Specyfika osób przebywających zakładach opieki długoterminowej

Pensjonariusze zakładów opieki długoterminowej stanowią szczególnie wrażliwą grupę osób z uwagi na specyficzne potrzeby, w tym żywieniowe. Charakteryzuje ich niepełnosprawność funkcjonalna, wielochorobowość, obarczenie niedożywieniem ilościowym i/lub jakościowym co prowadzi do niekorzystnych zmian we wszystkich narządach i układach organizmu pogarszając jakość oraz długość życia.

Liczne badania wskazują, że niedożywienie i ryzyko niedożywienia są związane z miejscem zamieszkania lub tymczasowego przebywania osób starszych. Problemem może być także występowanie nadwagi i otyłości wśród pensjonariuszy, które przyczyniają się do pogorszenia stanu zdrowia, jakości życia, a także zwiększają narażenie na zakażenia szpitalne.

W badaniu stanu odżywienia 243 osób przebywających w jednym z domów opieki w Wiedniu, stwierdzono, że jedynie niespełna 14% badanych charakteryzowała się prawidłowym stanem odżywienia ocenianym na podstawie kwestionariusza MNA (Mini Nutritional Assessment)[1]. Podobne rezultaty uzyskano w badaniu osób starszych przebywających w domach opieki w Iranie, gdzie prawidłowy stan odżywienia stwierdzono jedynie u 12,6% badanych[2].

Badania prowadzone w różnych krajach, wskazują, że niedożywienie oceniane skalą MNA najczęściej występowało u pacjentów hospitalizowanych (23%) i u pensjonariuszy domów opieki społecznej (21%). Ryzyko niedożywienia natomiast było wyższe u pacjentów domów opieki społecznej (51%) niż u pacjentów szpitali (46%)[3]. Ryzyko to było wyższe w stosunku do pacjentów mieszkających we własnych domach. Również w Polsce osoby przebywające w szpitalach oraz domach opieki społecznej są bardziej narażone na niedożywienie i ryzyko niedożywienia niż seniorzy mieszkający we własnych domach[4],[5].

Istotnym problemem w populacji geriatrycznej jest niedożywienie białkowo-energetyczne (protein-energy malnutrition - PEM). Proces starzenia wiąże się z nieuchronnym obniżaniem reakcji anabolicznej na posiłki zawierające pełnowartościowe białko. Wraz z wiekiem spada też stężenie karnityny niezbędnej do produkcji energii w mięśniach szkieletowych. Może to prowadzić do dysfunkcji mitochondriów, rozwoju sarkopenii i zespołu słabości (ang. frailty syndrome)[6]. Dokładne mechanizmy leżące u podstaw patogenezy sarkopenii, określanej jako niezamierzona wraz z wiekiem utrata masy i funkcji mięśni, nie są jeszcze do końca poznane. Uważa się, że stres oksydacyjny, przewlekle zapalenie czy zaburzenia związane z obniżoną wrażliwością na insulinę mogą odgrywać znaczącą rolę w jej rozwoju. Wśród przyczyn sarkopenii uwzględnia się również niedożywienie, co może być związane ze współwystępowaniem przewlekłych stanów chorobowych[7].

[1] Kulnik D, Elmadfa I. Assessment of the Nutritional Situation of Elderly Nursing Home Residents in Vienna Ann Nutr Metab 2008;52(suppl 1):51–53.

[2] Sakineh Nouri Saeidlou, et al. Assessment of the nutritional status of elderly. People living at nursing homes in northwest Iran. International journal of academic research. Vol. 3. No. 1. January, 2011, Part II

[3] Kvamme JM, et al. Body mass index and mortality in elderly men and women: the Tromsø and HUNT studies. J Epidemiol Community Health 2012;66(7):611-7

[4] Strugała M, Wieczorkowska-Tobis. Ocena stanu odżywienia pacjentów Oddziału Geriatrycznego w kontekście ich sprawności funkcjonalnej. Geriatria. 2011;(5):89-93

Zadanie finansowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020

[5] Humańska MA, Kędziora-Kornatowska K. Wpływ miejsca zamieszkania osób w podeszłym wieku na stan odżywiania się. Gerontol Pol 2009;17(3):126-8

[6] Piejko L. Zespół kruchości – wyzwanie w starzejącym się społeczeństwie. Hygeia Public Health 2016, 51(4): 329-334.

[7] Strzelecki A i wsp. Sarkopenia wieku podeszłego. Gerontologia Polska, tom19, nr 3–4, 134–145.

Adres źródła:https://dieta.wum.edu.pl/node/508#comment-0