

*Darja Gorjup Požnel, Brigita Skela Savič*

## Vloga zdravstvene nege pri prehranski ogroženosti starostnikov

### POVZETEK

Na dobro počutje in boljše zdravje ter ohranjanje samostojnosti v poznejših letih ima pomemben vpliv zdrava prehrana. Izbrana uravnorežena prehrana ob normalni prehranjenosti vzdržuje telesno in spoznavno funkcijo telesa. Vendar pa je prehranskim potrebam težje zadostiti zaradi fizioloških, psiholoških in socialnih sprememb, povezanih s staranjem. Te vplivajo na hrano, prehranski vnos in telesno maso. To pomeni, da imajo starejši ljudje povečano tveganje za podhranjenost. Varovalna prehrana je v starosti prvi korak k izboljšanju zdravja starejših. V povezavi s fizično aktivnostjo zmanjšuje tveganje in upočasnjuje napredovanje kroničnih nenalezljivih bolezni, s tem pa se kljub starosti ohranja kvaliteta življenja. Pri ocenjevanju prehranskih potreb starejših moramo upoštevati veliko različnih pristopov in starostnika obravnavati glede na njegovo splošno zdravstveno stanje in sposobnosti. Zato se pričakuje, da imajo medicinske sestre, ki so v neposredni interakciji s starostniki, ustrezno znanje za odkrivanje neustrezne prehranjenosti starostnikov, obenem pa so sposobne nuditi natančne, praktične in na dokazih temelječe nasvete za optimalen prehranski status starostnika.

**Ključne besede:** starostnik, prehranska ogroženost, zdravstvena nega

**AVTORICA:** **Darja Gorjup Požnel** je diplomirana medicinska sestra in diplomirana delovna terapevtka, zaposlena v Domu upokojencev Podbrdo. Je izredna študentka na programu druge stopnje zdravstvene nege na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice. Članek je nastal v okviru predmeta Na dokazih podprta zdravstvena nega, pod mentorstvom izr. prof. dr. Brigite Skela Savič.

### ABSTRACT

#### **Malnutrition of older people and role of nursing care**

On the well-being, better health and maintaining independence in later years healthy diet has a significant impact. Selected balanced diet with normal nutritional status maintains physical and cognitive functioning of the body. However, the nutritional needs become more complex due to physiological, psychological and social changes associated with aging and have the effect on food, food intake and body weight. This means that older people are at increased risk for malnutrition. Balanced diet in the old age is the first step towards improvement of health of older people. In conjunction with physical activity it reduces the risk and delays the progression of chronic non-communicable diseases while maintaining the quality of life in spite of age. In assessing the nutritional needs of older people we need to consider many different approaches and treat the older people according to their general state of health and abilities. It is therefore expected that nurses, who are in direct interaction with older people, have adequate knowledge that enables them to detect

inadequate nutrition of older people. Also, nurses are able to provide accurate, practical and evidence-based counselling for optimal nutritional status of the older people.

**Key words:** elderly, nutritional threat, nursing care

**AUTHOR:** Darja Gorjup Poženel is a registered nurse and a registered occupational therapist, working at an elderly home Podbrdo. She is student at College of nursing Jesenice in a 2nd bologna cycle nursing care study program. The article was written as a part of the subject Evidence-based practice in nursing under the mentorship of dr. Brigita Skela Savič, associate professor.

## 1. UVOD

Medicinske sestre imajo pri oskrbi starejših ključno vlogo, zato je pri delu s starostniki cilj zdravstvene nege doseči optimalno zdravje, dobro počutje in kakovost življenja (Nursing, 2006). Po Skela Savič, Zurc, Hvalič Touzery (2010) medicinske sestre starostniku nudijo temeljno oporo, da se glede na svoje psihološke in fiziološke spremembe v tretjem življenjskem obdobju novim življenjskim pogojem ustrezno prilagodi. Zdravo prehranjevanje je bistvenega pomena za splošno zdravje, neodvisnost in kakovost življenja pri starejših ljudeh (Davies, 2011). Zdrava prehrana obsega ustrezno hranljivo in energijsko vrednost zaužite hrane, pestro sestavo živil in ustrezne načine njihove priprave ter pravilen režim uživanja (Gregorič, 2010). Z zdravo prehrano želimo doseči čim boljšo prehranjenost starostnika ter preprečiti njegovo podhranjenost in s tem povezana komorbidna stanja (Volkert in dr., 2006; cit. po Cerovič in dr., 2008). S podaljševanjem pričakovane življenjske dobe naletimo tudi na težave pri zagotavljanju prehrane starostnikov. Zaradi številnih kroničnih obolenj se starostniki hkrati zdravijo z različnimi zdravili, ki lahko negativno vplivajo na prehranjevanje (Cerovič in dr., 2008). Prenizek ali prevelik vnos hranil pomeni dejavnik tveganja za zdrav način življenja (Neno in Neno, 2006). Podhranjenost lahko negativno vpliva na kakovost življenja, podaljša bivanje v bolnišnici ali negativno vpliva na rezultate zdravljenja (Dunne, 2009). Nacionalni inštitut za zdravje in klinično odličnost (NICE) Velike Britanije je sprejel smernice za prehransko podporo starejših in priporoča, da se vsi zdravstveni delavci, ki neposredno sodelujejo pri skrbi za starostnika, dodatno izobražujejo in usposabljujejo s programi o pomenu zagotavljanja ustrezne prehrane (Fletcher, Carey, 2011).

### 1.1 PODHRANJENOST IN PREHRANSKO PRESEJANJE PRI STAROSTNIKI V DOMSKEM VARSTVU

Zaradi številnih fizioloških sprememb, ki jih prinese starost (npr. manjši delež puste telesne mase; dejavniki, ki vplivajo na vnos tekočin in hrane), in številnih kroničnih obolenj je tveganje za razvoj podhranjenosti pri starostniku izredno veliko (Cerovič in dr., 2008). Evropska študija Seneca je dokazala malo podhranjenosti med zdravimi starostniki na domu, pri bolnih pa zelo visoko prevalenco proteinske energijske podhranjenosti s pomanjkanjem mikrohranil (De Groot in dr., 1991, 1996; cit. po Cerovič in dr., 2008). Harris, Davies, Ward, Haboubi (2008) in Merriman (2011) pa ugotavljajo, da je podhranjenost najbolj razširjena med hospitaliziranimi starostniki. Ta naj bi bila po raziskavi Suominen, Sandelin, Soini,

Pitkala (2009) kar 56,7 %, vendar so starostniki, ki živijo doma ali v raznih ustanovah, prav tako ogroženi.

Na nastanek podhranjenosti pri starostnikih vplivajo številni dejavniki (Burger, Kayser-Jones, 2000; cit. po Cerovič in dr., 2008). Ti so: poslabšanje okusa, vonja in apetita, motnje hranjenja (anoreksija), motnje požiranja (disfagija), pomanjkljivo zobovje, bolezni, povezane s starostjo, demenca, številna zdravila, socialna izolacija, nezmožnost samohranjenja, finančno pomanjkanje, čustveni problemi (depresija), zloraba starostnikov, starostna paranoja. V domovih za starostnike pa gre po Jordan (2006) razloge za podhranjenost starostnikov iskati v neustreznih prostorih za hranjenje (stanovalci nimajo možnosti jesti v jedilnici), slabi kakovosti hrane zaradi ekonomskih razlogov, neusposobljenemu osebju in preveč industrijsko pripravljenih obrokih.

Merriman (2011) poroča, da je med letoma 2005 in 2009 na območju Anglije in Walesa kar 650 starostnikov, ki so bili nastanjeni v domovih za starostnike, umrlo zaradi dehidracije in 157 zaradi podhranjenost. V domovih starejših občanov naj bi bilo podhranjenih kar 35 - 85 % starostnikov (Abassi, Rudman, 1994; cit. po Cerovič in dr., 2008). Kar Marriman (2011) navaja kot zaskrbljujoče, pa je dejstvo, da večina domov za starostnike ni seznanjena z nacionalnimi standardi za preprečevanje dehidracije in podhranjenosti pri starostnikih.

V celoviti, holistični zdravstveni negi v vseh obdobjih življenja morajo biti naše aktivnosti, ki so povezane s prehranjevanjem, usmerjene v prepoznavanje simptomov, ki lahko negativno vplivajo na prehrano starostnikov, ter v načrtovanje ukrepov, s katerimi lahko simptome odpravimo ali vsaj omilimo (Mlakar-Mastnak, 2006). V domu za starejše občane mora biti prehrana del splošne skrbi za starostnika. Prehransko presejanje starostnikov mora biti pogosto. Ukrepati moramo takoj, ko zaznamo odmik od normale (Volkert in dr., 2006, Kondrup in dr., 2002; cit. po Cerovič in dr., 2008). Presejanje za podhranjenost pri starostniku je pomembno, obstaja pa več načinov ugotavljanja stopnje podhranjenosti. To so: indeks telesne mase (BMI), meritve srednjega obsega roke, meritve koncentracije serumskih markerjev, npr. albuminov, ali orodja (testi), kot so *Mini Nutritional Assessment* (MNA) in *Malnutrition Universal Screening Tool* (MUST). Testi MNA, MUST, BMI in meritev srednjega obsega roke so testi z visoko specifičnostjo in so s starani *Royal College of Physicians in Royal College of Nursing* potrjeni za odkrivanje podhranjenosti pri starostniku (Harris, Davies, Ward, Haboubi, 2008). Prehransko presejanje izvajamo pri starostnikih enkrat na teden. Za presejanje prehranskega stanja starostnikov uporabljamo vprašalnik Mini prehranski pregled (MNA), katerega namen je prepoznati njihovo podhranjenost in nevarnost za nastanek podhranjenosti (Kondrup in dr., 2002; cit. po Cerovič in dr., 2008). Redna uporaba MNA lahko eden od dejavnikov, ki preprečuje podhranjenost (Johansson in dr., 2008).

## 2. METODE

Na osnovi teoretičnih izhodišč smo pri starostnikih nad 75 let, ki so v domskem varstvu želeli proučiti podhranjenost. V raziskavi smo si zastavili dva cilja. Ugotoviti smo želeli, kolikšen odstotek starostnikov v starosti nad 75 let je prehransko ogroženih in kateri dejavniki vplivajo na prehransko ogroženost pri starostnikih. Oblikovali smo naslednje hipoteze:

H1: Več kot polovica starostnikov nad 75 let, nastanjenih v domskem varstvu, je prehransko ogroženih.

H2: Prehranska ogroženost je statistično pomembno višja pri starostnikih, ki niso samostojni pri uživanju hrane.

H3: Obstaja statistično pomembna povezava med samooceno prehranjenosti starostnika in tveganjem za prehranski deficit.

V raziskavi je bila uporabljena deskriptivna raziskovalna metoda s kvantitativno analizo podatkov.

## 2.1 VZOREC

Uporabili smo namenski vzorec. V raziskavi so sodelovali starostniki javnega doma za starejše občane na Primorskem. Raziskava je potekala v mesecu aprilu 2012, sodelovalo je 117 starostnikov, ki so v letu 2012 dopolnili 75 let. Vzorec predstavlja 0,85 % starostnikov, ki so bili v letu 2010 vključeni v javne domove za starejše (Skupnost socialnih zavodov Slovenije, 2010). Vključeni so bili stari med 75 in 95 let, njihova povprečna starost pa je bila 85,0 let (SO+5,3). Od tega je bilo 78,6 % žensk. V starostni skupini med 75 in 84 let je bilo 31,6 % žensk in 12 % moških, v starosti nad 85 let pa 47 % žensk in 9,4 % moških.

## 2.2 INSTRUMENT

Za potrebe raziskave smo uporabili standardiziran vprašalnik *Mini Nutritional Assessment* (© Nestlé, 1994) oziroma slovenski prevod Mini prehranska anamneza (Horvat, 2008). Vprašalnik je razdeljen na dva dela, in sicer na Orientacijski test, ki obsega 6 vprašanj in Ugotavljanje stanja z 12 vprašanji, ki se točkovno vrednotijo.

Zanesljivost vprašalnika smo potrjevali z metodo analize notranje konsistentnosti – Cronbachov koeficient alfa, ki je za celotni test znašal 0,512, kar pomeni slabo zanesljivost.

## 2.3 POTEK RAZISKAVE IN OBDELAVA PODATKOV

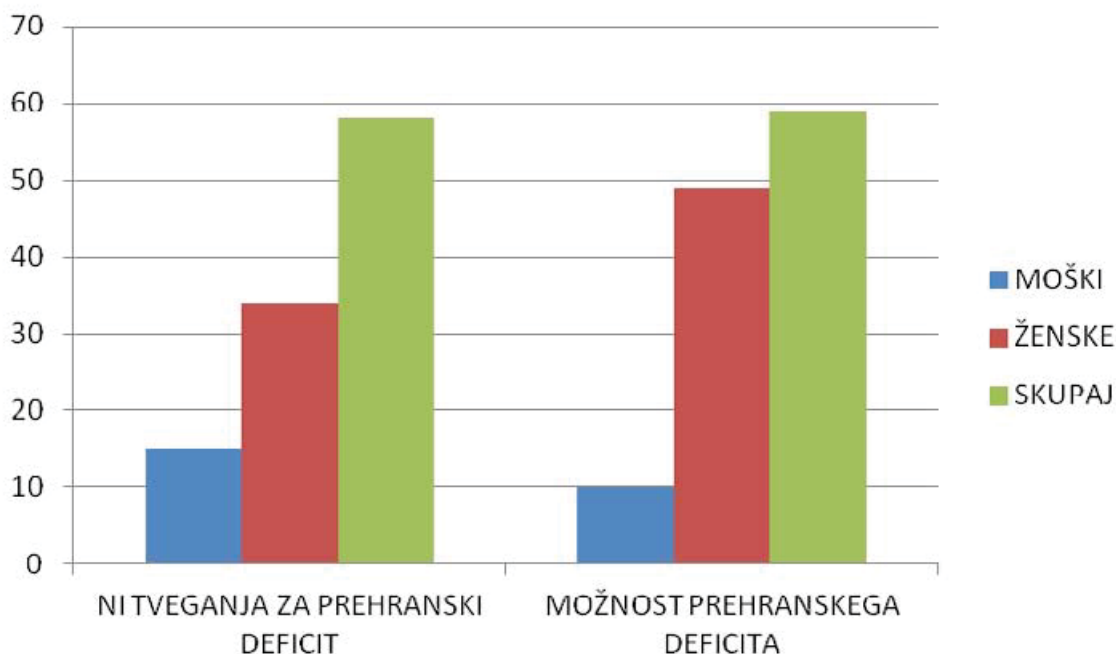
Zbiranje podatkov za raziskavo je bilo opravljeno skladno z načeli Kodeksa medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, za izvedbo raziskave smo pridobili pisno dovoljenje vodstva socialno-varstvenega zavoda. Podatke smo obdelali s statističnim računalniškim programom SPSS 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL). Raziskovalni vzorec starostnikov je bil opisan na podlagi frekvenčne in odstotne porazdelitve ali povprečne vrednosti in standardnega odklona. Hipoteze so se potrjevale na podlagi hi-kvadrat testa in Pearsonovega koeficienta ranga korelacije. Kot kriterij za statistično pomembnost smo upoštevali še vrednosti na ravni 5 % tveganja ali manj ( $p < 0,05$ ).

## 3. REZULTATI

V prvi del raziskave, to je Orientacijski test, so bili vključeni vsi stanovalci. Od 117 stanovalcev, jih je 32,5 % vezanih na posteljo ali voziček, 39,3 % jih ima težjo obliko demence in depresije. Indeks telesne mase stanovalcev je v razponu med 17,3 in 44,4 s povprečno vrednostjo 27,0 in standardnim odklonom + 5,4 in je kar pri 76,9 % stanovalcev višji od 23. Rezultati Orientacijskega testa so pokazali, da je prehranjenost pri 58 (49,6 %) starostnikov

normalna in pri njih ni tveganja za prehranski deficit, zato smo pri njih zaključili z vprašalnikom. Možen prehranski deficit pa je imelo 59 (50,4 %) starostnikov, od tega 10 moških in 49 žensk, kar je prikazano na Sliki 1.

**Slika 1:** Prehranska ogroženost glede na orientacijski test po spolu



V drugem delu raziskave pa so sodelovali samo tisti starostniki (n= 59), pri katerih je bilo z Orientacijskim testom ugotovljeno, da pri njih obstaja nevarnost prehranskega deficita. Vsi stanovanjci zaužijejo tri polne obroke dnevno, od tega vsaj en obrok dnevno, ki vsebuje mlečne izdelke (mleko, sir, jogurt), dva ali več obrokov tedensko, ki vsebujejo stročnice ali jajce, ter meso, ribe ali perutnino vsak dan. Prav tako vsi stanovanjci z obroki dnevno zaužijejo dvakrat ali večkrat sadje ali zelenjavo in popijejo med 3 in 5 skodelic tekočine (voda, sok, kava, čaj, mleko). Ugotovljeno je bilo, da se med starostniki, pri katerih obstaja nevarnost prehranskega deficita, samostojno brez težav prehranjuje 64,4 % stanovanjcev, od tega 10,2 % moških in 54,2 % žensk. Hrane brez pomoči ne more zaužiti 25,4 % stanovanjcev, od tega je 13,3 % moških in 86,7 % žensk. Rezultati Orientacijskega testa dokazujejo, da so se starostniki, ki so v nevarnosti prehranskega deficita lahko samostojno prehranjevali brez težav v 86,8 %, v primeru prehranskega deficita, pa je ta odstotek znašal le še 23,8 %. Pri analizi razlik med prehransko ogroženostjo in načinom uživanja hrane smo uporabili Hi-kvadrat test, ki je pokazal statistično pomembno razliko med prehransko ogroženostjo in stopnjo samostojnosti pri uživanju hrane (hi-kvadrat= 23,774;  $p < 0,001$ ).

Pri oceni svojega stanja prehranjenosti se 6,8 % moških in 15,4 % žensk vidi kot podhranjene, 2 moška in 18 žensk pa ni gotovih glede svojega stanja prehranjenosti. Pearsonov koeficient ranga korelacije je pokazal, da obstaja visoka statistično pomembna negativna povezava med tveganjem za prehranski deficit in samooceno prehranjenosti ( $r=0,623$ ;  $p < 0,01$ ). To nam kaže, da so tisti starostniki, ki imajo prehranski deficit, ocenili svoje stanje



prehranjenosti slabše, kot tisti, ki prehranskega deficita nimajo. Samoocena zdravstvenega stanja v primerjavi z drugimi iste starostne skupine pa je pokazala, da je 23,7 % starostnikov mnenja, da je le to slabše, 40,7 % jih je mnenja, da je primerljivo, 32,2 % jih ne ve in le 3,4 %, ki so izključno ženskega spola, jih je mnenja, da je boljše.

Rezultati Mini Prehranske Anamneze (MNA) kažejo, da pri 58 (49,6 %) stanovalcih ni tveganja za prehranski deficit, pri 38 (32,5 %) stanovalcih obstaja nevarnost prehranskega deficita in da je pri 21 (17,9 %) stanovalcih prehranski deficit prisoten (hi-kvadrat= 49,371;  $p < 0,001$ ). Razlike med spoloma glede na rezultate MNA so prikazane v Tabeli 1.

**Tabela 1:** Razlike med spoloma glede ocene prehranjenosti

Tveganje za prehransko ogroženost glede na spol					
			Spol		Skupaj
			m	ž	
tveganje	Brez tveganja	Empirične frekvence	15	43	58
		% znotraj tveganja	25,9 %	74,1 %	100,0 %
		% znotraj spola	60,0 %	46,7 %	49,6 %
		Skupaj (%)	12,8 %	36,8 %	49,6 %
	Nevarnost prehranskega deficita	Empirične frekvence	5	33	38
		% znotraj tveganja	13,2 %	86,8%	100,0 %
		% znotraj spola	20,0 %	35,9%	32,5 %
		Skupaj (%)	4,3 %	28,2%	32,5 %
	Prehranski deficit	Empirične frekvence	5	16	21
		% znotraj tveganja	23,8 %	76,2%	100,0 %
		% znotraj spola	20,0 %	17,4%	17,9 %
		Skupaj (%)	4,3 %	13,7%	17,9 %
Skupaj	Empirične frekvence	25	92	117	
	% znotraj tveganja	21,4 %	78,6 %	100,0 %	
	% znotraj spola	100,0 %	100,0 %	100,0 %	
	Skupaj (%)	21,4 %	78,6 %	100,0 %	

Prehranski deficit so v povprečju imeli najstarejši starostniki s povprečno starostjo 86,2 leta, brez prehranskega deficita pa so bili v povprečju starostniki s 84,0 let povprečne starosti. Eno-faktorska analiza variance ni pokazala statistično pomembnih razlik v stopnji prehranske ogroženosti glede na povprečno starost ( $F = 2,185$ ;  $p = 0,117$ ). V povprečju imajo ženske večje tveganje za prehranski deficit od moških, vendar z eno-faktorsko analizo variance nismo uspeli dokazati statistično pomembnih razlik med spoloma ( $F = 0,382$ ;  $p = 0,538$ ).

#### 4. RAZPRAVA

Ustrezne prehranske navade, redna gibalna aktivnost, skrb za duševno zdravje in preventiva pred poškodbami lokomotorne aparata so po Zurc (2010) področja, na katerih naj sloni promocija zdravja in primarna zdravstvena vzgoja starostne populacije nad 65 let.

Z raziskavo smo potrdili našo hipotezo, da obstaja statistično pomembna razlika med stopnjo samostojnosti pri uživanju hrane in prehransko ogroženostjo starostnikov. Ti rezultati so primerljivi z drugimi raziskavami, saj med najbolj statistično pomembne prehranske dejavnike tveganja, ki se pojavljajo pri več kot polovici prehransko ogroženih, Kulnik in Elmadfa (2008) uvrščata telesno gibljivost, depresijo in duševne/kognitivne motnje ter stopnjo samostojnosti pri uživanju hrane. Japonska študija (Iizaka in dr., 2008) s tveganjem za podhranjenost pri starostniku povezuje tudi nižjo samooceno prehranskega statusa. Dokazali smo, da obstaja visoka, statistično pomembna negativna povezava med samooceno prehranjenosti in podhranjenostjo. Študija, ki je primerjala razmerje medsebojne odvisnosti med oceno prehranskega statusa in oceno funkcionalnega stanja, je pokazala tudi obratno povezavo, in sicer, da podhranjenost vpliva tudi na stopnjo samooskrbe. To pomeni, da so podhranjeni starostniki dosegli slabše rezultate pri Testu dnevnih aktivnosti (ADL), ki vključuje oceno samostojnosti starostnika pri hranjenju, oblačenju, odvajanju, gibanju, uporabi kopalnice in socialnih stikih (Oliveira, Fogaça in Leandro-Merhi, 2009).

Čeprav številne raziskave potrjujejo, da podhranjenost pri starejših narašča in da je z uporabo preprostih orodij mogoče podhranjenost pri starejših, zlasti hospitaliziranih in tistih, ki so nastanjeni v institucijah, dokaj enostavno odkriti, pa Persenius s sodelavci (2008) ugotavlja, da ocenjevanje prehranskega statusa starejših ni rutinsko. Razlogi za to so v nepoznavanju smernic za zdravo prehranjevanje starostnikov in nepoznavanju orodij za oceno prehranskega statusa starostnika. Zaskrbljujoč je podatek, ki ga navaja Suominen s sodelavci (2009), da so medicinske sestre v bolnišnici za podaljšano zdravljenje v Helsinkih med 1034 starostniki zaznale podhranjenost le pri 15,2 % od 56,7 % podhranjenih starostnikov. Unruh in Fottler (2005, cit. po Shipman in Hooten, 2007) sta ugotovila, da sta podhranjenost in dehidracija pri starostnikih v institucijah pogosto posledica premajhnega števila zaposlenih. Posebej v domovih za starostnike podobno ugotavljajo tudi Biles in ostali (2003; cit. po Shipman, Hooten, 2007), ki pozivajo institucije, da zagotovijo ustrezno število zaposlenih, ki bodo omogočili ustrezno prehrano in hidracijo stanovalcem domov. Kronično pomanjkanje zaposlenih v domovih in posledično visoka pojavnost dehidracije in podhranjenosti skupaj prispevajo k tihi epidemiji. Ko stanovalcem zaradi nezadostnega števila osebja niso zagotovljene osnovne pravice glede ustrezne prehrane in hidracije, postane to tudi etično vprašanje za zdravstveno nego. Raziskave je pokazala, da neustrezna kadrovska zasedba predstavlja povečano tveganje za zdravje starostnikov v domovih, zato je po Shipman, Hooten (2007) čas, da začnejo medicinske sestre izrazito lobirati za izboljšanje kadrovskih standardov. Kobe (2006, cit. po Fletcher, Carey, 2011) je izvedla opisno študijo, katere namen je bil raziskati prehransko znanje, odnos in prakso medicinskih sester v Keniji pri odkrivanju podhranjenosti pri starostnikih. Ugotovila je, da je znanje medicinskih sester slabo, zlasti glede osnov zdrave in klinične prehrane. Zato meni, da je potreben večji poudarek na tovrstnem izobraževanju o prehrani med usposabljanjem medicinskih sester na dodiplomski ravni. V podobni raziskavi, ki sta jo Fletcher in Carey (2011) izvedli na Irskem, pa je ugotovljena razlika med pridobljenim znanjem in njegovim prenosom v klinično prakso. Raja in sodelavci (2008) so ugotovili, da na to, kako medicinske sestre ocenjujejo starostnike glede podhranjenosti, vpliva veliko dejavnikov. Nivo znanja in spretnosti sta bili glavni oviri za učinkovito pregledovanje. To kaže na potrebo za indukcijo programov za nove zaposlene, stalno izobraževanje in dostopnost povratnih informacij za medicinske sestre o presejalnih

postopkih za starostnike, ki se soočajo s podhranjenostjo. Priporočljivo je, da se vse to doseže na praksi, ki je podprta z dokazi. Na dokazih podprt pristop v gerontološki zdravstveni negi je med drugimi tudi spremljanje zaužite hrane in tekočine, uporaba umetnega zobovja (Kleinpell, 2007; Mezey in dr., 2004; Fulmer in dr., 2005; cit. po Skela Savič, Zurc, Hvalič Touzery, 2010), zato je naloga medicinske sestre na področju gerontološke zdravstvene nege in oskrbe tudi vodenje obsežnega ocenjevanja potreb starostnika, načrt aktivnosti za ugotovljene deficite pri dnevni življenjskih aktivnostih, skrb za varnost, opazovanje učinkov izvedenih aktivnosti in intervencij (Kleinpell, Kannusamy, 2010; cit. po Skela Savič, Zurc, Hvalič Touzery, 2010).

Podhranjenost je pogosta težava med starostniki in ima lahko številne posledice. Prepoznavanje podhranjenosti pri starostnikih in dvig ozaveščenosti o podhranjenosti je odgovornost vseh zdravstvenih delavcev in naj bi bilo del kliničnega procesa. Multidisciplinarno delo na tem področju je ključnega pomena za ustrezne prehranske intervencije, s katerimi bi zmanjšali podhranjenost (Dunne, 2008). Glavne medicinske sestre in medicinske sestre imajo odgovornost za določitev podhranjenih starostnikov in tistih, ki jim podhranjenost grozi. Večina medicinskih sester že sedaj redno dokumentira slabost/bruhanje, nezmožnost hranjenja in pitja, drisko in težave pri žvečenju in požiranju, medtem ko sta energijski vnos in indeks telesne mase redko dokumentirana. Ocenjevanje in dokumentiranje prehranskega stanja starostnika je treba redno izvajati na bolj strukturiran način (Persenius in dr., 2008). Za uspešno in zdravo staranje so pomembni socialni, biološki, psihološki, duševni, kulturni in okoljski dejavniki. Končni cilj je vsem starostnikom v družbi omogočiti, da bodo odločali o svojem zdravju, ga spoštovali, promovirali in razvijali ter skrbeli za svoje splošno dobro počutje (Skela Savič, Zurc, Hvalič Touzery, 2010).

Raziskava je bila glede na populacijo izvedena na zelo majhnem vzorcu, kar nam onemogoča kakršnokoli posploševanje rezultatov na večino starostnikov nad 75 let v domskem varstvu, dodatno omejitev posploševanja rezultatov pa predstavlja nizka zanesljivost vprašalnika.

## 5. ZAKLJUČEK

Staranje je proces, ki ga doživi vsako živo bitje in ob tem se dogajajo spremembe, ki se odražajo tako na biološkem kot na socialnem in psihološkem področju. Starejši ljudje so tudi zato bolj ranljiva skupina v populaciji in potrebujejo bolj individualiziran pristop pri ohranjanju in izboljšanju svojih sposobnosti. Način prehranjevanja lahko pri starostniku deluje kot dejavnik tveganja, ki zdravje ogroža, ali kot zaščitni dejavnik, ki zdravje krepi in lahko starostniku izboljša kvaliteto življenja. Dnevne energetske potrebe starostnika so odvisne od njegove starosti in spola, telesne mase in višine, nanje pa vpliva tudi stanje prehranjenosti in fizična aktivnost. Podhranjenost je med starostniki pogosta težava in ima lahko številne posledice, zato je prepoznavanje podhranjenosti pri starostnikih tudi odgovornost medicinskih sester.

### LITERATURA

Cerović Ognjen, Hren Irena, Knap Bojan, Kompan Lidija, Lainščak Mitja, et al (2008). Priporočila za prehransko obravnavo bolnikov v bolnišnicah in starostnikov v domovih za starejše občane.

Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

Davies Nicola (2011). Promoting healthy ageing: the importance of lifestyle. *Nurs Stand* 2011;25(19):43-9.



- Dunne Annette (2009). A practical guide to managing the malnourished patient. *Nursing & Residential Care*; 11(12): 594-8.
- Dunne Annette (2008). Malnutrition and the older adult: care planning and management. *British Journal of Nursing*; 17(20): 1269-73.
- Ferreira Lúcio Studer, Nascimento Luiz Fernando, Marucci Maria de Fátima Nunes (2008). Use of the mini nutritional assessment tool in elderly people from long-term institutions of southeast of Brazil. *J Nutr Health Aging*; 12(3): 213-7.
- Fletcher Antoinette, Carey Eileen (2011). Knowledge, attitudes and practices in the provision Of nutritional care. *British Journal of Nursing*; 20(10): 615-20.
- Gregorič Matej (2010). Prehrana in prehranjevalne navade. In: Hočevar Grom A. *Zdravje v Sloveniji*. Ljubljana: IVZ; 2010: 31-2.
- Harris Dylan et al (2008). An observational study of screening for malnutrition in elderly people living in sheltered accommodation. *J Hum Nutr Diet*; 21: 3-9.
- Iizaka Shinji, Tadaka Etsuko, Sanada Hiromi (2008). Comprehensive assessment of nutritional status and associated factors in the healthy, community-dwelling elderly. *Geriatr Gerontol Int*; 8: 24-31.
- Johansson Yvonne et al (2008). Malnutrition in a home-living older population: prevalence, incidence and risk factors. A prospective study. *Journal of Clinical Nursing*; 18:1354-64.
- Jordan Mary (2006). Improving nutritional care in older people. *Nursing & Residential Care*; 8(12): 552-4.
- Kulnik Daniela, Elmadfa Ibrahim (2008). Assessment of the Nutritional Situation of Elderly Nursing Home Residents in Vienna. *Ann Nutr Metab*; 52(1): 51-3.
- Merriman Sheila (2011). Are you effectively monitoring and supplementing food? *Nursing & Residential Care*; 13(11): 527-9.
- Mlakar-Mastnak Denis (2006). Obravnava simptoma utrujenost in prehrana z vidika paliativne zdravstvene nege. *Obzor Zdr N*; 40: 37-42.
- Neno Rebecca, Neno Marcus (2006). Promoting a healthy diet for older people in the community. *Nurs Stand*; 20(29): 59-65.
- Nursing care of the older person: position statement (2006). Geneva: International Council of Nurses 1-2. Dostopno na: [http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position\\_statements/A15\\_Nsg\\_Care\\_Older\\_Person.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/A15_Nsg_Care_Older_Person.pdf) (26. 8. 2012).
- Persenius Mona Wentzel, Hall-Lord Marie-Louise, Bååth Carina, Larsson Henrik BW (2008). Assessment and documentation of patients' nutritional status: perceptions of registered nurses and their chief nurses. *J Clin Nurs*; 17(16): 2125-36.
- Raja Rubina et al (2008). Nurses' views and practices regarding use of validated nutrition screening tools. *Aust J Adv Nurs*; 26(1): 26-33.
- Shipman Debra, Hooten Jack (2007). Are nursing homes adequately staffed? The silent epidemic of malnutrition and dehydration in nursing home residents. Until mandatory staffing standards are created and enforced, residents are at risk. *J Gerontol Nurs*; 33(7):15-8.
- Skela Savič Brigita, Zurc Joca, Hvalič Touzery Simona (2010). Staranje populacije, potrebe starostnikov in nekateri izzivi za zdravstveno nego. *Obzor Zdr N*; 44(2):89-100.
- Suominen Merja H, Kivisto Sari Marjut, Pitkala Kaisu H (2007). The effects of nutrition Education on professionals' practice and on the nutrition of aged residents in dementia wards. *European Journal of Clinical Nutrition*; 61: 1226-32.
- Zurc Joca (2010). Človekovo zdravje in razvoj. In: Skela Savič B, Kučič BM, Filej B, Skinder Savič K, Romih K, Pivač S, et al., eds. *Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege: izbrana poglavja*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego: 40.

### **Kontaktne informacije:**

**Darja Gorjup Požanel**

Dom upokojencev Podbrdo, enota Tolmin

Gregorčičeva 32, 5220 Tolmin

e-naslov: darjagp@gmail.com