51%) nie wiedziało, jak dokonać tej oceny – tłumaczyli, że w podeszłym wieku różne dolegliwości są standardem. Swój stan zdrowia za zły uznało 15 pacjentów (36%), za dobry – 5 pacjentów (12%). Nikt nie ocenił, że jest osobą zdrowszą niż inni w tym samym wieku.

Końcowym etapem badania pacjentów geriatrycznych za pomocą skali MNA jest pomiar obwodu ramienia i łydki w części środkowej, oznaczony w cm. Dokonując pomiaru ramienia, uzyskano wyniki: u 14 pacjentów (34%) odnotowano pomiar poniżej 21 cm, u 9 (22%) obwód ramienia wahał się w przedziale 21–22 cm, tylko u 5 pacjentów (12%) – powyżej 22 cm. U 37 pa-

cjentów (90%) łydka w obwodzie miała poniżej 31 cm, a u 4 (10%) – powyżej 31 cm.

Sumując punktację z obu części skali MNA, uzyskano następujące wyniki (**Rycina 6**):

- maksymalna ilość punktów – 30 – żaden z badanych pacjentów nie uzyskał takiego wyniku,
- 24–29 – dobry stan odżywiania – uzyskało 7 pacjentów (15%),
- 17–23,5 – ryzyko niedożywienia – 25 pacjentów (52%),
- poniżej 17 punktów – niedożywienie – 16 pacjentów (33%).



Rycina 6. Analiza stanu odżywienia na podstawie zebranych punktów skali MNA

Figure 6. Analysis of the nutritional status based on accumulated points in the MNA scale

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Dyskusja

Wiek starczy predysponuje do powstawania zaburzeń w odżywianiu, szczególnie u pacjentów hospitalizowanych. Na niedożywienie w wieku geriatrycznym ma wpływ wiele czynników zewnętrznych i wewnętrznych. Dodatkowo pojawiają się zmiany układowe i narządowe wywołane procesem starzenia się. Fakt niedożywienia u pacjentów geriatrycznych niesie ze sobą następne zaburzenia ogólnoustrojowe. Pacjenci są bardziej narażeni na występowanie kolejnych chorób przewlekłych, gorzej reagują na leczenie, częściej pojawiają się u nich powikłania okołooperacyjne i te wywołane długotrwałym leżeniem w łóżku. Wzrasta też ryzyko zgonu [19].

Z badań własnych przeprowadzonych wśród 48 pacjentów przebywających w oddziale geriatrycznym wynikło, iż 25 jest narażonych niedożywieniem, 16 jest niedożywionych, a tylko 7 – w dobrym stanie odżywienia. Dane te uzyskano wg skali MNA. Potwierdzeniem tych wyników są inne badania przeprowadzane wśród hospitalizowanych osób starszych. Sokołowska i wsp., posługując się skalą SGA, przebadali 150 pacjentów w wieku 65–98 lat leczonych w oddziale chirurgicznym. Stwierdzono, że niedożywionych lub obarczonych ryzykiem niedożywienia jest 19,3% badanych [19]. Kolejnym potwierdzeniem zjawiska niedożywienia wśród populacji osób w podeszłym wieku są wyniki badań B. Pióreckiej i wsp. Oceniono stan odżywienia 46 osób w wieku 60–80 lat przy użyciu skali MNA oraz dokonano jednocześnie oceny sposobu odżywiania. Jej podstawą był 24-godzinny wywiad żywieniowy, według metody opracowanej przez Instytut Żywności i Żywienia w Warszawie. Dzięki temu dodatkowo uzyskano informacje, jakie błędy żywieniowe popełniają osoby starsze i jaki to ma wpływ na ich stan odżywienia. Wyniki potwierdziły, że osoby starsze odżywiają się nieprawidłowo. Pozwala to na zdiagnozowanie zaburzeń w odżywianiu. Stwierdzono niski poziom wartości energetycznej dziennej racji pokarmowej, zbyt niskie pobieranie węglowodanów złożonych, niedobory witaminowe, głównie C, E i z grupy B, składników mineralnych (wapnia, magnezu, żelaza). Jedynie niektórzy badani w swojej diecie spożywali duże ilości tłuszczów, co mogło powodować inne powikłania ogólnoustrojowe. Według skali MNA 24% badanych zakwalifikowano do grupy ryzyka niedożywieniem [20]. Poza stwierdzeniem faktu obecności niedożywienia wśród osób starszych można spotkać w literaturze interpretację przyczyn tego zjawiska. Stan odżywienia jest związany ze stanem funkcjonalnym i pojawieniem się zaburzeń funkcji poznawczych u pacjentów geriatrycznych. Udowodnili to w swoich badaniach M. Strugała i wsp. W analizowanej grupie były 103 osoby. Średni ich wiek to 65–89 lat. Do oceny stanu odżywienia użyto skali MNA. Natomiast do oceny wydolności funkcjonalnej posłużyły dwie skale: skala Barthel i IADL, zaś do oceny zaburzeń funkcji poznawczych – skala MMSE. Im mniejsza wydolność funkcjonalna, tym większe prawdopodobieństwo niedożywienia [10]. Podobne wyniki uzyskali M. Oliveira i wsp., którzy za bardziej zależne od opiekunów osoby uznali niedożywionych pacjentów; w badaniach tych wykorzystano skalę MNA [21]. M. Pertkiewicz i wsp. udowodnili, że niedożywienie nie jest stanem obojętnym dla zdrowia pacjenta, szczególnie starszego, wielu przebadanych pacjentów dłużej i trudniej było leczonych, pojawiały

się powikłania, zwiększała ilość chorób towarzyszących [22]. Wszystkie wyniki badań potwierdzają, że niedożywienie jest powszechnym zjawiskiem wśród osób w podeszłym wieku. Sprzyja wielu powikłaniom i powstawaniu kolejnych chorób. Korzystne więc jest planowanie i wdrażanie działań związanych ze stałą oceną stanu odżywienia, leczeniem, głównie dietetycznym, polegającym na starannie zbilansowanym pożywieniu, oraz działań profilaktycznych, mających na celu podniesienie poziomu wiedzy i kształtowanie odpowiednich zachowań żywieniowych wśród osób starszych i personelu medycznego sprawującego opiekę nad pacjentami geriatrycznymi [20].

Wnioski

Wyniki badania potwierdziły, że wśród osób starszych często występuje zjawisko niedożywienia. Ponad połowa badanych jest niedożywiona lub mieści się w grupie ryzyka niedożywienia. Na stan niedożywienia nie mają wpływu płeć ani wiek badanych. Wpływ natomiast ma sposób odżywiania (częstość przyjmowanych posiłków, jakość jedzenia – brak urozmaiconej diety bogatej w owoce, warzywa, jajka, produkty bogate w witaminy C, B, wapń, żelazo, magnez, niedostateczna ilość wypijanych płynów). Ważną przyczyną niedożywienia u chorych geriatrycznych jest brak mobilności, samodzielności, zależność od osób drugich, stres.

Piśmiennictwo

1. Jurczak I, Barylski M, Irzmański R. Znaczenie diety u osób w wieku podeszłym – ważny aspekt prewencji zdrowia czy nieistotna codzienność? Geriatria. 2011; 5: 127–133.
2. Lipiński M, Rychlewska G. Problemy gastroenterologiczne w geriatrii. Przew Lek. 2007; 3: 82–86.
3. Filip R, Huk J. Starzenie się układu pokarmowego. Część II. Zaburzenia funkcji wydzielniczych, trawienia i wchłaniania. Geriatria. 2008; 2: 224–230.
4. Babiarczyk B. Monitorowanie stanu odżywiania osób starszych hospitalizowanych na oddziałach oraz w zakładach opieki krótko i długoterminowej. Gerontol Pol. 2008; 16: 18–24.
5. Grabowska E, Spodaryk M. Zasady żywienia osób w starszym wieku. Gerontol Pol. 2006; 14: 57–62.
6. Elmståhl S, Persson M, Andrén M, Blabolil V. Molnuretion in geriatic patiens: a negtected problem? Adv Nurs.1997; 26: 851–855.
7. Wieczorowska-Tobis K. Ocena pacjenta starszego. Geriatria. 2010; 4: 247–251.
8. Gariballa SE, Sinclair AJ. Diagnosing undernutrition in elderly people. Reriews in Clinical Gerontology. 1997; 7: 367–371.
9. Guigoz Y. The Mini Nutritional Assessment (MNA) review of the literature – What does it tell us? J Nutr Health Aging. 2006; 10: 466–485.
10. Strugała M, Wieczorowska-Tobis K. Ocena stanu odżywienia pacjentów z oddziału geriatrycznego w kontekście ich sprawności funkcjonalnej. Geriatria. 2011; 5: 89–93.
11. Gofferje H. Prealbumin and refinol-binding protein – highly sensitive parameters for nutritional state in respekt of protein. Labolatory Medicine. 1978; 5: 38–44.
12. Galus K, Kocemba J (red.). Odżywianie. W: Abrams WB, Beers MH, Berkow R (red.). MSD. Podręcznik geriatrii. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 1999. 8–9.
13. Parnicka A, Gryglewski B. Wyniszczenie nowotworowe a starcza sarkopenia. Gerontol Pol. 2006; 14: 113–118.
14. Cierzniakowska K, Szewczyk MT. Postępowanie pielęgniarskie wobec chorego z niedożywieniem w wieku starszym. W: Biercewicz M, Szewczyk MT, Ślusarz R (red.). Pielęgniarstwo w geriatrii. Wybrane zagadnienia z zakresu pielęgniarstw specjalistycznych. Warszawa: Borgis; 2006. 95–103.
15. Krzymińska-Siemaszko R, Wieczorowska-Tobis K. Ewolucja oceny niedożywienia u starszych chorych przy użyciu kwestionariusza MNA. Geriatria. 2012; 6: 139–143.
16. Kraus S. Niedobory żywieniowe u podopiecznych w podeszłym wieku – szybko rozpoznać, prawidłowo zareagować. Wspólne Tematy. 2002: 11–12: 4–10.
17. Bronek K. Somatyczne przyczyny zaburzeń świadomości u osób w podeszłym wieku. Postępy Nauk Medycznych. 2011; 8: 692–700.
18. Sobów T. Praktyczna psychogeriatria – rozpoznawanie i postępowanie w zaburzeniach psychicznych u chorych w wieku podeszłym. Wrocław: Wydawnictwo Continuo; 2010. 91–103.
19. Sokołowska B, Dyk D, Miechowicz I. Ocena stanu odżywienia u chorych w wieku podeszłym leczonych operacyjnie. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne. 2013; 2: 60–64.
20. Piórecka B, Międzobrodzka A. Ocena sposobu żywienia i stanu odżywienia osób starszych zamieszkałych w Krakowie. Nowiny Lekarskie. 2002; 71: 249–254.
21. Oliveira M, Fogaca F, Leandro MV. Nutritional status and functional capacity of hospitalized elderly. Nutr J. 2009; 8: 17–54.
22. Pertkiewicz M, Dymkowska M, Kobyłkiewicz ER. Stan odżywienia i metody leczenia żywieniowego chorych leczonych w Oddziale Intensywnej Terapii – wpływ na czynniki leczenia. Postępy Żywienia Klinicznego. 2008; 3: 5–13.

Artykuł przyjęty do redakcji: 05.01.2015
Artykuł przyjęty do publikacji: 15.05.2015

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:
Grażyna Bączyk, Agnieszka Ulatowska
ul. Akacjowa 5
88-420 Rogowo
tel.: 661 601 905
e-mail: agnesia74@poczta.fm
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Hipolita Cegielskiego w Gnieźnie