

OCENA STANU ODŻYWIENIA I RYZYKA POWSTANIA ODLEŻYN WŚRÓD PENSJONARIUSZEK ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO

Assessment of nutritional status and risk of bedsores among residents of plant care treatment

Monika Dulek¹, Agnieszka Młynarska²

¹ Oddział Chorób Wewnętrznych i Metabolicznych, SPSK nr 7 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

² Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

adres do korespondencji: monikachaber@gmail.com

STRESZCZENIE

Wstęp. Problem starzenia się społeczeństwa staje się coraz bardziej powszechny i niesie za sobą różnorakie konsekwencje. Pacjenci w podeszłym wieku ze względu na wielochorobowość, polipragmatyzm, a także częstą konieczność hospitalizacji są szczególnie narażeni na niedożywienie. Stan niedożywienia najczęściej występuje u pacjentów z zaburzeniami neurologicznymi, psychiatrycznymi, w przebiegu nowotworów i schorzeń dotyczących układu pokarmowego.

Cel pracy. Ocena stanu odżywienia oraz ryzyka powstania odleżyn wśród kobiet przebywających w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym.

Materiał i metody. Badania zostały przeprowadzone w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym (ZOL) w Bytomiu na przełomie listopada i grudnia 2014 r. Badaniem objęto 80 pacjentek w średnim wieku $79,6 \pm 10,4$. Zebrano dane socjodemograficzne oraz dokonano analizy danych dotyczących rozpoznania klinicznego chorych. Oceny stanu odżywienia dokonano za pomocą skali Multi Nutritional Assessment (MNA). Dokonano także oceny ryzyka wystąpienia odleżyn za pomocą skali Norton i Waterlow. Uzyskane dane poddano analizie statystycznej z wykorzystaniem programu Statistica, za wartości istotne statystycznie przyjęto $p < 0,05$.

Wyniki. Badanie stanu odżywienia za pomocą skali MNA wykazało, iż prawidłowy wskaźnik odżywienia występuje tylko u 3,7% respondentek. Analiza pytań skali MNA wykazała, iż u 88,7% pacjentek ograniczenie spożywania posiłków nie wiązało się z utratą apetytu, zaburzeniami trawienia, połykania czy też żucia. Stan fizyczny 47,5% badanych określono jako dobry, 36,2% – jako dość dobry, 16,3% – jako średni, żadna pacjentka nie znajdowała się w stanie ciężkim. Ocena wskaźnika masy ciała wykazała, iż u ponad połowy pacjentek wskaźnik BMI wynosi > 23 , 43,8% ma wskaźnik BMI między 23 a 19, natomiast 3,7% posiada wskaźnik BMI niższy niż 19. Ocena w skali Waterlow wykazała, że 41,2% pacjentek ma wysokie ryzyko powstania odleżyn, u 26,3% ryzyko to jest bardzo wysokie.

Wnioski. Pacjenci w wieku podeszłym znajdują się w grupie wysokiego ryzyka narażenia na niedożywienie. Niedożywienie osób w podeszłym wieku ma istotny wpływ na zwiększenie zagrożenia wystąpienia odleżyn. Zaburzenia funkcji poznawczych mają istotny wpływ na wystąpienie niedożywienia wśród pacjentów geriatrycznych.

Słowa kluczowe: stan odżywienia, odleżyny, geriatryka.

SUMMARY

Background. The problem of an aging population is becoming more common and cause various consequences. Elderly patients because of multidisease, polypharmacy, and frequent hospitalization are particularly exposed to malnutrition. Malnutrition is most common in patients with neurological and psychiatric disorders, in the course of cancer and diseases related to the digestive system.

Objectives. The aim of study was to assess nutritional status and the risk of bedsores among women in the Department of Caring and Treatment.

Material and methods. The study was conducted at the Department of Caring and Treatment in Bytom between November and December 2014. The study included 80 patients with a mean age of 79.6 ± 10.4 . Socio-demographic data and an analysis of data from the clinical diagnosis of patients were collected. Assessment of nutritional status were made using a scale Multi Nutritional Assessment. Plus the assessment of the risk of bedsores using the Norton and Waterlow scales. The obtained data were statistically analyzed using Statistica. As statistical, $p < 0.05$ was recognized.

Results. Examination of nutritional status by MNA scale showed that proper nutrition indicator occurs only in 3.7% of respondents. Analysis of the questions of the scale MNA showed that in 88.7% of patients limit eating was not associated with loss of appetite, digestive disorders, swallowing or chewing. The physical condition of 47.5% of the respondents was identified as good, 36.2% as very good, 16.3% as average, no patient was not in a serious condition. Assessment of body mass index showed that more than half of the patients BMI is > 23 , 43.8% have a BMI between 23 and 19, while 3.7% have a BMI lower than 19. The rating scale Waterlow revealed that 41.2% of patients have a high risk of bedsores and in 26.3% risk is very high.

Conclusions. Elderly patients are at high risk of exposure to malnutrition. Malnutrition in the elderly has a significant impact on the increase of the risk of bedsores. Cognitive impairment have a significant effect on the occurrence of malnutrition among geriatric patients.

Key words: nutritional status, bedsores, geriatrics.

WSTĘP

Problem starzenia się społeczeństwa staje się coraz bardziej powszechny i niesie ze sobą różnorakie konsekwencje. Pacjenci w podeszłym wieku należą do grupy pacjentów z wieloma jednostkami chorobowymi, z jednoczesnym występowaniem zaburzeń funkcji poznawczych oraz ogólnej niesprawności. Zmiany chorobowe i dysfunkcje narządowe spowodowane starzeniem się organizmu dotyczą każdego układu i są bardzo zróżnicowane oraz indywidualne dla każdego pacjenta [1, 2].

Zmiany dotyczące układu pokarmowego stanowią bardzo duży problem w opiece nad pacjentami w wieku podeszłym. Mogą dotyczyć zarówno samego funkcjonowania układu pokarmowego, jak i mogą być związane ze stanem ekonomiczno-socjalnym chorego.

Ze zmianami zachodzącymi w układzie pokarmowym wiążą się problemy i dyskomfort odczuwany przez pacjentów. Ogromny wpływ na stan odżywienia chorych w podeszłym wieku ma występowanie dysfagii, odynofagii, trudności w gryzieniu, przeły-

kaniu, występowanie zaburzeń smaku oraz szybko pojawiające się uczucie sytości [1, 2]. Ważne jest również zwrócenie uwagi na czynniki socjalno-ekonomiczne chorych, gdyż mogą one mieć bezpośredni wpływ na stan odżywienia. Do czynników takich możemy zaliczyć: samotność, brak opiekunów, ubóstwo, brak środków do życia, utrata zdolności do przygotowywania posiłków, niechęć do spożywania posiłków z obawy przed dolegliwościami (np. biegunka, niestrawność) [1-3].

Pacjenci w podeszłym wieku ze względu na wielochorobowość, polipragmazję, a także częstą konieczność hospitalizacji są szczególnie narażeni na niedożywienie. Stan niedożywienia najczęściej występuje u pacjentów z zaburzeniami neurologicznymi, psychiatrycznymi, w przebiegu nowotworów i schorzeń dotyczących układu pokarmowego. Może także dotyczyć pacjentów ze schorzeniami układu sercowo-naczyniowego, endokrynologicznego czy oddechowego [1]. Badania wykazują, że ryzyko niedożywienia związane jest ściśle z miejscem zamieszkania chorego. Badacze podają, iż najczęściej niedożywieni są pacjenci hospitalizowani oraz mieszkańcy domów opieki społecznej (DPS), przy czym najbardziej zagrożeni wystąpieniem niedożywienia są pensjonariusze DPS. Najmniejszy odsetek pacjentów niedożywionych występuje wśród chorych zamieszkujących we własnych domach, są one również obciążone najmniejszym ryzykiem niedożywienia [1, 3-9].

Częstym problemem, z jakim można się spotkać wśród pacjentów w wieku geriatrycznym, który jednocześnie związany jest pośrednio ze stanem odżywienia chorych, jest występowanie odleżyn. Odleżyną nazywamy uszkodzenie skóry, a także tkanek znajdujących się poniżej, które jest wynikiem działania długotrwałego miejscowego ucisku bądź siły tarcia. Powstawaniu odleżyn sprzyja brak zmian pozycji ciała, niedostateczna dbałość o higienę, narażenie skóry na wilgoć. Nie bez znaczenia pozostaje także ogólny stan pacjenta, występowanie otyłości, niedożywienia, czy też schorzeń, takich jak: choroba nowotworowa, cukrzyca, zakażenie zarówno ogólne, jak i miejscowe. Wśród czynników zwiększających ryzyko powstawania odleżyn wymienia się także niedobory dietetyczne, zaburzenia w przyswajaniu substancji odżywczych, niedożywienie białkowe, niedobór mikro- i makroelementów, niedobór witamin [10, 11]. Czynniki predysponującymi wydają się być również: zły stan skóry pacjenta, schorzenia układu nerwowego, układu oddechowego czy też zaburzenia układu krwiotwórczego (np. anemia). Wystąpienie odleżyn powoduje u pacjenta ból, znacząco przedłuża leczenie. U pacjentów geriatrycznych ból związany z wystąpieniem odleżyny może przyczynić się do pogorszenia stanu psychicznego, utraty poczucia bezpieczeństwa i zaufania do personelu medycznego [10].

CEL PRACY

Celem pracy jest ocena stanu odżywienia oraz ryzyka powstania odleżyn wśród kobiet przebywających w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym.

MATERIAŁ I METODY

Badania zostały przeprowadzone w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym (ZOL) w Bytomiu na przełomie listopada i grudnia 2014 r. Badaniem objęto 80 pacjentek przebywających w ZOL w średnim wieku ($79,6 \pm 10,4$ lat). Od wszystkich respondentek objętych badaniem zebrano dane socjodemograficzne, takie jak: wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, wykonywany zawód. Dokonano analizy danych dotyczących rozpoznania klinicznego chorych, obejmujących chorobę podstawową, schorzenia towarzyszące, bezpośredni powód przyjęcia do Zakładu. Dane zostały uzyskane na podstawie dokumentacji medycznej, wywiadu z pacjentami oraz ich rodzinami, a także na podstawie wykonanych pomiarów antropometrycznych.

Oceny stanu odżywienia dokonano za pomocą skali Multi Nutritional Assessment (MNA). Skala składa się z dwóch części:

- pierwsza zawiera 6 pytań - tzw. badanie przesiewowe,
- druga - to ocena pacjenta składająca się z kolejnych 12 pytań.

Łącznie z obydwu części badania można uzyskać 30 punktów. Uzyskanie 24-30 punktów oznacza prawidłowy stan odżywienia, 17-23,5 punktów świadczy o zagrożeniu niedożywieniem, natomiast uzyskanie poniżej 17 punktów to znak niedożywienia.

U wszystkich pacjentek dokonano także oceny ryzyka wystąpienia odleżyn za pomocą skal Norton i Waterlow. Skala Norton jest to skala oceniająca 5 obszarów, takich jak: stan fizyczny, stan świadomości, poruszanie się, samodzielność w zmianie pozycji oraz nietrzymanie moczu i kału. W każdym z obszarów można zdobyć od 1 do 4 punktów. Ryzyko powstania odleżyn określa się wtedy, gdy pacjent uzyska 14 bądź mniejszą liczbę punktów.

Skala Waterlow natomiast jest skalą oceniającą 9 obszarów. W każdym z obszarów można zdobyć określoną liczbę punktów. Zdobyte poniżej 10 punktów oznacza brak ryzyka powstania odleżyny, 10-14 punktów to niskie ryzyko, 15-19 punktów to wysokie ryzyko, natomiast uzyskanie powyżej 20 punktów warunkuje bardzo wysokie ryzyko rozwinięcia odleżyny. Zebrane dane poddano analizie statystycznej z wykorzystaniem programu Statistica, za wartości istotne statystycznie przyjęto $p < 0,05$.

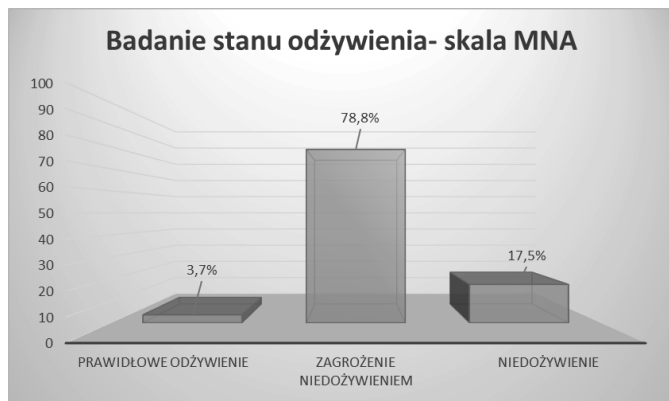
WYNIKI

Charakterystykę socjodemograficzną badanej grupy przedstawiono w tabeli 1. Analiza jednostek chorobowych respondentek wykazała, iż u 82,5% badanych występują więcej niż 3 schorzenia. Najczęściej występującym schorzeniem (60%) jest uogólniona miażdżyca. Drugim schorzeniem jest nadciśnienie tętnicze, które zdiagnozowano u 51,2%. U znacznego odsetka respondentek rozpoznano również zespół otępienny (36,2%) oraz chorobę niedokrwinną serca (27,8%). Wśród diagnozowanych schorzeń mogących wpływać na zaburzenia odżywiania i zwiększać ryzyko powstania odleżyn pojawiały się także: choroba Alzheimera (16,2%), choroba Parkinsona (5%), zespół jelita drażliwego (5%), cukrzyca (25%), padaczka (8,7%), polineuropatia (6,2%).

Tabela 1. Dane socjodemograficzne

| Kategoria | Liczba | % |
|--|--------|-------|
| Wiek | | |
| 50-60 lat | 3 | 3,75 |
| 61-70 lat | 12 | 15 |
| 71-80 lat | 24 | 30 |
| 81-90 lat | 32 | 40 |
| 91-100 lat | 9 | 11,25 |
| Miejsce wcześniejszego zamieszkania | | |
| Wieś | 10 | 87,5 |
| Miasto | 70 | 12,5 |
| Zawód | | |
| Sekretarka | 2 | 2,5 |
| Krawcowa | 7 | 8,75 |
| Sprzedawca | 9 | 11,25 |
| Księgowa | 4 | 5 |
| Salowa | 2 | 2,5 |
| Organistka | 1 | 1,25 |
| Nauczycielka | 6 | 7,5 |
| Tancerka | 1 | 1,25 |
| Kucharka | 4 | 5 |
| Sprzątaczką | 3 | 3,75 |
| Bibliotekarka | 2 | 2,5 |
| Pielęgniarka | 1 | 1,25 |
| Lekarka | 1 | 1,25 |
| Konduktorka | 1 | 1,25 |
| Nie pracowała | 36 | 45 |
| Wykształcenie | | |
| Podstawowe | 28 | 35 |
| Zawodowe | 30 | 37,5 |
| Średnie | 15 | 18,75 |
| Wyższe | 7 | 8,75 |

Badanie stanu odżywienia za pomocą skali MNA wykazało, iż prawidłowy wskaźnik odżywienia występuje tylko u 3,7% respondentek. Szczegółowe dane dotyczące stanu odżywienia badanej grupy przedstawiono na rycinie 1.



Rycina 1. Ocena stanu odżywienia pacjentek – skala MNA (n = 80)

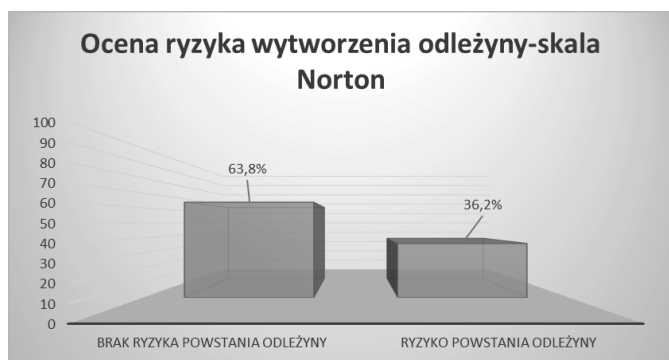
Analiza skali MNA wykazała, iż u 88,7% pacjentek ograniczenie spożywania posiłków nie wiązało się z utratą apetytu, zaburzeniami trawienia, połykania czy też żucia. U 95% badanych nie wystąpiła utrata masy ciała w ciągu ostatnich 3 miesięcy, natomiast 5% utraciło między 1 a 3 kg masy ciała. Ograniczoną sprawność ruchową zaobserwowano u 60% pacjentek, 25% pacjentek jest całkowicie unieruchomionych i stale pozostaje w łóżku, 15% jest w pełni sprawnych ruchowo. U 56,2% chorych występuje łagodne otępienie, 45% choruje na ciężkie otępienie bądź depresję, zaledwie 1,2% nie ma rozpoznanych zaburzeń psychicznych. Pacjentki, u których rozpoznano ciężkie otępienie, są bardziej narażone na występowanie niedożywienia w stosunku do pacjentek z rozpoznaniem łagodnym. Zależności takich nie wykazano w występowaniu zagrożenia niedożywienia. Szczegółowych danych dostarcza tabela 2.

Tabela 2. Występowanie zaburzeń odżywiania w zależności od stopnia otępienia

| Stan odżywienia | Łagodne otępienie | Ciężkie otępienie | p |
|----------------------------|-------------------|-------------------|-------|
| Prawidłowy stan odżywienia | 3 osoby – 3,7% | 0 osób | ns |
| Zagrożenie niedożywieniem | 38 osób – 47,5% | 25 osób – 31,2% | ns |
| Niedożywienie | 4 osoby – 5% | 10 osób – 12,5% | 0,001 |

Ocena wskaźnika masy ciała wykazała, iż u ponad połowy pacjentek wskaźnik BMI wynosi > 23, 43,8% ma wskaźnik BMI między 23 a 19, natomiast 3,7% posiada wskaźnik BMI niższy niż 19. Dodatkowo poddano analizie ilościowej i jakościowej posiłki spożywane przez respondentki. 97,5% pacjentek zjada 3 posiłki dziennie. Niestety badania wykazały, iż żadna z badanych pacjentek nie spożywa białka, warzyw i owoców w dostatecznej ilości. Mniej niż 3 szklanki płynów dziennie wypija 51,2% chorych, natomiast 36,3% spożywa od 3 do 5 szklanek.

Badanie narażenia na powstanie odleżyn za pomocą skali Norton wykazało, że znaczna część pacjentek nie jest zagrożona wystąpieniem odleżyny. Szczegółowe dane przedstawia rycina 2.



Rycina 2. Ocena narażenia na wystąpienie odleżyny – skala Norton

Stan fizyczny 47,5% badanych określono jako dobry, 36,2% – jako dość dobry, 16,3% – jako średni, żadna pacjentka nie znajdowała się w stanie ciężkim. W pełni przytomnych i świadomych było 40% badanych, w takim samym odsetku pacjenci pozostawali w stanie apatycznym, 20% miało zaburzenia świadomości. Analiza mobilności pacjentek wykazała brak problemów w samodzielnym poruszaniu się u 38,8% pacjentek, w takim samym odsetku poruszanie się z asystą, korzystanie ze sprzętu ortopedycznego wskazuje 11,2% respondentów. U 66,3% chorych występuje pełna samodzielność przy zmianie pozycji, u 25% samodzielność jest ograniczona, całkowicie niesprawnych było 5% pacjentek. U 55% badanych występuje nietrzymanie moczu, u 27,5% występuje całkowite nietrzymanie moczu i stolca. Pełną sprawność zwieraczy wykazuje 6,3% respondentek.

Analiza wyników skali Waterlow wykazała, że większość pacjentek ma wysokie ryzyko powstania odleżyn, u 21 osób ryzyko to jest bardzo wysokie. Dane szczegółowe przedstawiono na rycinie 3.



Rycina 3. Ocena ryzyka wystąpienia odleżyn – skala Waterlow

Pacjentki, u których stwierdzono niedożywienie, są bardziej narażone na powstanie odleżyn w stosunku do pacjentek z prawidłową masą ciała. Szczegółową analizę przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3. Narażenie na powstanie odleżyn w zależności od stopnia odżywienia

| Ryzyko powstania odleżyny | Prawidłowe odżywienie | Zagrożenie niedożywieniem | Niedożywienie | p |
|---------------------------|-----------------------|---------------------------|----------------|-------|
| Niskie | 1 osoba – 1,2% | 22 osoby – 27,5% | 1 osoba – 1,2% | ns |
| Wysokie | 1 osoba – 1,2% | 27 osób – 33,7% | 5 osób – 6,2% | ns |
| Bardzo wysokie | 1 osoba – 1,2% | 13 osób – 16,2% | 7 osób – 8,7% | 0,051 |

DYSKUSJA

W badaniu ocenie poddano stopień odżywienia pacjentów oraz ich narażenie na występowanie odleżyn, a także powiązanie zaburzeń w odżywianiu z ryzykiem wystąpienia powikłań spowodowanych schorzeniami współistniejącymi i unieruchomieniem. Ryzyko wystąpienia niedożywienia zwiększa się po 65. roku życia, częściej występuje wśród osób przebywających w placówkach opiekuńczych i na oddziałach szpitalnych. Konsekwencje niedożywienia są złożone, prowadzą do nasilenia schorzeń współistniejących, objawów zespołu kruchości oraz przyczyniają się do osłabienia procesów immunologicznych, w tym większej podatności na zakażenia oraz trudności w procesie gojenia się ran [12].

Badania własne wykazują, że wśród schorzeń dominujących, najczęściej rozpoznawanych u pacjentów w wieku podeszłym, wymienia się: miażdżycę uogólnioną, chorobę niedokrwienną serca, nadciśnienie tętnicze, zespół otępienny. Potwierdzają to badania przeprowadzone przez Bońkowskiego i wsp., gdzie wśród schorzeń dominujących w podeszłym wieku wymienia się: zespoły otępienne, niewydolność serca oraz udary mózgu [13]. Moore i wsp. wymieniają jako najczęściej występujące choroby przewlekłe wśród pacjentów w podeszłym wieku nadciśnienie tętnicze oraz demencję, natomiast Pitek i wsp. – choroby układu krążenia oraz otępienie i depresję [14, 15]. Wyniki tych badań są również zbliżone z wynikami badania przeprowadzonego przez autorów niniejszej pracy.

W badaniu przeprowadzonym przez Moora i wsp. wśród 11 734 Amerykanów w podeszłym wieku wykazano, iż średnia liczba schorzeń wynosiła 6,5 na pacjenta, a tylko u 1% badanej populacji występowała jedna choroba przewlekła [14]. W naszym badaniu więcej niż 3 schorzenia występowały u 82,5% respondentów. Przeprowadzone badanie pozwoliło ustalić, iż chorzy w podeszłym wieku mają problemy z prawidłowym odżywianiem się, co ma przełożenie na stan odżywienia. Jedynie niewielki odsetek pacjentów był prawidłowo odżywiony. Zdecydowana większość to pacjenci niedożywieni bądź zagrożeni niedożywieniem. Wyniki te są spójne z badaniami innych autorów. Badanie WOBASZ-Senior, które zostało wykonane z zastosowaniem skali MNA na grupie 1013 pacjentów w wieku geriatrycznym wykazało, że największy odsetek pacjentów (57%) był zagrożony niedożywieniem, natomiast 13% respondentów było niedożywionych [5].

Badania populacyjne przeprowadzone wśród 70-latków zamieszkujących Szwecję wykazały wyższą śmiertelność osób z niższym BMI. Respondenci niedożywieni byli bardziej narażeni na powikłania unieruchomienia oraz w wyższym stopniu narażeni na wystąpienie zgonu. Niedobory żywieniowe wpływają na wydolność fizyczną i psychiczną człowieka oraz sprzyjają podatności na występowanie choroby. Badania przeprowadzone przez Törmä i wsp. dotyczące stanu odżywienia wśród pensjonariuszy domów pomocy społecznej wykazały, iż u 30% rozpoznano niedożywienie, a 63% pensjonariuszy jest zagrożonych niedożywieniem. Podobne wyniki uzyskano w badaniach przeprowadzonych przez Hirose i wsp., Donini i wsp. oraz Kulnik i wsp., gdzie niedożywienie było obserwowane u 25–37% pacjentów, natomiast zagrożonych występowaniem niedożywieniem było 46–57% pacjentów [16–19]. W dużym przeglądzie badań wykonanym przez Cereda i wsp. z lat 2008–2011 wykazano, iż średnio 27% pensjonariuszy domów pomocy społecznej jest niedożywionych, natomiast zagrożenie niedożywieniem występowało u 51% pacjentów [20].

Wyniki badania własnego wskazują, iż pacjenci nie spożywają w dostatecznej ilości pokarmów i płynów dostarczających różnorodnych składników pokarmowych. Jest to spójne z badaniami innych autorów, mówiących o tym, iż osoby w podeszłym

wieku stanowią grupę osób o podwyższonym ryzyku niedoboru składników pokarmowych o ubogim i monotonnym menu [21]. Sposób odżywiania osób w podeszłym wieku według wielu autorów nie odpowiada racjonalnym zasadom odżywiania i prowadzi do niedoboru składników odżywczych. Może to dodatkowo prowadzić do nasilenia zależnych od odżywiania schorzeń współistniejących. Wyniki badań w grupie osób w podeszłym wieku wykazały, iż na wystąpienie niedożywienia ma wpływ wiele różnych czynników związanych z fizjologią procesu starzenia się, jak również czynników zewnętrznych, takich jak: zły status ekonomiczny, samotność, oraz czynniki psychologiczne i medyczne, takie jak np. zaburzenia funkcji poznawczych czy wielochorobowość [22, 23].

Badania innych autorów wykazują, iż największy odsetek pacjentów niedożywionych i zagrożonych niedożywieniem występuje wśród chorych przebywających w różnych instytucjach (szpitalach, domach opieki) w porównaniu do pacjentów przebywających we własnym środowisku domowym [3, 5–7]. Badania własne przeprowadzone zostały w instytucjonalnej formie opieki zdrowotnej uzyskując zbliżone wyniki.

Badania własne dotyczące ryzyka rozwoju odleżyn wykazały istotny wpływ stanu odżywienia na ryzyko powstania odleżyn. Pacjenci niedożywieni i zagrożeni niedożywieniem zwykle są w większym stopniu narażeni na powstanie odleżyny w porównaniu do pacjentów z prawidłową masą ciała. Wyniki nasze mają odzwierciedlenie w badaniach innych autorów, które wykazują wpływ niedożywienia i kacheksji na obniżenie tolerancji skóry i zwiększony rozwój powstawania odleżyn [24].

WNIOSKI

Pacjenci w wieku podeszłym znajdują się w grupie wysokiego ryzyka narażenia na niedożywienie. Niedożywienie osób w podeszłym wieku ma istotny wpływ na zwiększenie zagrożenia wystąpienia odleżyn. Zaburzenia funkcji poznawczych mają istotny wpływ na wystąpienie niedożywienia wśród pacjentów geriatrycznych.

*Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorek.
Konflikt interesów: Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.*

BIBLIOGRAFIA

- Ożga E, Małgorzewicz S. Ocena stanu odżywienia osób starszych. *Geriatrics* 2013; 7: 98–103.
- Kamińska M, Brodowski J. Ocena zagrożenia niedożywieniem pacjentów w wieku podeszłym objętych podstawową opieką zdrowotną w kontekście ryzyka upadku. *Med Ogólna Nauki o Zdr* 2013; 19(4): 544–548.
- Humańska MA, Kędziora-Kornatowska K. Wpływ miejsca zamieszkania osób w podeszłym wieku na stan odżywiania się. *Gerontol Pol* 2009; 17(3): 126–128.
- Sheiham A, Steele JG, Marcenes W, et al. Relationship among dental status, nutrient intake, and nutritional status in older people. *J Dent Res* 2001; 80(2): 408.
- Waśkiewicz A, Sygnowska E, Broda G. Ocena stanu zdrowia i odżywienia osób w wieku powyżej 75 lat w populacji polskiej. Badanie Wobasz – Senior. *Brom Chem Toksykol* 2012; 3: 614–618.
- Kvamme JM, Holmen J, Wilsgaard T, et al. Body mass index and mortality in elderly men and women: the Tromso and HUNT studies. *J Epidemiol Community Health* 2012; 66(7): 611–617.
- Strugała M, Wieczorkowska-Tobis K. Ocena stanu odżywienia pacjentów Oddziału Geriatrycznego w kontekście ich sprawności funkcjonalnej. *Geriatrics* 2011; 5: 89–93.
- Chabros E, Charzewska J, Wajszczyk B, i wsp. Otyłość a styl życia kobiet w starszym wieku. *Post Nauk Med* 2011; 9: 739–744.
- Stawarska A, Tokarz A, Kolczewska M. Ocena ilościowa składników mineralnych i witamin w dietach ludzi starszych zrzeszonych w wybranych warszawskich stowarzyszeniach społecznych. *Brom Chem Toksykol* 2009; 2: 117–122.
- Krupińska E. Ocena ryzyka powstania odleżyn przy użyciu dostępnych skal – opis przypadku. *Probl Pielęg* 2012; 20(3): 380–384.
- Grey JE, Enoch S, Harding KG. *Odleżyny*. W: Grey JE, Harding KG, red. *Leczenie ran w praktyce*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2010.
- Sroka Z, Kozieł P, Walkiewicz K, i wsp. Zaburzenia stanu odżywienia u pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej. *Ann Acad Med Siles* 2016; 70: 24–32.
- Bońkowski K, Klich-Rączka A. Ciężka niesprawność czynnościowa osób starszych wyzwaniem dla opieki długoterminowej. *Gerontol Pol* 2007; 15(3): 97–103.
- Moore KL, Boscardin WJ, Steinman MA, et al. Patterns of chronic co-morbid medical conditions in older residents of U.S. nursing homes: differences between the sexes and across the agespan. *J Nutr Health Aging* 2014; 18: 429–436.
- Pitek E. Wielochorobowość u pensjonariuszy domu pomocy społecznej. *Piel Zdr Publ* 2012; 2(2): 95–101.
- Törmä J, Winblad U, Cederholm T, et al. Does undernutrition still prevail among nursing home residents? *Clin Nutr* 2013; 32: 562–568.
- Hirose T, Hasegawa J, Izawa S, et al. Accumulation of geriatric conditions is associated with poor nutritional status in dependent older people living in the community and in nursing homes. *Geriatr Gerontol Int* 2014; 14: 198–205.
- Donini LM, Neri B, De Chiara S, et al. Nutritional care in a nursing home in Italy. *PLoS ONE* 2013; 8(2): e55804.
- Kulnik D, Elmadafa I. Assessment of the nutritional situation of Elderly Nursing Home Residents in Vienna. *Ann Nutr Metab* 2008; 52(1): 51–53.
- Cereda E. Mini nutritional assessment. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2012; 15(1): 29–41.
- Gacek M. Zachowania żywieniowe grupy osób starszych zamieszkałych w Polsce i Niemczech. *Prob Hig Epidemiol* 2008; 89(3): 401–406.
- Wojszel ZB. Niedożywienie i dylematy leczenia żywieniowego w geriatry. *Post Nauk Med* 2011; 8: 649–657.
- Skokowska B, Dyk D, Miechowicz I. Ocena stanu odżywienia u chorych w wieku podeszłym leczonych operacyjnie. *Pielęg Chir Angiol* 2013; 2: 60–64.
- Groń A, Mrówczyńska E. Analiza czynników ryzyka występowania odleżyn u pacjentów oddziału opieki paliatywnej. *Med Paliat* 2012; 1: 24–32.

Adres do korespondencji:

Mgr Monika Dullek
ul. Bogedaina 27/15
41-500 Chorzów
Tel. 530 900 516
E-mail: monikachaber@gmail.com

Praca wpłynęła do Redakcji: 10.09.2015 r.

Po recenzji: 16.11.2015 r.

Zaakceptowano do druku: 20.11.2015 r.