

Wpływ stanu odżywienia na jakość życia osób po 65. roku życia – doniesienia wstępne

The impact of the state of nutrition on the quality of life in people after 65 years of age – preliminary findings

Krystyna Kurowska, Joanna Simon

Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa – Zakład Teorii Pielęgniarstwa Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Toruń

Streszczenie

Wstęp. Ważnym elementem wpływającym na jakość życia osób w podeszłym wieku jest stan odżywienia. Źle zbilansowane oraz nieracjonalne żywienie, a także niska jakość zdrowotna spożywanych posiłków mogą być przyczyną chorób i nieprawidłowości w stanie zdrowia. **Cel pracy.** Określenie wpływu stanu odżywienia na jakość życia osób w podeszłym wieku, jako wykładnika optymalnego stanu zdrowia. **Materiał i metody.** Przebadano 69 osób, mieszkańców Domu Pomocy Społecznej „Promień Życia” (23 osoby) oraz słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wiek w Bydgoszczy (46 osób). Stan odżywienia oceniono skalą Mini Nutritional Assessment (MNA) a ocenę jakości życia kwestionariuszem WHOQOL-BREF. **Wyniki.** Badana grupa osiągnęła pozytywny wynik w jakości życia. W stanie odżywienia wskazano na ryzyko niedożywienia. Gorsze wyniki w jakości życia, jak i w stanie odżywienia uzyskali mieszkańcy DPS. Stwierdzono istnienie związku między stanem odżywienia a jakością życia, tzn. im lepszy był stan odżywienia, tym wyższa jakość życia. **Wnioski.** Uzyskane wyniki mogą pomóc w lepszym zrozumieniu problemów żywieniowych osób starszych oraz ich wpływu na jakość ich życia. Należy zwrócić uwagę na bagatelizowany problem odżywiania osób starszych. *Geriatrics 2013; 7: 217-225.*

Słowa kluczowe: starość, stan odżywienia, jakość życia

Abstract

Introduction. The state of nutrition is an essential element influencing the quality of life of aged people. Badly-balanced diet, unreasonable nourishment as well as low quality of consumed meals may be the causes of diseases and health anomalies. **Aim of the work.** Defining the impact of the state of nutrition on the quality of life of aged people, as a determinant of the optimal health. **Material and methods.** Sixty-nine people were examined, 23 from “Promień Życia” welfare house and 46 students from the University of the Third Age in Bydgoszcz. The state of nutrition was assessed using Mini Nutritional Assessment (MNA) Scale and the quality of life was valued using WHOQOL-BREF questionnaire. **Results.** Examined group gained positive outcomes regarding the quality of life. The state of nutrition indicates the risk of malnutrition. Welfare house residents got worse results when it comes to the quality of life and the state of nutrition. It has been ascertained that there is a relation between the state of nutrition and the quality of life, the better the state of nutrition the higher the quality of life. **Conclusion.** The obtained results may help to understand nutritional problems of aged people as well as its influence on the quality of life of the elderly. More attention should be paid to the aged people nutrition issue as this problem seems to be underestimated. *Geriatrics 2013; 7: 217-225.*

Keywords: sarcopenia, muscle mass, muscle strength, nutrition

Wstęp

Wiele różnych czynników ma wpływ na sposób odżywiania osób w podeszłym wieku. Najbardziej znaczące to nawyki żywieniowe, a także tryb życia prowadzony w przeszłości oraz środowisko, w którym obecnie żyje starsza osoba. Samotność, ograniczona ilość środków finansowych i brak wiedzy dotyczącej odżywiania, ograniczają prawidłowy dobór produktów żywnościowych [1]. Zmiana sposobu odżywiania w podeszłym wieku może być związana także ze zmianami fizjologicznymi zachodzącymi w organizmie starszej osoby. Są to: gorsze powonienie oraz niedowidzenie, zmniejszenie liczby kubków smakowych, zanik błony śluzowej przewodu pokarmowego, zmniejszone wydzielanie śliny oraz enzymów wątrobowych i trzustkowych [2,3].

Cel pracy

Celem pracy było przedstawienie wpływu stanu odżywiania na jakość życia osób w podeszłym wieku, jako wykładnika rzutującego na optymalny stan zdrowia.

Materiał i metoda badawcza

Zaprezentowane badania stanowią wycinek realizacji szerszego projektu analizy jakości życia osób w wieku podeszłym. Badania przeprowadzono w okresie od stycznia do czerwca 2012 roku w grupie 69 osób – wśród mieszkańców Domu Pomocy Społecznej „Promień Życia” oraz wśród słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Bydgoszczy, za zgodą komisji bioetycznej *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy (KB/414/2011). Kryterium doboru do grupy był dobry stan neuropsychiczny lub łagodna demencja. W badaniach wykorzystano skalę Mini Nutritional Assessment (MNA) [4-6] oraz kwestionariusz WHOQOL-BREF (skrócona wersja) [7]. Skala MNA służy do oceny stanu odżywiania. Składa się ona z 18 elementów. Zadaniem testu MNA jest wykrywanie niedożywienia lub ryzyka jego rozwoju u osób starszych. Uzyskanie przez osobę badaną 24 do 30 punktów oznacza prawidłowy stan odżywiania, 17-23,5 punktów wskazuje na zagrożenie niedożywieniem, natomiast poniżej 17 punktów oznacza niedożywienie. Test składa się z czterech części. Pierwsza część uwzględnia parametry antropometryczne, druga część zawiera ogólną ocenę, m.in. pytania o ilość zażywanych leków, przebyty stres psychiczny w ciągu ostatnich trzech miesięcy i stopień aktywności ruchowej i poznawczej. Trzecia,

najbardziej rozbudowana część tego kwestionariusza, to wywiad żywieniowy ze szczególnym uwzględnieniem spożycia produktów mlecznych, ryb, jaj, mięsa, warzyw i owoców, a także ilość wypijanych płynów dziennie. Czwarta i ostatnia część tego narzędzia to subiektywna ocena stanu odżywienia [4-6].

Kwestionariusz WHOQOL przeznaczony jest do subiektywnej oceny jakości życia osób zdrowych i chorych dla celów poznawczych i klinicznych. Umożliwia on otrzymanie profilu jakości życia w zakresie czterech dziedzin: (fizycznej, psychologicznej, relacji społecznych, środowiska). Punktację dla dziedzin ustala się poprzez wyliczenie średniej arytmetycznej z pozycji wchodzących w skład poszczególnych dziedzin. Kwestionariusz zawiera 26 pytań. Punktacja dziedzin odzwierciedla indywidualne percepcje jakości życia w ich zakresie, ma kierunek pozytywny, tzn., że im większa liczba punktów, tym lepsza jakość życia. Zawiera także dwa pytania analizowane oddzielnie: 1. pytanie dotyczące indywidualnej, ogólnej percepcji jakości życia i 2. pytanie dotyczące indywidualnej, ogólnej percepcji własnego zdrowia [7]. Do opisu zmiennych wykorzystano statystyki opisowe (średnia arytmetyczna, minimum, maksimum, odchylenie standardowe) oraz rozkłady zmiennych. Badanie związków przeprowadzono za pomocą współczynnika korelacji Spearmana a testem U Manna-Whitneya dokonano oceny różnic pomiędzy dwoma grupami. Za istotne statystycznie przyjęto wartości testu spełniające warunek, że $p < 0,05$. Analizy wykonano przy pomocy pakietu statystycznego STATISTICA 10.

Wyniki badań

Analiza danych pokazuje, że wśród badanych dominowały kobiety. Większa dysproporcja płci w grupie UTW, gdzie zaledwie co czwarty badany to mężczyzna. Liczną grupę stanowili badani w wieku 65-75 lat. W grupie DPS większość w wieku 76-89 lat. Średnia wieku wyniosła niespełna 73 lata. Starsi okazali się badani w grupie DPS. Najwięcej osób miało nadwagę. Średni wskaźnik BMI dla badanych wyniósł 26,78. Wyższy średni wskaźnik BMI odnotowano w grupie DPS. Badani to osoby pozostające w związku małżeńskim i owdowiali. W grupie DPS najlicniejsza grupa to osoby owdowiałe, dopiero później zamężne, natomiast w UTW odwrotnie. Zdecydowana większość posiada potomstwo. Stosunkowo więcej w grupie UTW. Badani to osoby wykształcone. Najwięcej posiada wykształcenie średnie lub zawodowe. W grupie

DPS najliczniejsza jest grupa z wykształceniem średnim oraz zawodowym, a w UTW z wykształceniem średnim i wyższym. Większość badanych to osoby, które w przeszłości prowadziły aktywny tryb życia (tabela I).

Poddano analizie kwestionariusz WHOQOL-BREF. Najwięcej badanych oceniło jakość życia pozytywnie (52,2%). W grupie DPS – przeciętnie (47,8%), w UTW – pozytywnie (60,9%). Średnia jakości życia grupy wyniosła 3,54 punktu (wynik pozytywny). Wyższą jakość życia prezentowali badani z grupy UTW (3,7 punktu), średnio wyższa o 0,48 punktu. Jakość życia w ocenie badanych z DPS, to wynik przeciętny, a w ocenie badanych UTW pozytywny. W grupie DPS najwięcej oceniło zadowolenie ze zdrowia negatywnie (60,9%), w UTW pozytywnie (60,9%). Średnia zadowolenia ze zdrowia grupy wyniosła 3,12 punktu. Wyższe zadowolenie prezentowali badani z grupy UTW (3,52 punktu), średnio wyższe o 1,22 punktu. Podsumowując, zadowolenie ze zdrowia w ocenie badanych z DPS, to wynik przeciętny (47,8%), na granicy niskiego a w ocenie badanych UTW wynik pozytywny (47,8%). Dokonano analizy porównawczej poczucia jakości życia, zdrowia oraz dziedzin, ze względu na wytypowane zmienne (płeć, grupy wiekowe, BMI, zamieszkiwanie, wykształcenie, stosowanie diety i tryb życia w przeszłości). Wyższą jakość życia, jak i zadowolenie ze zdrowia, osiągnęły badane kobiety oraz badani w wieku 76-89 lat, a zadowolenie ze zdrowia – w wieku do 75 lat. Jakość życia i zadowolenie ze zdrowia najwyższej ocenili badani z nadwagą. Najwyższą jakość życia prezentowali badani zamieszkujący z rodziną a zadowolenie ze zdrowia zamieszkujący samotnie. Wyżej jakość życia i własne zdrowie ocenili badani z wykształceniem wyższym. Wysoką jakość życia, jak i zadowolenie ze zdrowia, prezentowali badani stosujący zalecaną dietę oraz prowadzący w przeszłości siedzący tryb życia. Wyżej własne zdrowie ocenili będący aktywni w przeszłości. W ogólnej ocenie dziedzinę fizyczną najwięcej badanych oceniło pozytywnie (DPS przeciętnie a UTW pozytywnie). Średnia ocena dziedziny fizycznej to ocena przeciętna – 55,1% (DPS przeciętna – 43,5% a UTW pozytywna – 73,9%). Wysokie oceny dziedziny somatycznej uzyskano w podskalach: ból i dyskomfort (3,59) oraz zależność od leków i leczenia (3,64), najniższe – energia i zmęczenie (3,25) oraz zdolność do pracy (3,09). Wyższe wyniki w dziedzinie fizycznej prezentują badani z UTW, również we wszystkich

podskalach, badane kobiety, jedynie wypoczynek i sen wyżej ocenili mężczyźni. Wyższe wyniki uzyskali badani w wieku do 75 lat, z nadwagą, osoby mieszkające samotnie, z wykształceniem wyższym, stosujący dietę oraz badani prowadzący w przeszłości aktywny tryb życia. Średnia ocena dziedziny psychologicznej – przeciętna (44,9%). Zarówno w grupie DPS (47,8%), jak i UTW (52,2%) – ocena również przeciętna, wyższa – w grupie UTW. Najwyższe wyniki dziedziny psychologicznej uzyskali badani w podskalach: samoocena (3,57) oraz negatywne uczucia (3,58), najniższe – w duchowości/religii (2,90) oraz pozytywne uczucia (2,72). Wyższe wyniki w dziedzinie psychologicznej prezentują badani z UTW, również we wszystkich podskalach. Nieznacznie wyższe wyniki prezentują kobiety, badani w wieku do 75 lat, również we wszystkich podskalach z wyjątkiem negatywnych uczuć. Wysokie wyniki uzyskały osoby z nadwagą, zamieszkujące z rodziną bądź samotnie, z wykształceniem wyższym, stosujące jakąkolwiek dietę oraz te, które w przeszłości prowadziły aktywny tryb życia. Średnia ocena dziedziny socjalnej to ocena pozytywna (60,19%). Wyżej dziedzinę ocenili badani z grupy UTW – wynik pozytywny (62,28%), a DPS – przeciętny (56,00%). Najwyższy wynik dziedziny socjalnej miała ocena wsparcia społecznego (3,57), najniższy – aktywność seksualna (3,07). Wyższe wyniki w dziedzinie socjalnej prezentują badani z UTW, poza aktywnością seksualną oraz kobiety, z wyjątkiem związków osobistych, również badani w wieku 76-89 lat, z nadwagą, zamieszkujący z rodziną, z wykształceniem zawodowym, stosujący dietę i badani, którzy w przeszłości prowadzili aktywny tryb życia. Średnia ocena dziedziny środowiskowej wyniosła (wynik przeciętny – 47,8%). Podobnie jak wynik badanych z grupy DPS (49,39), UTW (63,7 – wynik pozytywny). Najwyższe oceny dziedziny środowiskowej uzyskano w podskalach: możliwość zdobycia nowych informacji (3,67) i umiejętności oraz środowisko domowe (3,88), najniższe za zdrowie i opiekę zdrowotną (3,02) oraz zasoby finansowe (3,01). Wyższe wyniki w dziedzinie środowiskowej osiągnęli badani z grupy UTW, również w każdej podskali. Wyższe wyniki w dziedzinie środowiskowej prezentują kobiety, z wyjątkiem zasobów finansowych i możliwości uczestnictwa w rekreacji i wypoczynku oraz badani w wieku do 75 lat, z nadwagą, zamieszkujący z rodziną, z wykształceniem wyższym, stosujący jakąkolwiek dietę oraz ci, którzy w przeszłości prowadzili siedzący tryb życia. Generalnie w całej

badanej grupie (tabela II) najwyżej oceniona została dziedzina socjalna, dalej fizyczna i najniżej psychologiczna, w grupie DPS dziedzina socjalna, dalej środo-

wiskowa i najniżej psychologiczna; w UTW najwyżej oceniono dziedzinę fizyczną, dalej środowiskową i najniżej psychologiczną.

Tabela I. Charakterystyka grupy badanej
Table I. Characteristic of the examined group

grupa	DPS		UTW		Razem	
	liczba	%	Liczba	%	liczba	%
płeć						
Kobieta	13	56,5	36	78,3	49	71,0
Mężczyzna	10	43,5	10	21,7	20	29,0
wiek						
do 74 lat	9	39,1	34	73,9	43	62,3
75-89 lat	14	60,9	12	26,1	26	37,7
BMI						
niedowaga	0	0,0	1	2,2	1	1,4
wartość prawidłowa	8	24,8	16	24,8	24	24,8
nadwaga	10	43,5	19	41,3	29	42,0
I stopień otyłości	4	17,4	8	17,4	12	17,4
II stopień otyłości	1	4,3	2	4,3	3	4,3
stan cywilny						
zamężna/ żonaty	4	17,4	28	60,9	32	46,4
panna/ kawaler	2	8,7	4	8,7	6	8,7
wdowa/ wdowiec	11	47,8	8	17,4	19	27,5
rozwidzona/ rozwidziony	3	13,0	5	10,9	8	11,6
dzieci						
tak	16	69,6	37	80,4	53	76,8
nie	7	30,4	9	19,6	16	23,2
wykształcenie						
podstawowe	3	13,0	4	8,7	7	10,1
zawodowe	9	39,1	8	17,4	17	24,6
średnie	10	43,5	22	47,8	32	46,4
wyższe	1	4,3	12	26,1	13	18,8

Tabela II. Zbiorcze zestawienie statystyk oceny stanów oraz pytań o jakość życia i ocenę własnego zdrowia

Table II. Collective comparison of the assessment states statistics and the questions regarding the quality of life and personal health assessment

	Dziedzina socjalna	średnia	S.D.	Ufność -95,0%	Ufność +95,0%	mediana	minimum	maksimum
Pyt.1.	Ogólna percepcja jakości życia	70,72	15,934	66,9	74,6	80,0	40,0	100,0
Pyt.2.	Ogólna percepcja własnego zdrowia	62,32	20,157	57,5	67,2	60,0	20,0	100,0
D.1.	Dziedzina fizyczna	59,43	15,515	55,7	63,2	63,0	19,0	88,0
D.2.	Dziedzina psychologiczna	54,84	14,109	51,5	58,2	56,0	25,0	94,0
D.3.	Dziedzina socjalna	60,19	12,604	57,2	63,2	56,0	25,0	81,0
D.4.	Dziedzina środowiskowa	58,93	11,932	56,1	61,8	56,0	38,0	88,0

W dalszym kroku analizie poddano skalę MNA. Z danych antropomorficznych wynika, że badani to osoby z BMI > 23 (85,5%). Podobnie w obu badanych grupach (DPS 91,3%, UTW 82,6%). Bez utraty masy ciała w ostatnich 3 miesiącach (66,7%). W DPS (69,6%), UTW (65,2%). Mieszkający w domu rodzinnym (59,4%). W DPS – nikt, UTW (89,1%). Większość z nich zażywa więcej niż 3 leki dziennie (73,9%). W DPS (95,7%), UTW (63,0%). Nie przeszli w ostatnich 3 miesiącach stresu psychicznego lub ciężkiej choroby (69,6%). W DPS (60,9%), UTW (73,9%). Wykazują pełną sprawność (75,4%). W grupie DPS większość to osoby mające umiejętność opuszczenia łóżka lub fotela bez opuszczania mieszkania (60,9%), UTW z pełną sprawnością (95,7%). Bez zaburzeń psychicznych (69,6%). W grupie DPS z łagodną demencją (60,9%), w grupie UTW bez zaburzeń psychicznych (84,8%). Bez otarć naskórka lub owrzodzeń (88,4%). W DPS (82,6%), UTW (91,3%). Spożywają 3 posiłki dziennie (97,1%). W DPS (95,7%), UTW (97,8%). Przynajmniej jeden produkt mleczny dziennie (84,1%). W DPS (73,9%), UTW (89,1%). Opierają swoje posiłki na roślinach strączkowych lub jajkach dwa lub więcej razy w tygodniu (72,5%). W DPS (78,3%), UTW (69,6%). Spożywają codziennie mięso, ryby lub drób (81,2%). W DPS (73,9%), UTW (84,8%). 2 lub więcej razy w tygodniu posiłki zawierające owoce i warzywa (94,2%). W DPS – (87,0%), w UTW (97,8%). Wskazali, że ograniczenie spożywania posiłków w ostatnich 3 miesiącach nie wiązało się z utratą apetytu (72,5%). W DPS (60,9%), UTW (78,3%). Wypijają dziennie 3-5 szklanek napojów (52,2%). W DPS – (56,5%), UTW (50,0%). Osoby z pełną samoobsługą spożywania posiłków (82,6%). W DPS (52,2%), UTW (97,8%). W samoocenie, nie stwierdzają stanu niedożywienia (79,7%). W DPS (52,2%), UTW (93,5%). Pozytywnie ocenili swój stan zdrowia w porównaniu z innymi ludźmi w tym samym wieku. Najwięcej – tak samo dobry (40,6%) lub lepszy (21,7%). W DPS – nie wie (39,1%), UTW – tak samo dobry (52,2%). Badani jako grupa prezentują wynik z ryzykiem niedożywienia (tabela III). Wynik ten jest za sprawą badanych z grupy DPS. Mniejsze ryzyko niedożywienia prezentują badane kobiety (23,56), badani w wieku do 75 lat (23,99). Zamieszkujący samotnie to osoby o stanie odżywienia dobrym (25,06), z rodziną (23,90) i w instytucji (20,98) – to grupy z ryzykiem niedożywienia. Wszystkie grupy wykształcenia, to ryzyko niedożywienia. W najmniejszym stopniu badani z wyższym wykształceniem (23,77), dalej ze średnim (23,73) i zawo-

dowym (22,38). W mniejszym stopniu badani stosujący zalecaną dietę (23,80), bez diety (22,97). Obie grupy to ryzyko niedożywienia. W mniejszym stopniu badani prowadzący aktywny tryb życia w przeszłości (23,49), badani o trybie życia siedzącym (22,68).

Wyniki MNA pozostawały w istotnej statystycznie, niskiej korelacji z jakością życia oraz w korelacji średniej z zadowoleniem ze zdrowia, dziedziną fizyczną, psychologiczną i środowiskową (tabela IV). Wyższe wyniki zarówno jakości życia, jak i zadowolenia ze zdrowia, dziedziny fizycznej i środowiskowej osiągnęli badani o stanie odżywienia dobrym, niższe – z niedożywieniem. Dziedzinę psychologiczną wyżej ocenili badani ze stanem odżywienia dobrym, niż – z ryzykiem niedożywienia, natomiast dziedzinę socjalną wyżej ocenili badani z niedożywieniem, niż – z ryzykiem niedożywienia.

Tabela III. Wyniki oceny stanu odżywienia (MNA)

Table III. The results of the state of nutrition assessment (MNA)

grupa	DPS		UTW		razem	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%
wyniki						
niedożywienie	1	4,3	1	2,2	2	2,9
ryzyko niedożywienia	19	82,6	10	21,7	29	42,0
stan odżywienia dobry	3	13,0	35	76,1	38	55,1
Razem	37	100,0	60	100,0	97	100,0

Tabela IV. Korelacje wyników stanu odżywienia (MNA) i jakości życia

Table IV. Correlations of the state of nutrition results (MNA) and the quality of life

Pozycja	N	R	t(N-2)	poziom p
jakość życia	69	0,288	2,466	0,016
zadowolenie ze zdrowia	69	0,515	4,920	0,000
diedzina fizyczna	69	0,561	5,545	0,000
diedzina psychologiczna	69	0,499	4,709	0,000
diedzina socjalna	69	0,229	1,922	0,059
diedzina środowiskowa	69	0,449	4,111	0,000

Dyskusja

Stan odżywienia i jego wpływ na jakość życia osób starszych jest niedocenianym, a istotnym problemem. Stale wydłużająca się średnia długość życia sprawia, że osób starszych przybywa, a stan ich zdrowia jest niezmiernie ważny dla całego społeczeństwa. Badania objęły osoby w wieku powyżej 65 roku życia. Zostały one podzielone na dwie grupy: uczestników UTW oraz podopiecznych DPS. Przeprowadzona analiza miała na celu określenie związku wpływu stanu odżywienia na jakość życia osób w wieku starszym, jako wykładnika rzutującego na optymalny stan zdrowia. Analizie zostały poddane: wiek, płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania, posiadanie potomstwa, stan odżywienia oraz jakość życia. Z analizy własnej kwestionariusza WHOQOL-BREF wynika, że średnia jakości życia grupy to wynik pozytywny. Wyższą jakość życia prezentowali badani z grupy UTW. Badania przeprowadzone przez Grzegorzycy poddające analizie jakość życia starszych osób w DPS i w UTW są zbieżne z wynikami niniejszej pracy i zdecydowanie przekładają się na korzyść słuchaczy UTW [8]. Może to świadczyć o tym, że osoby mieszkające poza instytucją, jaką jest DPS i będące aktywnymi uczestnikami życia społecznego są z niego bardziej zadowolone, mimo podeszłego wieku czerpią z życia to, co najlepsze. W mniejszym stopniu odczuwają dolegliwości somatyczne, rzadziej miewają obniżony nastrój. Nawiazują nowe znajomości, dzięki relacjom towarzyskim nie czują się osamotnieni. Mieszkańcy DPS są najczęściej samotni, pozostają w instytucji ze względu na zły stan zdrowia i mniejsze możliwości samodzielnej egzystencji, bądź z powodu obniżonego statusu materialnego i braku możliwości pozostania w domu rodzinnym. Takie sytuacje nie wpływają pozytywnie na samopoczucie i często powodują depresję, obniżony nastrój, a także dolegliwości bólowe. To wszystko wpływa na poziom jakości życia ocenianej przez badanych. Jakość życia i zadowolenie ze zdrowia wyżej oceniły badane kobiety. We wcześniej przytoczonych badaniach Grzegorzycy u respondentów w DPS płeć wyraźnie wpływa na ogólną jakość życia, a także poziom energii, odczuwanie bólu, jakość snu i wydolność fizyczną. We wszystkich tych aspektach jakość życia jest wyraźnie wyższa u mężczyzn. W grupie uczęszczającej na zajęcia uniwersytetu nie występują powyższe zależności. Poziom wykształcenia nie ma znaczącego wpływu na ocenę jakości życia w żadnej z badanych grup [8]. Główny Urząd Statystyczny w swoich badaniach wykazał natomiast zależność samooceny stanu zdrowia od

poziomu wykształcenia respondentów. Osoby posiadające wyższe wykształcenie lepiej oceniały jakość życia [9]. W badaniach własnych najwyższą jakość życia ocenili badani z wykształceniem wyższym, najniższą – z zawodowym. Być może jest to spowodowane większą świadomością i wiedzą dotyczącą zarówno zdrowia, jak i choroby, lepszym rozumieniem i wyższym poziomem akceptacji okresu jesieni życia. Oprócz ogólnej pojętej jakości życia oraz stanu zdrowia, oceniono również sferę fizyczną, psychologiczną, socjalną i środowiskową badanych osób. Najwięcej badanych oceniło dziedzinę fizyczną dobrze, przewagą w UTW. Obrazuje to, że większą sprawnością fizyczną cieszą się słuchacze UTW. W badaniach Grzegorzycy również w grupie słuchaczy UTW, zaobserwowano znacznie wyższe współczynniki korelacji pomiędzy wszystkimi elementami jakości życia a ogólną jego oceną oraz pomiędzy składowymi względem siebie. W tej grupie zaznacza się zależność między wydolnością fizyczną a bólem, depresją, poziomem energii oraz kontaktami społecznymi. Największy wpływ na jakość życia w tej grupie seniorów ma właśnie wydolność fizyczna [8]. Wynikać to może z faktu, że słuchacze UTW są w większości osobami sprawnymi fizycznie, dla których dotarcie na zajęcia, niejednokrotnie bardzo oddalone od miejsca zamieszkania, wymagające poruszania się komunikacją miejską i pokonywania przeszkód w postaci schodów, stopni, krawężników itp. nie powinno stanowić problemu. Większość pensjonariuszy DPS ma trudności w poruszaniu się i rzadko opuszcza mury budynku samodzielnie. Najwyższe oceny dziedziny somatycznej w badaniach własnych uzyskano w podskalach: ból i dyskomfort, a także zależność od leków i leczenia, najniższe – energia i zmęczenie oraz zdolność do pracy. Świadczy to o tym, że osoby starsze odczuwają ból fizyczny, który może być dla nich uciążliwy i utrudniać w pewnym stopniu codzienne funkcjonowanie, np. zdolność do pracy, podczas codziennych obowiązków. Zażywają leki na różne dolegliwości spowodowane schorzeniami wieku podeszłego. Z wiekiem przychodzi też uczucie zmęczenia i braku energii, na które również zwracają uwagę badani. Wszystkie elementy dziedziny fizycznej wyżej oceniają badani do 75 roku życia. Sprawność fizyczna zmniejsza się z wiekiem, a dolegliwości utrudniające codzienne funkcjonowanie nasilają się. Właśnie to może być powodem, dla którego osoby młodsze oceniają dziedzinę fizyczną lepiej. Biorąc pod uwagę BMI (Body Mass Index) wyższe wyniki dziedziny fizycznej uzyskali badani z nadwagą, najniższe – z oty-

łością. Nadwaga nie wpływa jednak w sposób tak znaczący na zdolności fizyczne, jak otyłość. Osoby otyłe prezentują znacznie niższy poziom sprawności fizycznej. Analizując poziom wykształcenia dostrzegamy, że najwyższe wyniki dziedziny fizycznej uzyskali badani z wykształceniem wyższym, najniższe z zawodowym. Może to wynikać z faktu większej świadomości osób wyżej wykształconych i wyższego poziomu wiedzy dotyczącej praktyk zdrowotnych i wpływu naszego postępowania na stan zdrowia. Większość dziedzinę psychologiczną oceniła przeciętnie (DPS przeciętnie a UTW pozytywnie). Wyższe wyniki w dziedzinie psychologicznej prezentują badani z UTW. Jak obrazuje dziedzina psychologiczna, również na ten aspekt naszego życia ma wpływ miejsce zamieszkania. Osoby zamieszkujące w instytucji, jaką jest DPS, mają niższy poziom samoakceptacji, zadowolenia z siebie i swojego życia niż te, które mieszkają w swoim domu lub z rodziną, aktywnie biorący udział w życiu społecznym. W tej kwestii Grzegorzyczyk również zwraca uwagę na lepsze nastawienie psychiczne słuchaczy UTW. Zauważa, że w mniejszym stopniu dotyczą ich problemy związane z depresją. Mają także lepsze relacje w kontaktach z innymi ludźmi [8]. Dziedziny socjalną pozytywnie oceniła połowa badanych (DPS przeciętnie a UTW pozytywnie). Okazuje się, że na dziedzinę socjalną największy wpływ miało miejsce zamieszkania. Badani z grupy DPS, pomimo osiągnięcia niższego wyniku niż słuchacze UTW, osiągnęli wynik w obszarze przeciętnym. Może to wynikać z faktu, że w placówce odnaleźli przysłówią bratnią duszę, przyjaciół i dopiero tam nawiązali kontakty z ludźmi w swoim wieku, mających te same problemy i dolegliwości, do których wcześniej nie mieli szansy dotrzeć. Ani wiek, ani płeć nie miały znaczącego wpływu na dziedzinę socjalną. Z badań własnych wynika, że osoby prowadzące w przeszłości aktywny tryb życia lepiej oceniły wsparcie otrzymane od swoich przyjaciół. Może to mieć związek z tym, że osoby bardziej aktywne mają większe możliwości na nawiązanie znajomości niż osoby bierne, spędzające większość czasu w zaciszu domowym. Ogólnie, dziedzinę środowiskową większość ocenia przeciętnie (DPS przeciętnie a UTW pozytywnie). Najwyższe oceny dziedziny środowiskowej uzyskano w podskalach: możliwość zdobycia nowych informacji i umiejętności oraz środowisko domowe. Najniższe za zdrowie i opiekę zdrowotną oraz zasoby finansowe. Badane osoby nie mają problemu z odbiorem bodźców i informacji z otoczenia. Ponadto są zadowolone z warunków, w których miesz-

kają. Osoby mieszkające w środowisku domowym organizują je sobie według własnego uznania. Mieszkańcy DPS mieszkają w warunkach, które zostały stworzone dla ogółu mieszkańców. Pomimo to są oni zadowoleni z warunków mieszkaniowych. Warto zaznaczyć, że w ostatnich latach warunki w DPS znacznie się poprawiły i są często dużo lepsze niż te, w których podopieczni mieszkali wcześniej. Badani są w większości niezadowoleni z dostępności do opieki medycznej, zarówno w DPS, jak i UTW. Długi czas oczekiwania na wizytę u specjalisty, drożące leki to najczęstsze powody niezadowolenia badanych. W DPS niezadowolenie to może wynikać ponadto z faktu, że w ostatnich latach zrezygnowano z zatrudniania w tych placówkach pielęgniarek na rzecz opiekunek medycznych. Zasoby finansowe, którymi dysponują badani, również są ich bolączką. Niskie świadczenia rentowe i emerytalne przy wciąż rosnących cenach żywności, opłat bieżących i leków powodują, że środków finansowych często brakuje. Dodatkowo opłaty za pobyt w DPS uszczuplają zasoby finansowe mieszkańców i sprawiają, że zaspokojenie potrzeb finansowych jest trudniejsze. Generalnie w całej badanej grupie najwyżżej oceniona została dziedzina socjalna, dalej fizyczna i najniżej dziedzina psychologiczna. W grupie DPS dziedzina socjalna, dalej środowiskowa i najniżej psychologiczna. W grupie UTW najwyżżej oceniono dziedzinę fizyczną, dalej środowiskową i najniżej psychologiczną. Ciekawe badania związane z tematem jakości życia osób starszych zostały przeprowadzone przez Muszaliak. Wykazała, że istotnie częściej niż u pacjentów młodszych występują u badanych ograniczenia w zakresie poruszania się, dolegliwości bólowe oraz spadek energii życiowej niezbędnej do podejmowania codziennych aktywności życiowych, bez względu na rodzaj przewlekłego schorzenia [9]. Rozpatrując jakość życia i odnosząc ją do wieku badanych – w niniejszej pracy wyżej ocenili ją badani w wieku 76-89 lat, natomiast zadowolenie ze zdrowia w wieku do 74 lat. Osoby powyżej 75 roku życia być może postrzegają swój wiek jako zaawansowany, w którym pewne dolegliwości mogą się pojawiać i jest to nieodzownym i naturalnym objawem starości, dlatego mogą oceniać swoją jakość życia jako wyższą. Może to wynikać także z tego, że bardziej holistycznie patrzą na swoje życie, oceniając je ogólnie, a nie patrząc na pojedyncze obszary, w których nie wszystko musi być idealne i pozytywne. Rozpatrując związek jakości życia z miejscem zamieszkania widać, że zdecydowanie niższe wyniki uzyskali mieszkańcy DPS. Można powiedzieć, że miesz-

kańcy DPS to osoby często chore przewlekle, niesamodzielne, co może również rzutować na poziom ich jakości życia. Analiza kwestionariusza MNA dotyczącego stanu odżywienia pozwala stwierdzić, że badani jako grupa prezentują wynik z ryzykiem niedożywienia. Wynik ten powstał za sprawą badanych z grupy DPS. Wynik grupy UTW, to wynik stanu odżywienia dobry. Najwięcej osób uzyskało wynik stanu odżywienia dobry, najmniej niedożywienie. Znacząco niższy wynik stanu odżywienia uzyskali mieszkańcy DPS. Badania przeprowadzone przez Humańską wskazują na istnienie związku pomiędzy stanem odżywienia osób w starszym wieku, a miejscem zamieszkania, co zostało potwierdzone na podstawie również niniejszych badań. Badani mieszkający z rodziną cechują się mniejszym ryzykiem niedożywienia niż pensjonariusze DPS. Może to wynikać z ilości podopiecznych i ich stanu. Część osób wymaga pomocy w karmieniu lub przygotowywaniu posiłków, co wymaga czasu i odpowiedniej ilości personelu. Karmienie odbywać się może w pośpiechu i często podopieczni tracą apetyt i ochotę na spożywanie posiłku. Badani zamieszkujący samotnie, to osoby o stanie odżywienia dobrym, badani mieszkający z rodziną i w instytucji, to grupy z ryzykiem niedożywienia. Może to mieć związek z koniecznością bycia samowystarczalnym i faktu, że samemu można wybrać, jakie produkty, w jaki sposób przetworzone oraz jak przygotowane i podane, będzie się spożywało [10]. Osoby mieszkające samotnie są samodzielne i dobrze radzą sobie z wyborem, przygotowaniem produktów żywnościowych, a często wręcz „dogadzą sobie” i tracą umiar w spożywaniu np. słodczy doprowadzając do problemów zdrowotnych związanych z nadwagą i otyłością. Rodzina dba o prawidłowe odżywianie starszej osoby, ale często również nie ma czasu na karmienie, asystowanie w jedzeniu, co doprowadza do braku apetytu i niechęci do jedzenia, aby „nie robić kłopotu bliskim”. Borowiak porusza w badaniach problem odżywienia seniorów. Wyniki wskazują na istotną korelację pomiędzy niezadowolającym stanem odżywienia a sprawnością w codziennych czynnościach, częstszym występowaniem dolegliwości bólowych i ich większym nasileniem. Większość osób starszych, szczególnie korzystających z pomocy instytucji opiekuńczych, wykazuje ryzyko niedożywienia, co pokrywa się z badaniami własnymi. Jednocześnie osoby te mają gorsze samopoczucie, a co za tym idzie również gorszą jakość życia. Jest to duże wyzwanie dla personelu pielęgniarskiego i należy zwrócić baczną uwagę na stan odżywie-

nia podopiecznych, szczególnie w instytucjach opiekuńczych [11]. Uzyskane wyniki pokazują, że osoby starsze różnią się między sobą poziomem jakości życia i jest on uwarunkowany wieloma czynnikami. Są to między innymi: miejsce zamieszkania, płeć, a także stan odżywienia. Wykazano, że stan odżywienia ma wpływ na poziom jakości życia. Zaburzenia w stanie odżywienia są często bagatelizowanym problemem, szczególnie wśród osób starszych. Dbłość o prawidłowe odżywianie i dostarczanie wszystkich, niezbędnych składników pokarmowych jest podstawą do zachowania jak najdłuższej sprawności, unikania bądź minimalizowania negatywnych skutków chorób przewlekłych, a w rezultacie utrzymania na wysokim poziomie zadowolenia ze zdrowia i jakości życia.

Wnioski

1. Osoby po 65. roku życia różnią się między sobą stanem odżywienia (DPS ryzyko niedożywienia a UTW stan odżywienia dobry). Mniejsze ryzyko niedożywienia prezentują kobiety, osoby poniżej 75. roku życia oraz zamieszkujące samotnie.
2. Badani różnią się różnią się od siebie jakością życia. Generalnie najwyżej w DPS została oceniona dziedzina socjalna, dalej środowiskowa i najniżej psychologiczna, a w grupie UTW najwyżej oceniono dziedzinę fizyczną, dalej środowiskową i najniżej psychologiczną.
3. Wykazano związki pomiędzy stanem odżywienia a jakością życia. Najwyższe wyniki w jakości życia, zadowolenia ze zdrowia a także dziedziny fizycznej i środowiskowej osiągnęli badani o dobrym stanie odżywienia, najniższe z niedożywieniem.
4. Uzyskane wyniki mogą pomóc w lepszym zrozumieniu problemów żywieniowych osób starszych oraz ich wpływu na jakość ich życia. Należy zwrócić uwagę na często bagatelizowany problem odżywiania osób starszych.

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Adres do korespondencji:

✉ Krystyna Kurowska

Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa

Zakład Teorii Pielęgniarstwa CM w Bydgoszczy,

UMK Toruń

ul. Techników 3; 85-801 Bydgoszcz

☎ (+48 52) 585 21 94

✉ krystyna_kurowska@op.pl

Piśmiennictwo

1. Klich-Rączka A. Żywnienie i pielęgnacja seniorów. W: Geriatria z elementami gerontologii ogólnej: podręcznik dla lekarzy i studentów. Grodzicki T, Kocemba J, Skalska J (red.). Gdańsk: Via Medica; 2007. str. 413-417.
2. Jabłoński E, Kaźmierczak U. Odżywianie się osób w podeszłym wieku. Gerontol Pol 2005;13(1):48-54.
3. Radzik T, Prażmowska B. Zastosowanie skal do oceny sprawności psychoruchowej w planowaniu opieki nad pacjentem w podeszłym wieku. W: Seniorzy w społeczeństwie XXI wieku. Krobicki M, Szarota Z (red.). Kraków: Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne; 2004. str. 47-60.
4. Gazzotti C, Albert A, Pepinster A, Petermans J. Clinical usefulness of the mini nutritional assessment (MNA) scale in geriatric medicine. J Nutr Health Aging 2000;4(3):176-81.
5. http://www.umed.pl/geriatria/pdf/calosciowa_ocena_ger.pdf 10.07.13
6. Nestle Nutrition Institute – MNA® Elderly – Overview [on-line]. Dostępny w World Wide Web:<<http://www.mna-elderly.com> 22.01.14.
7. Wołowicka L, Jaracz K. Polska wersja WHOQOL – WHOQOL 100 i WHOQOL Bref. W: Jakość życia w naukach medycznych. Wołowicka L (red.). Poznań: Wydaw. Ucz. AM; 2001. str. 235-280.
8. Grzegorzczak J, Kwolek A, Bazarnik K, Szeliga E, Wolan A. Jakość życia osób mieszkających w domach pomocy społecznej i słuchaczy uniwersytetu trzeciego wieku. Prz Med Uniw Rzesz 2007;5(3):225-33.
9. Muszalik M, Kędziora-Kornatowska K. Jakość życia przewlekle chorych pacjentów w starszym wieku. Gerontol Pol 2006;14(4):185-9.
10. Humańska M, Kędziora-Kornatowska K. Wpływ miejsca zamieszkania osób w podeszłym wieku na stan odżywiania się. Gerontol Pol 2009;17(3):126-8.
11. Borowiak E, Barylska A. Problemy seniorów przebywających w Domu Dziennego Pobytu wyzwaniem dla pielęgniarki. Probl Pielęg 2007;15(1):13-9.