

Kamilla Mitura¹

¹ Absolwent kierunku Pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Mikołaja Kopernika Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy

OCENA STANU ODŻYWIENIA SENIORÓW WEDŁUG SKALI SGA NA PRZYKŁADZIE PACJENTÓW ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO

Evaluation of the state of feeding seniors up according to the SGA scale on the example of nursing home residents

Streszczenie

Wstęp

Ważnym czynnikiem mającym wpływ na komfort życia seniorów jest ich stan odżywienia. Zgodnie z zaleceniami ocena stanu odżywienia powinna być prowadzona co 6 miesięcy u pacjentów umiarkowanie niedożywionych i co 3 miesiące u znacznie niedożywionych. Ocena pozwoliłaby na wczesną reakcję terapeutyczną mającą na celu redukcję czynników ryzyka, interwencję żywieniową, poradnictwo dietetyczne.

Cel

Celem przeprowadzonego badania było określenie stanu odżywienia seniorów przebywających w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym.

Material i metody

Badaniem objęto 94 pacjentów. Średnia wieku seniorów wynosiła 78 lat, a wiek maksymalny-98 lat. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego i metodę szacowania, technikę ankietową z wykorzystaniem skali Subiektywnej Globalnej Oceny Stanu Odżywienia (SGA).

Wyniki

Prawidłowy stan odżywienia stwierdzono u 76 (80,9%) pacjentów, podejrzenie niedożywienia lub niedożywienie średniego stopnia odnotowano w przypadku 15 (16%) osób, a wyniszczenie u 3 (3,2%) chorych.

Wnioski

Subiektywna globalna ocena stanu odżywienia i wyniki z nią związane sugerują, że pielęgniarka opiekująca się pacjentem opieki długoterminowej – seniorem wykonuje świadczenia związane z diagnostyką, leczeniem niedowagi i nadwagi oraz musi dysponować wiedzą związaną z leczeniem diety przemysłową.

Słowa kluczowe: opieka długoterminowa, pacjent, pielęgniarka.

Summary

Introduction

Their state of feeding up is an important factor affecting the comfort of the life of seniors. According to recommendations the evaluation of the state of feeding up should be led every 6 months at patients in moderation undernourished well 3 months at much undernourished. The evaluation would allow for early therapeutic reaction being aimed at a reduction in risk factors, dietary intervention, dietetic counselling.

The aim

Determining the state of feeding seniors of nursing home residents was an aim of the conducted examination.

Material and methods

94 patients were provided with the examination. The average of the age of seniors amounted to 78 years, but the maks. 98 age of years. A method of the diagnostic survey and a method of estimating were applied, survey technique with exploiting the Subjective Global Assessment of the State of feeding up (SGA).

Results

The correct state of feeding up was stated at 76 (80.9%) patients, the suspicion of the undernourishment or the undernourishment of the average rank were seen in case 15 (16%) of persons, and cachexia at 3 (3.2%) of sick persons.

Conclusions

The subjective global assessment of the state of nourishing oneself and results associated with her are suggesting, that nurse looking the patient of the long-term care after - with senior is carrying benefits connected with diagnostics out, with curing the underweight and the excess weight and must have a knowledge connected with the diet therapy at his disposal industrial.

Key words: long-term care, patient, nurse

Wstęp

Opieka długoterminowa to stosunkowo nowy sektor ochrony zdrowia, sektor, który wypełnia lukę powstałą w tym systemie. Dłuższy przeciętnie okres trwania życia i jednoczesny wzrost osób z niepełnosprawnością, przewlekłymi chorobami sprawia, że nawarstwiają się problemy zdrowotne i społeczne kształtują pacjenta opieki długoterminowej.

Ważnym czynnikiem mającym wpływ na komfort życia pacjentów, szczególnie seniorów jest ich stan odżywienia, a więc właściwa podaż energii, białka, elektrolitów i witamin [Czekalski i wsp. 2011; Małgorzewicz, Kaczkan 2009; Rutkowski 2010].

Zgodnie z zaleceniami ocena stanu odżywienia powinna być prowadzona co 6 miesięcy, u pacjentów umiarkowanie niedożywionych i co 3 miesiące u znacznie niedożywionych. Ocena pozwoliłaby na wczesną reakcję terapeutyczną mającą na celu redukcję czynników ryzyka, interwencję żywieniową, poradnictwo dietetyczne [Pietrzyk 2010; Pluta i wsp. 2014].

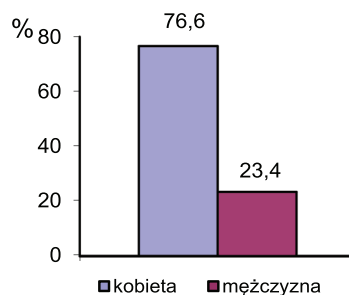
Cel

Celem przeprowadzonego badania było określenie stanu odżywienia seniorów przebywających w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym.

Material i metody

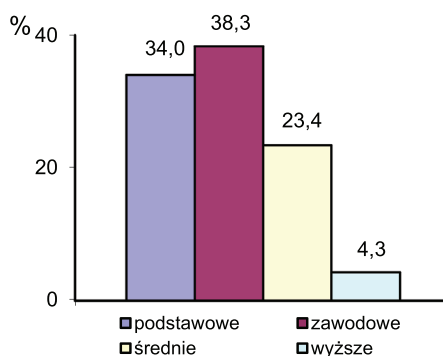
Badaniem objęto w 2017 r., po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej, 94 pacjentów zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego Średnia wieku seniorów wynosiła 78 lat, a wiek maksymalny-98 lat. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego i metodę szacowania, technikę ankietową z wykorzystaniem skali Subiektywnej Globalnej Oceny Stanu Odżywienia (SGA). Współzależność pomiędzy dwiema zmiennymi, obliczono za pomocą współczynnika korelacji R Spearmana.

W badanej grupie dominowały kobiety – 72 osoby (76,6%) (Ryc. 1).



Ryc. 1 Rozkład płci badanych
Fig. 1 Disintegration of the sex examined

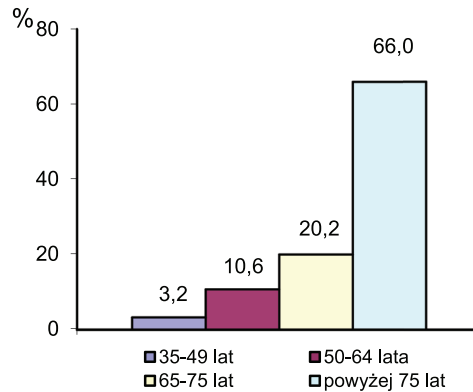
Najliczniejszą grupę stanowili badani z wykształceniem zawodowym – 36 osób (38,3%) oraz wykształceniem podstawowym – 32 osoby (34,0%), a najmniej liczną z wykształceniem wyższym – 4 osoby (4,3%). Do celów dalszej analizy badani z wykształceniem wyższym ze względu na liczebność połączeni z grupą wykształcenia średniego (Ryc. 2).



Ryc. 2 Rozkład wykształcenia badanych
Fig. 2 Schedule of the education examined

Średnia wieku badanych wyniosła 77,7 lat. Odchylenie standardowe stanowiło ponad 15,8% wartości średniej, co świadczy o przeciętnym zróżnicowaniu wiekowym. Średnio starszymi okazały się kobiety – średnia 80,3 lat, przy średniej wieku mężczyzn – 69,2 lat. Wiek minimalny zbliżony, niższy w grupie kobiet (40 lat), maksymalny zróżnicowany, wyższy również w grupie kobiet (98 lat).

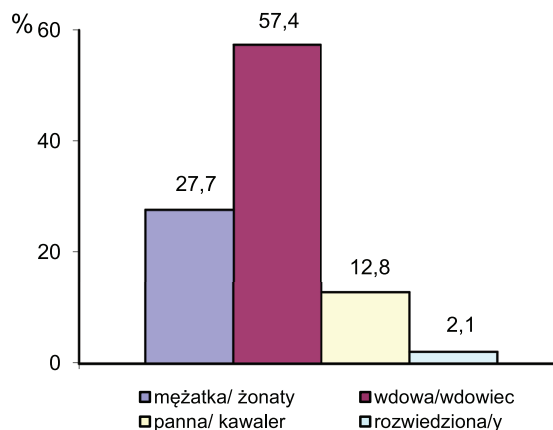
Wśród badanych dominowały osoby w wieku powyżej 75 lat - 62 osoby (66,0%). Najslabiej reprezentowana była grupa wiekowa 35-49 lat – 3 osoby (3,2%). Do celów dalszej analizy badani tej grupy ze względu na liczebność, zostali połączeni z grupą wiekową 50-64 lata (Ryc. 3).



Ryc. 3 Rozkład grup wiekowych
Fig. 3 Disintegration of age groups

Zdecydowana większość badanych mieszkała w mieście – 76 osób (80,9).

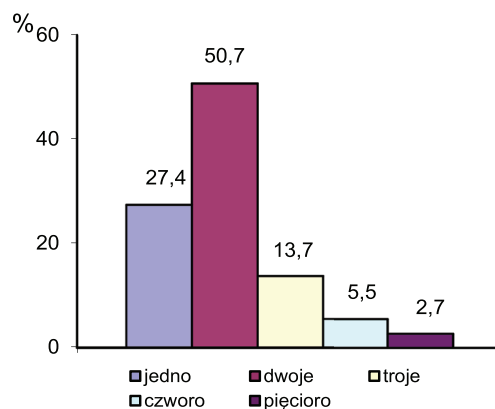
Najliczniejszą grupę stanowili badani owdowiali – 54 osoby (57,4%). Najmniej liczną rozwiedzeni – 2 osoby (2,1%) (Ryc. 4).



Ryc. 4 Rozkład stanu cywilnego
Fig. 4 Disintegration of the marital status

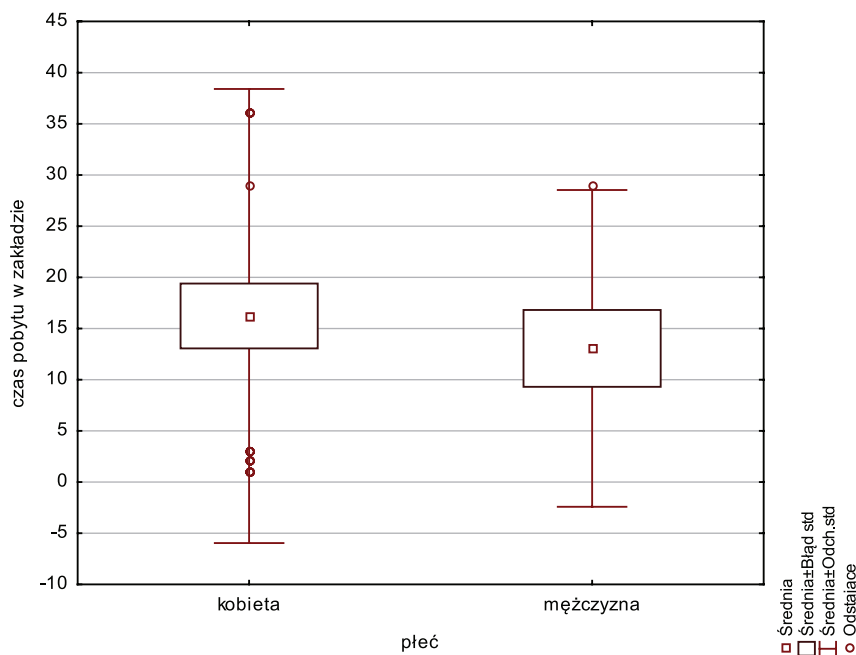
Większość badanych wskazała, że posiada dzieci – 73 osoby (77,7%).

Najliczniejszą grupę stanowili badani mający dwoje dzieci – 37 osób (50,7%) lub jedno dziecko – 20 osób (27,4%). Najmniej liczna grupa to badani posiadający pięcioro dzieci – 2 osoby (2,7%) (Ryc. 5).



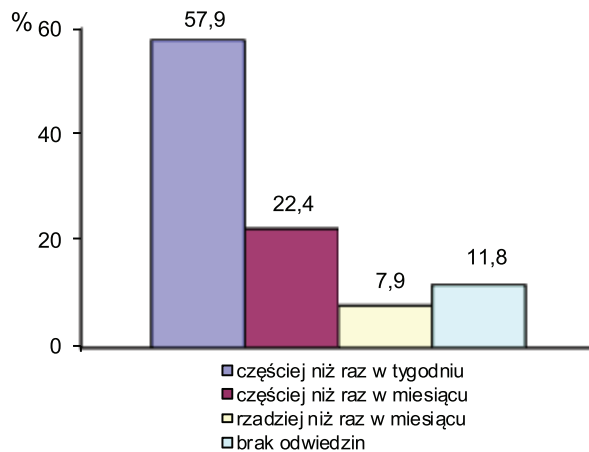
Ryc. 5 Rozkład liczby posiadanych dzieci
Fig. 5 Disintegration of the number of had children

Czas pobytu w zakładzie odnotowano w przypadku 76 badanych. Średnia czasu pobytu w zakładzie wyniosła 14,7 miesiąca. Średnio dłużej w zakładzie przebywały kobiety ze średnią – 15,6 miesiąca, przy średniej w grupie mężczyzn – 12,2 miesiąca. Minimalny okres pobytu w zakładzie identyczny (1 miesiąc), maksymalny zróżnicowany, dłuższy w grupie kobiet (120 miesięcy) (Ryc. 6).



Ryc. 6 Rozkład średnich czasu pobytu w zakładzie w grupach płci /miesiące/
 Fig. 6 Disintegration of averages of the time of the stay in the unit in groups of the sex / month/s

Najliczniejszą grupę stanowili badani, odwiedzani w zakładzie częściej niż raz w tygodniu – 44 osoby (57,9%). Najmniej liczną odwiedzani rzadziej niż raz w miesiącu – 6 osób (7,9%). W przypadku – 9 osób (11,8%), nie odnotowano odwiedzin (Ryc. 7).



Ryc. 7 Rozkład liczby odwiedzin
 Fig. 7 Disintegration of the number of the visit

Pacjentów objętych badaniem ankietowym charakteryzuje wielochorobowość (Tab. 1).

Tab. 1 Choroby współistniejące
 Tbl. 1 Complication

choroby	N	%
afazja mieszana	3	0,8
alkoholowe uszkodzenie wątroby	1	0,3
anemia	1	0,3
bakteriuria bezobjawowa	1	0,3
choroba Alzheimera	9	2,5

choroby	N	%
choroba nerek	1	0,3
choroba niedokrwienne serca	11	3,1
choroba Parkinsona	4	1,1
choroba reumatyczna	1	0,3
choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy	1	0,3
cukrzyca	29	8,1
częstoskurcz nadkomorowy	1	0,3
częstoskurcz przedsionkowy	1	0,3
demencja starcza	1	0,3
depresja	4	1,1
dysfagia	9	2,5
dyskopatia	1	0,3
głęboki niedowład prawostronny jako następstwo przebytych udarów mózgu i zawału mózgu	1	0,3
guz kątniczy	1	0,3
hipercholesterolemia	4	1,1
hiperlipidemia	2	0,6
hiperurykemia	1	0,3
hipokalcemia	3	0,8
kamica nerkowa	2	0,6
kamica pęcherza żółciowego	2	0,6
kardiopatia	3	0,8
krwiaki podtwardówkowe obustronne	1	0,3
łuszczyca	2	0,6
małopłytkowość	1	0,3
martwica naczyń	1	0,3
martwica palca stopy lewej	1	0,3
miażdżycy	14	3,9
migotanie przedsionków	5	1,4
nadciśnienie	49	13,6
nawracające zakażenie przewodu moczowego	1	0,3
niedoczynność tarczycy	2	0,6
niedokrwistość	3	0,8
niedomykalność zastawki	1	0,3
niedowład kończyn dolnych	1	0,3
niedowład lewostronny	8	2,2
niedowład prawostronny	5	1,4
niedrożność żył szyjnych	1	0,3
nietrzymanie moczu i stolca	17	4,7
niewydolność tarczycy	1	0,3
niewydolność krążenia	5	1,4
niewydolność nerek	5	1,4
niewydolność serca	2	0,6
odleżyna	1	0,3
odrętwienie naczyniowe	1	0,3
osteoporoza	1	0,3
otępienie mieszane	4	1,1
otępienie naczyniopochodne	8	2,2
otępienie z ciałami Lewego	1	0,3

Ocena stanu odżywienia seniorów według skali SGA na przykładzie pacjentów Zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego

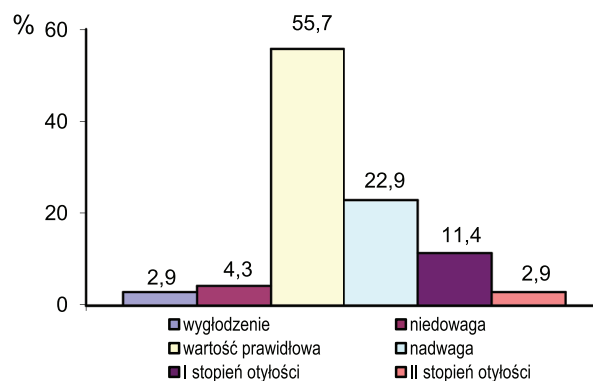
choroby	N	%
otyłość	4	1,1
owrzodzenie podudzia	1	0,3
padaczka	8	2,2
PEG	3	0,8
POCHP	3	0,8
porażenie barku	1	0,3
porażenie połowicze prawostronne	2	0,6
postępujące porażenie	1	0,3
prostata	1	0,3
przebyta zatorowość płuc	1	0,3
przepuklina brzuszna	1	0,3
przepuklina mosznowa	1	0,3
przepuklina pępkowa	1	0,3
przewlekła choroba nerek	3	0,8
przewlekłe zanikowe zapalenie błony śluzowej żołądka	1	0,3
przewlekłe zapalenie trzustki	2	0,6
reflux żołądka i dwunastnicy	1	0,3
retinopatia	1	0,3
schizofrenia	2	0,6
stan po amputacji podudzia	1	0,3
stan po implantacji stymulatora serca	2	0,6
stan po NZK ze skuteczną resuscytacją	1	0,3
stan po perforacji esicy	1	0,3
stan po próbie powieszenia	1	0,3
stan po radioterapii raka szyjki macicy	1	0,3
stan po udarach niedokrwiennym i krwotocznym	1	0,3
stan po udarze mózgu	1	0,3
stan po udarze mózgu z następowym niedowładem czterokończynowym	1	0,3
stan po udarze niedokrwiennym mózgu	2	0,6
stan po udarze podpajęczynówkowym	1	0,3
stan po urazie czaszkowo mózgowym	2	0,6
stan po usunięciu woreczka żółciowego	1	0,3
stan po usunięciu ropnia mózgu	1	0,3
stan po zawale mózgu	2	0,6
stan po zawale serca	1	0,3
stan po złamaniu kompresyjnym Th12	1	0,3
stan po złamaniu kości udowej	1	0,3
stan po złamaniu ramienia lewego i miednicy	1	0,3
stan po złamaniu szyjki kości udowej	1	0,3
stan wegetatywny	1	0,3
stan wegetatywny po NZK	1	0,3
stan wegetatywny po udarze niedokrwiennym mózgu	1	0,3
stan wegetatywny po urazie czaszkowo mózgowym	1	0,3
stan wegetatywny po zatrzymaniu krążenia w wyniku próby samobójczej	1	0,3
stwardnienie rozsiane	2	0,6
śpiączka mózgowa	2	0,6
torbiel rzekoma ogona trzustki	1	0,3

choroby	N	%
tracheotomia	1	0,3
udar niedokrwienny	1	0,3
udar prawostronny	1	0,3
uraz odcinka piersiowo lędźwiowego	1	0,3
urazowy krwiak podtwardówkowy	1	0,3
uszkodzenie rdzenia kręgowego	1	0,3
uzależnienie od tytoniu	1	0,3
wole guzowate	1	0,3
zaburzenia ruchowe pod postacią odruchów płasawicznych	1	0,3
zaburzenia zwieraczy pęcherza moczowego i odbytu	1	0,3
zaćma	4	1,1
zakrzepica	1	0,3
zawał mózgu	1	0,3
zespół depresyjny	1	0,3
zespół otępienny w przebiegu	1	0,3
zespół otępienny	9	2,5
zespół otępienny naczyniowy	4	1,1
zespół psychoorganiczny z nałożonymi zaburzeniami otępiennym	1	0,3
zmiany zanikowe skóry	1	0,3
zwyrodnienia wielostawowe	1	0,3
zwyrodnienie stawów	11	3,1
żylaki kończyn dolnych	1	0,3
żylaki kończyn dolnych i odbytu	1	0,3
Razem	74	100,0

Wyniki

Dane pochodzące z wywiadu

Wskaźnik BMI, udało się ustalić tylko w przypadku 70 pacjentów. Średnia BMI badanych wyniosła 24,27 punktu. To wynik wartości prawidłowej BMI. Odchylenie standardowe wyniosło ponad 19,3% wartości średniej, co świadczy o przeciętnym zróżnicowaniu wyników. Wynik minimalny wyniósł 13,98 punktu, wynik maksymalny – 37,25 punktu. Wartość prawidłową wskaźnika BMI uzyskało 39 osób (55,7%) nadwagę 16 osób (22,9%), a najmniej z wygłodzeniem i otyłością II stopnia po 2 osoby (2,9%) (Ryc. 8).

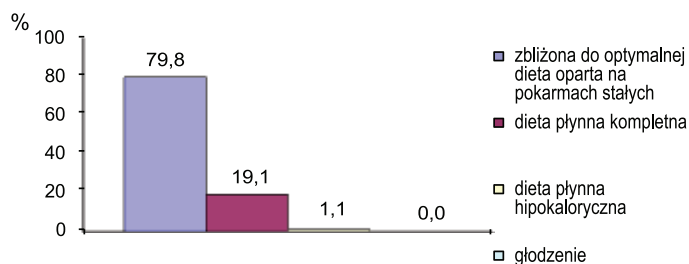


Ryc. 8 Rozkład wskaźnika BMI
Fig. 8 Disintegration of the BMI indicator

Większość badanych wskazała, że masa ciała w ostatnich 2 tygodniach pozostała bez zmian – 79 osób (84,0%). Najmniej wskazała, że uległa zwiększeniu – 6 osób (6,4%). U pozostałych badanych uległa zmniejszeniu.

Większość badanych wskazała, że nie odnotowała zmian w przyjmowaniu pokarmów – 88 osób (93,6%). Wśród pozostałych czas trwania zmian oscylował w granicach 1 do 24 tygodni (1, 2, 6, 9, 24).

Największa liczba badanych miała zastosowaną dietę zbliżoną do optymalnej opartą na pokarmach stałych – 75 osób (79,8%). Najmniejsza liczba badanych miała dietę płynną, hipokaloryczną – 1 osoba (1,1%) (Ryc. 9).



Ryc. 9 Rozkład rodzajów diety
Fig. 9 Disintegration of kinds of the diet

Większość badanych nie miała objawów ze strony przewodu pokarmowego trwających ponad 2 tygodnie – 88 osób (93,6%). Najmniej wskazało na wystąpienie samej biegunki – 2 osoby (2,1%). W grupie mających nudności dwie osoby wskazały na wystąpienie jądłowstrętu (4,3%), a kolejna na wystąpienie biegunki (2,1%).

Wydolność fizyczna u większości badanych nie zmieniła się – 88 osób (93,6%). Wśród pozostałych czas trwania zmian oscylował w granicach 2 do 416 tygodni (2, 16, 24, 52, 114, 416).

Większość badanych, to osoby leżące - 78 osób (83,0%), osób chodzących było 16%. Najmniej badanych – 1 osoba (1,1%) mogąca pracować w ograniczonym zakresie.

Wyniki wskazują, że większość pacjentów nie miała wzrostu zapotrzebowania na składniki odżywcze z powodu choroby – 44 osoby (46,8%) lub miała średnie zapotrzebowanie – 30 osób (31,9%). Najmniej wskazało duże zapotrzebowanie – 4 osoby (4,3%). Pozostałe 17% badanych wykazywało się małym zapotrzebowaniem na składniki odżywcze w chorobie.

Ze względu na poziom istotności - $p < 0,05$ odnotowano istotną statystycznie różnicę pomiędzy mieszkańcami miasta i wsi, dotyczącą wzrostu zapotrzebowania na składniki odżywcze z powodu choroby (Tab. 2)

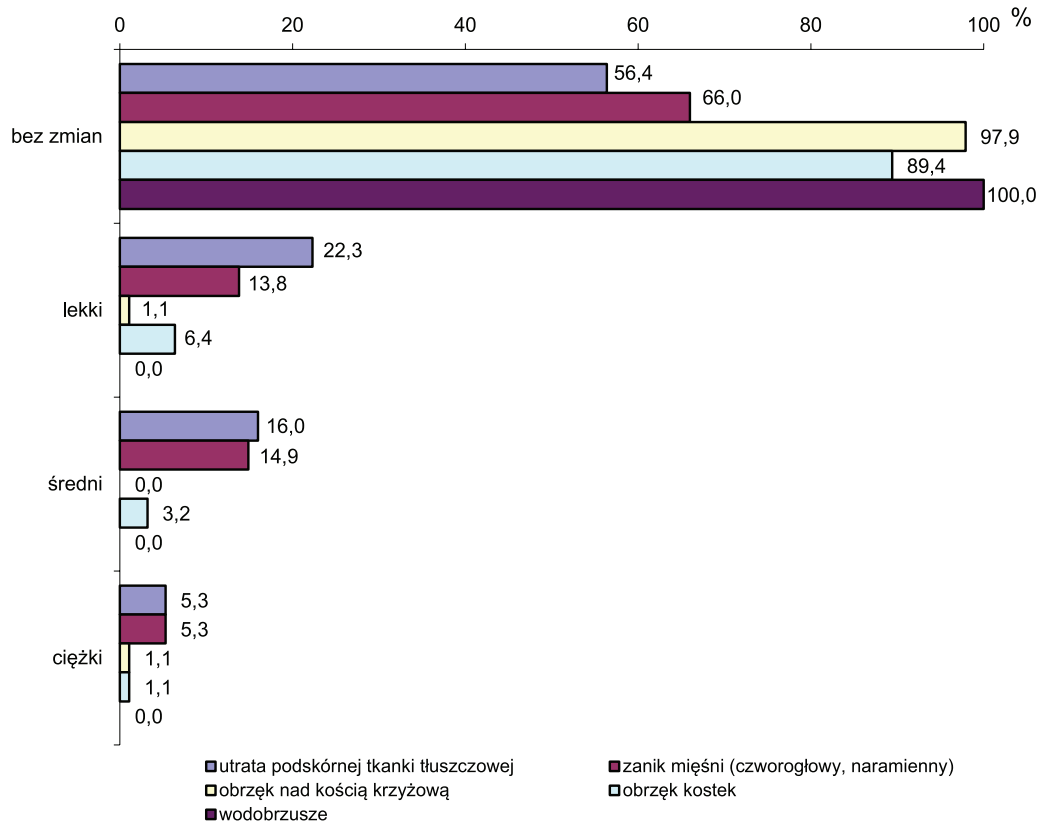
Tab. 2 Różnice w wynikach zagadnień dotyczących wywiadu pomiędzy grupami miejsca zamieszkania
Tbl. 2 Differences in results of issues concerning the interview among groups of the domicile

zagadnienie	Sum. rang miasto	Sum. rang wieś	U	Z	poziom p	Z popraw.	poziom p	N ważn. miasto	N ważn. wieś	2*1str. dokl. p
BMI	2050,0	435,0	344,0	0,393	0,695	0,435	0,663	57	13	0,698
zmiana masy ciała w ostatnich 6 miesiącach	3593,0	872,0	667,0	-0,159	0,874	-0,249	0,803	76	18	0,875
zmiany przyjmowania pokarmów	3617,0	848,0	677,0	0,062	0,950	0,148	0,883	76	18	0,951
rodzaj diety	3641,5	823,5	652,5	0,298	0,766	0,428	0,669	76	18	0,764
objawy ze strony przewodu pokarmowego	3524,0	941,0	598,0	-0,822	0,411	-1,939	0,052	76	18	0,415
wydolność fizyczna	3570,0	895,0	644,0	-0,380	0,704	-0,896	0,370	76	18	0,707
rodzaj wydolności fizycznej	3652,0	813,0	642,0	0,399	0,690	0,612	0,541	76	18	0,692
choroba a zapotrzebowanie na składniki odżywcze	3834,0	631,0	460,0	2,148	0,032	2,316	0,021	76	18	0,031

Większy wzrost zapotrzebowania na składniki odżywcze z powodu choroby odnotowano w grupie mieszkańców miasta, średni – 28 osób (36,8%), duży – 4 osoby (5,3%). Wśród mieszkańców wsi, mały – 4 osoby (22,2%), średni – 2 osoby (11,1%).

Dane pochodzące z badania fizykalnego

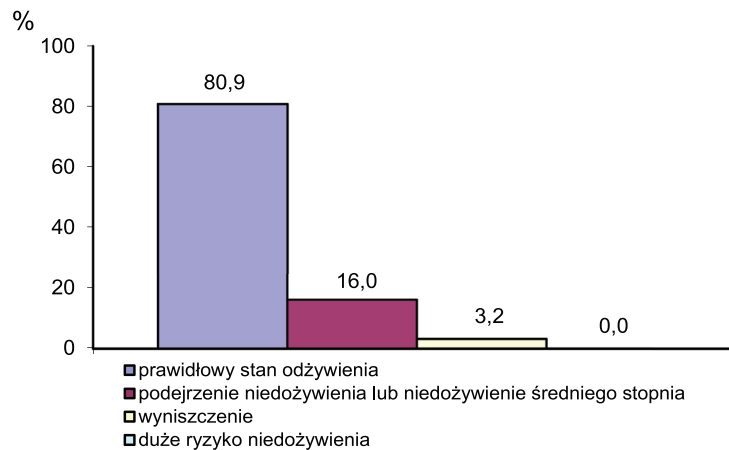
Wyniki badań wskazują, że w największym stopniu występowała utrata podskórnej tkanki tłuszczowej nad mięśniami trójgłowym i na klatce piersiowej, bez zmian tylko u 53 osób (56,4%). Następnie zanik mięśni bez zmian 62 osoby (66,0%) oraz obrzęk kostek bez zmian 84 osoby (89,4%). W najmniejszym stopniu a właściwie wcale wodobrzusze bez zmian 94 osoby (100%) (Ryc. 10).



Ryc. 10 Rozkład stopnia zaawansowania
Fig. 10 Layout of the grade of the progress

Subiektywna Globalna Ocena Stanu Odżywienia (SGA)

Większość badanych oceniła swój stan jako prawidłowy stan odżywienia – 76 osób (80,9%). Najmniej jako wyniszczenie – 3 osoby (3,2%) (Ryc. 11).



Ryc. 11 Rozkład subiektywnej globalnej oceny stanu odżywienia
Fig. 11 Disintegration of the subjective global assessment of the state of feeding up

Ze względu na poziom istotności – $p > 0,05$ nie odnotowano statystycznie istotnej różnicy pomiędzy kobietami i mężczyznami pod względem subiektywnej oceny stanu odżywienia (Tab. 3).

Tab. 3 Różnica w subiektywnej globalnej ocenie stanu odżywienia pomiędzy grupami płci
Tbl. 3 Difference in the subjective global assessment of the state of feeding the sex up among groups

Sum. rang kobieta	Sum. rang mężczyzna	U	Z	poziom p	Z popraw.	poziom p	N ważn. kobieta	N ważn. mężczyzna	2*1str. dokł. p
3345,0	1120,0	717,0	-0,665	0,506	-0,973	0,331	72	22	0,509

Wykształcenie badanych nie pozostawało w istotnej statystycznie korelacji z wynikami subiektywnej oceny stanu odżywienia - $p > 0,05$ (Tab. 4).

Tab. 4 Korelacje wykształcenia i subiektywnej globalnej oceny stanu odżywienia
Tbl. 4 Correlations of the education and the subjective global assessment of the state of feeding up

N	R	t(N-2)	poziom p
94	0,013	0,127	0,899

Wiek badanych nie pozostawał w istotnej statystycznie korelacji z wynikami subiektywnej oceny stanu odżywienia - $p > 0,05$ (Tab. 5).

Tab. 5 Korelacje wieku i subiektywnej globalnej oceny stanu odżywienia
Tbl. 5 Correlations of the age and the subjective global assessment of the state of feeding up

N	R	t(N-2)	poziom p
94	0,063	0,606	0,546

Ze względu na poziom istotności - $p > 0,05$ nie odnotowano statystycznie istotnej różnicy pomiędzy grupami miejsca zamieszkania pod względem subiektywnej oceny stanu odżywienia (Tab. 6).

Tab. 6 Różnice w subiektywnej globalnej ocenie stanu odżywienia pomiędzy grupami miejsca zamieszkania
Tbl. 6 Differences in the subjective global assessment of the state of feeding the domicile up among groups

Sum. rang miasto	Sum. rang wieś	U	Z	poziom p	Z popraw.	poziom p	N ważn. miasto	N ważn. wieś	2*1str. dokł. p
3635,5	829,5	658,5	0,240	0,810	0,351	0,725	76	18	0,808

Ze względu na poziom istotności - $p > 0,05$ nie odnotowano statystycznie istotnej różnicy pomiędzy grupami posiadania dzieci pod względem subiektywnej oceny stanu odżywienia (Tab. 7).

Tab. 7 Różnice w subiektywnej globalnej ocenie stanu odżywienia pomiędzy grupami posiadania dzieci
Tbl. 7 Differences in the subjective global assessment of the state of feeding having children up among groups

Sum. rang tak	Sum. rang nie	U	Z	poziom p	Z popraw.	poziom p	N ważn. tak	N ważn. nie	2*1str. dokł. p
3374,5	1090,5	673,5	-0,840	0,401	-1,228	0,219	73	21	0,401

Subiektywna globalna ocena stanu odżywienia i wyniki z nią związane sugerują, że pielęgniarka opiekująca się pacjentem opieki długoterminowej wykonuje również świadczenia związane z diagnostyką, leczeniem niedowagi i nadwagi. Musi także dysponować wiedzą związaną z leczeniem dietą przemysłową, gdyż 18 osób z spośród wszystkich w grupie badanej żywionych było tą dietą. Świadczenia wykonywane przez pielęgniarkę opieki długoterminowej są wszechstronne, profesjonalne, charakteryzuje je kompleksowość, duży zasób wiedzy medycznej i umiejętności praktycznych.

Dyskusja

Skalą jaką poddano analizie wyników w badaniu własnym jest Subiektywna Globalna Ocena Stanu Odżywienia (SGA). Pierwszym analizowanym kryterium w tej skali było BMI. Ze względu na brak wszystkich danych potrzebnych do obliczenia BMI u pacjenta wskaźnik ten obliczono tylko w przypadku 70 pacjentów. 39 (55,7%) chorych uzyskało wartość prawidłową BMI. Nadwagę stwierdzono u 16 (22,9%) osób, a niedowagę u 3 (4,4%) chorych. Większość badanych bo, aż 79 (84,0%) wskazało, że masa ciała w ostatnich dwóch tygodniach pozostawała bez zmian. 88 (93,6%) z 94 badanych nie odnotowała zmian w przyjmowaniu posiłków. 75 (79,8%) pacjentów przyjmowało dietę zbliżoną do optymalnej opartą na pokarmach stałych. 18 (19,1%) było na kompletnej diecie płynnej. 88 (93,6%) badanych negowało wystąpienie negatywnych objawów ze strony układu pokarmowego utrzymujących się ponad dwa tygodnie. 4 (4,3%) pacjentów wskazało wystąpienie nudności, a u 2 (2,1%) odnotowano biegunkę. Większość chorych to osoby leżące – 78 (83,0%).

Większość badanych nie miała wzrostu zapotrzebowania na składniki odżywcze z powodu choroby – 44 osoby (46,8%) lub miała średnie zapotrzebowanie – 30 osób (31,9%). Nie odnotowano istotnych statystycznie różnic, pomiędzy kobietami i mężczyznami, wykształceniem badanych, ich wiekiem, posiadaniem dzieci, dotyczących zagadnień wywiadu. Natomiast odnotowano istotną statystycznie różnicę pomiędzy mieszkańcami miasta i wsi, dotyczącą wzrostu

zapotrzebowania na składniki odżywcze z powodu choroby. Większy wzrost zapotrzebowania na składniki odżywcze z powodu choroby, odnotowano w grupie mieszkańców miasta, średni – 28 osób (36,8%), duży – 4 osoby (5,3%). Wśród mieszkańców wsi, mały – 4 osoby (22,2%), średni – 2 osoby (11,1%).

W badaniu fizykalnym stwierdzono, że w największym stopniu występowała utrata podskórnej tkanki tłuszczowej nad mięśniami trójgłowym i na klatce piersiowej. Bez zmian tylko – 53 osoby (56,4%). Dalej zanik mięśni, bez zmian – 62 osoby (66,0%) oraz obrzęk kostek, bez zmian – 84 osoby (89,4%). W najmniejszym stopniu a właściwie wcale wodobrzusze, bez zmian – 94 osoby (100%). Prawidłowy stan odżywienia stwierdzono u 76 (80,9%) pacjentów, podejrzenie niedożywienia lub niedożywienie średniego stopnia odnotowano w przypadku 15 (16%) osób, a wyniszczenie u 3 (3,2%) chorych. Nie odnotowano statystycznie istotnej różnicy pomiędzy kobietami i mężczyznami, wykształceniem badanych, ich wiekiem, zamieszkaniem i posiadaniem dzieci, pod względem subiektywnej oceny stanu odżywienia.

Powyższe wyniki potwierdzają, że bardzo istotne jest posiadanie wszechstronnej wiedzy i umiejętności przez pielęgniarkę sprawującą opiekę nad pacjentem opieki długoterminowej. Pielęgniarka, która dysponując niezbędnym sprzętem medycznym i współpracując z zespołem terapeutycznym oraz rodziną chorego wystawia indywidualną, skierowaną na konkretnego pacjenta diagnozę pielęgniarską, osiąga cele i założenia procesu pielęgnowania. Pielęgniarki, która poprzez swoje działania, wiedzę i umiejętności przygotowuje pacjenta i jego bliskich do samodzielnej egzystencji, jeżeli jest to możliwe. Pielęgniarka, która poprzez świadczenia lecznicze, diagnostyczne, rehabilitacyjne, terapeutyczne, profilaktyczne, pielęgnacyjne, higieniczne, edukacyjne i promocji zdrowia hamuje postęp procesu chorobowego i chroni podopiecznego przed groźącymi mu powikłaniami wynikającymi z wielochorobowości i wielonarządowości zmian związanych z gorszą funkcją wszystkich narządów w wyniku toczącego się procesu starzenia się organizmu [Pabiś i Kuncewicz, 2016].

W realizacji zadań stawianych pielęgniarce, liderce opieki długoterminowej potrzebne jest nie tylko krytyczne myślenie, umiejętność samodzielnego podejmowania decyzji, wiedza i umiejętności, ale przede wszystkim realizacja interwencji pielęgniarskich w oparciu o wyniki wiarygodnych, najnowszych badań naukowych z zakresu opieki długoterminowej, a tych w literaturze tematu brakuje [Zdziebło, Stępień i Skrzypek, 2016].

Wnioski

1. Większość pacjentów opieki długoterminowej stanowią chorzy w wieku podeszłym, głównie kobiety zamieszkujące miasta.
2. Pacjentów opieki długoterminowej charakteryzuje deficyt samoopieki i samopielęgnowania oraz złożoność problemów pielęgnacyjnych.
3. Pacjenci objęci opieką w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz pielęgniarską długoterminową opieką domową wymagają kompleksowych świadczeń pielęgniarskich ze względu na wielochorobowość, a co za tym idzie problemy zdrowotne we wszystkich sferach – biologicznej, psychicznej i społecznej.
4. Prawidłowy stan odżywienia stwierdzono u 76 (80,9%) pacjentów, podejrzenie niedożywienia lub niedożywienie średniego stopnia odnotowano w przypadku 15 (16%) osób, a wyniszczenie u 3 (3,2%) chorych.
5. Subiektywna globalna ocena stanu odżywienia i wyniki z nią związane sugerują, że pielęgniarka opiekująca się pacjentem opieki długoterminowej wykonuje świadczenia związane z diagnostyką, leczeniem niedowagi i nadwagi i musi dysponować wiedzą związaną z leczeniem dietą przemysłową.

Piśmiennictwo

1. Czekański Stanisław, Rutkowski Bolesław, Małgorzewicz Sylwia, Dębska-Ślizień Alicja. 2011. W imieniu Zespołu Krajowego Konsultanta Medycznego w dziedzinie Nefrologii i Grupy Ekspertów Stanowisko Zespołu Krajowego Konsultanta Medycznego w dziedzinie Nefrologii dotyczące stosowania ketoanalogów aminokwasów i roztworu aminokwasów w leczeniu niedożywienia i zapobieganiu mu u dorosłych chorych z przewlekłą chorobą nerek. *Forum Nefrologiczne*, tom 4, nr 2: 183 – 188.
2. Małgorzewicz Sylwia, Kaczkan Małgorzata. 2009. *Zasady żywienia u pacjentów leczonych metodami nerkozastępczymi* [w:] *Leczenie nerkozastępcze w praktyce pielęgniarskiej*, Rutkowski B. (red.) Gdańsk: Wydawnictwo Via Medica.
3. Pabiś Małgorzata, Kuncewicz Dorota, 2016. Potrzeby osób starszych w zakresie opieki zdrowotnej – konteksty. *Pielęgniarstwo XXI wieku*, vol. 15, nr 4(57): 53-59.
4. Pietrzyk Jacek. 2010. *Żywnienie chorych z niewydolnością nerek. Ocena stanu odżywienia chorych z niewydolnością nerek*. Koszalin: Wydawnictwo Proserpius.
5. Pluta Agnieszka, Felsmann Anna, Faleńczyk Kamila. 2014. Wybrane problemy zdrowotne w populacji pacjentów dializowanych oraz udział pielęgniarki w ich rozwiązywaniu *Medycyna Rodzinna*, 3: 128 – 132.
6. Rutkowski Bolesław. 2010. *Leczenie nerkozastępcze. Poradnik dla pacjentów i ich rodzin. Zasady żywienia na różnych etapach przewlekłej choroby nerek*. Gdańsk: Wydawnictwo Via Medica: 65-66, 136-147.
7. Zdziebło Kazimiera, Stępień Renata, Skrzypek Jolanta. 2016. Jakość świadczeń pielęgniarskich w ocenie pacjentów w opiece długoterminowej. Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach. Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu. *Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej*: 15-21.