



## Interdyscyplinarne Spotkania Geriatryczne

# Odżywianie osób w wieku podeszłym- problem otyłości i niedożywienia



mgr Teresa Niechwiadowicz-Czapka

Instytut Pielęgniarstwa

Zakład Podstaw Opieki Pielęgniarskiej



## Interdyscyplinarne Spotkania Geriatryczne

Jedzenie informuje o statusie ekonomicznym człowieka i jego relacjach społecznych.

Jest jedną z przyjemności życia,  
dostarcza wrażeń smakowych i estetycznych.





## Interdyscyplinarne Spotkania Geriatryczne

Spożywanie posiłków w grupie  
(rodzina, przyjaciele)  
potwierdza przynależność do niej.





# Zalecenia żywieniowe wg klasycznej piramidy żywienia , zaleceń Instytutu Żywności i Żywienia oraz Światowej Organizacji Zdrowia





- *5 tys. różnych dodatków do żywności:*  
*smak, zapach, wygląd = uzależnienie psychiczne =*  
*rozpędzają apetyt, wchodzi w interakcje z lekami*
- *Z NLPZ = uszkodzenie wątroby, niewydolna*  
*wątroba = przybieranie na wadze*





Dobre odżywienie wspomaga zdrowie  
i produktywne życie ludzi starszych.

Z wiekiem rośnie ryzyko niedożywienia = osłabienie,  
zwiększenie zachorowalności i śmiertelności.





# Zapotrzebowanie na składniki pokarmowe osób starszych

- **Białko:** 1,2 – 1,5 g/kg cc

80 g / dobę : 0,5 l mleka

50 g serów

100 g chudej wędliny

- **Tłuszcze :** 60 g/ dobę (w tym tłuszcz niewidzialny).

Do smarowania pieczywa 20 – 25 g

- **Węglowodany** – podstawa diety .





**Białko** : 1,2 – 1,5 g/kg ciężaru ciała, tj. 80 g/dobę.

Taką ilość zapewnia spożycie 0,5 l mleka  
lub 50 g serów lub 100 g chudej wędliny.

Połowa spożywanego białka powinna być pochodzenia zwierzęcego, ponieważ ujemny bilans azotowy oraz zużywanie pokarmów białkowych dla wytwarzania energii prowadzi w konsekwencji do niedoborów białek.







# Tłuszcze : 60 g/ dobę

Do smarowania pieczywa używać nie więcej niż 20-25 g masła /dobę.

Zalecane jest większe spożycie NNKT.





# Węglowodany

Są podstawą diety.  
Dominować powinny  
węglowodany  
złożone.

Unikać słodyczy -  
powodują  
przeciążenie układu  
wysepkowego trzustki

,  
są niewskazane  
w miażdżycy.





## Składniki mineralne

**żelazo** – zapotrzebowanie dzienne to **10 mg** .

Częsty jest u osób starszych niedobór żelaza z powodu nieprawidłowej diety, upośledzonego wchłaniania i strat.

Prowadzi to do niedokrwistości.



**Wapń** - zapotrzebowanie dzienne wynosi **800** do **1200 mg**:

- cztery plasterki **żółtego sera**
- trzy szklanki mleka
- dwie szklanki jogurtu(kefiru,maślanki )
- **albo aż 1 kg białego sera.**
- Produkty fermentowane zwiększają przyswajalność wapnia.





# Witaminy

Niedobory spowodowane są niewłaściwą dietą i sposobem przygotowania posiłków oraz dysfunkcją przewodu pokarmowego.





Najczęstszy jest brak witamin z grupy B:

**B 12 i kwasu foliowego,**

które niezbędne są do syntezy kwasów nukleinowych erytrocytów.

Skutkiem niedoborów jest niedokrwistość.







*Zwierzęce modele ujawniają, że niedobór foliatów i wysoki poziom homocysteiny niekorzystnie wpływa na odnowę DNA w neuronach hipokampa i czyni je podatnymi na toksyczność  $\beta$  amyloidu.*

*Wzrost poziomu homocysteiny / niedobór B12 koreluje z zanikiem mózgu w badaniu autopsyjnym oraz poprzez udział w mechanizmie uszkodzania naczyń krwionośnych jest czynnikiem ryzyka rozwoju choroby Alzheimera.*



# UWAŻAJ, CO JESZ !





## Witamina D



## Witamina D 3

Dla osób po 60-tym r.ż. zapobiega utracie Ca





# WODA dla seniora



- Odwodnienie może powodować zaburzenia psychiczne



- Alkohol , kawa ?





Zakazy dietetyczne dla seniorów -  
często bez istotnego wpływu na  
przebieg schorzenia i postęp  
miażdżycy.





# Zapotrzebowanie kaloryczne

Zależy od :

- ciężaru ciała

- procesów chorobowych, które wymagają leczenia dietetycznego i uzupełnienia niedoborów

- aktywności fizycznej/wykonywanej pracy:

lekka praca fizyczna: 1800- 2500 kcal/dobę

mała aktywność fizyczna:1400-1650 kcal/dobę.





# Potencjalne problemy pielęgnacyjne związane z żywieniem seniorów

## **Lęk przed głodem**

zostawiają jedzenie „na później”,  
w nieodpowiednich miejscach, gdzie szybko psuje się i może być przyczyną groźnego zatrucia pokarmowego.



## **Prymitywizm odżywiania się**

- rzeczywisty brak środków na zakup jedzenia
- nadmierna oszczędność
- braku napędu

**Zawsze prowadzi niedoborów pokarmowych!**



# Niechęć do jedzenia

- braki w uzębieniu , źle dopasowane protezy zębowe utrudniają gryzienie
- zmiany w stawie żuchwowo-skroniowym
- zmniejszone wydzielanie śliny
- zmiany w odczuwaniu smaków słodkiego i kwaśnego, a zwiększone gorzkiego.
- zaparcia - złe samopoczucie i utrata łaknienia
- zatrucia i samozatrucia pokarmowe
- wyraz sprzeciwu / buntu seniora



# Zaburzenia odżywiania o podłożu psychicznym

- anorexia tardiva (jadłowstręt późny) – niewłaściwy stosunek do jedzenia i niechęć do swojego ciała
- bulimia
- jedzenie przymusowe – szybciej, więcej bez poczucia głodu, gromadzenie jedzenia i spożywanie po kryjomu.



# Otyłość



Skutki zdrowotne.  
Skutki ekonomiczne

*Jeśli nie martwi cię własny brzuch, to pomyśl o zdrowiu dzieci i wnuków!*





Otyłości u osób starszych może towarzyszyć znaczna redukcja masy i siły mięśni (sarcopenic obesity).

To z kolei powoduje ograniczenie aktywności fizycznej seniora, zmniejszenie wydatku energetycznego i nasila otyłość.





# Skutki zdrowotne otyłości

- nadciśnienie, miażdżyca
- niewydolność oddechowa
- zmiany zwyrodnieniowe układu ruchu
- stłuszczenie wątroby, kamica żółciowa, zapalenie trzustki
- zaburzenia metaboliczne: cukrzyca typu 2, hiperinsulinizm, insulinooporność
- zaburzenia psychiczne: depresje, nerwice
- zaburzeń oddychania w czasie snu, tzw. bezdech senny.





**Żywimy się tym, ile strawimy,**  
**a nie tym ile zjemy!**





***The Difference Between Women & Men***



# Anoreksja odwrócona





## Niedożywienie

skutek zachwianej równowagi między zapotrzebowaniem a podażą.

Niedożywienie prowadzi do niedoborów pokarmowych oraz szybko postępującej degradacji psychicznej i społecznej.

Rzadko wykrywane i leczone!



**Uwiąd** – wyniszczenie, w którym następuje zmniejszenie masy mięśniowej i zapasów tłuszczu.

Rezerwa energetyczna zmniejszona, więc każdy dodatkowy bodziec metaboliczny może doprowadzić do wyniszczenia białkowo-energetycznego, gł. hypoalbuminemii.



# Przyczyny niedożywienia

- zmiany fizjologiczne w organizmie
- zmiany inwolucyjne w przewodzie pokarmowym
- brak wiedzy z zakresu prawidłowego żywienia
- jednostronne nawyki żywieniowe



## Przyczyny niedożywienia

- wpływ zażywanych leków (neuroleptyki, diuretyki)
- alkoholizm
- choroby współistniejące: nowotwory, cukrzyca, porażenia, ch. Parkinsona, depresja, demencja
- przyczyny psychiczne: *utrata współmałżonka jako towarzysza przy stole* !





## Skutki niedożywienia

- zmniejszenie wydolności fizycznej i psychicznej
- zmniejszenie tolerancji leczenia
- wzrost kosztów leczenia
- większa skłonność do zakażeń
- wzrost śmiertelności

**Poważnym problemem jest powstanie niedoborów żywieniowych w czasie pobytu chorego w szpitalu !**

## **Niedożywienie:**

- Kraje trzeciego świata -25%
- **Szpitala 40-70%**
- Obozy koncentracyjne - 70-80%



# Ocena niedożywienia przy przyjęciu do placówki leczniczej:

- ubytek mc  $> 10\%$  w ciągu ostatnich 2-3 m-cy
- hyperkatabolizm (gorączka, urazy, oparzenia)
- zwiększona utrata substancji odżywczych (biegunka, przetoki, zaburzenia wchłaniania)
- zabiegi operacyjne na przewodzie pokarmowym
- radioterapia
- leki upośledzające łąknienie (sterydy, antybiotyki, cytostatyki, immunoterapia)
- alkoholizm
- obniżenie stężenia albumin.



## Wskaźnikami niedożywienia są:

- **stężenie albumin** w surowicy krwi poniżej 3,2 g/dl  
oraz **liczba limfocytów** poniżej 1200/ml.
- Pomocne są też badania funkcjonalne: ocena zdolności samodzielnego chodzenia, jedzenia, ubierania się.



**Regularna kontrola i systematyczna ocena stanu odżywienia seniorów jest podstawą działania w kierunku zdrowienia i zapobiegania groźnym powikłaniom.**

**Powinna ona być elementem całościowej oceny geriatrycznej.**



Przyczyny ,dla których pacjent hospitalizowany nie spożywa należytej ilości pokarmów to:

- brak łaknienia
- ból
- duszności
- rodzaj diety
- sposób podawania posiłków
- nieestetyczny wygląd osób podających posiłki



- zapachy szpitala
- wygląd innych chorych (rozległe rany , itp.)
- trudności w samodzielnym spożywaniu posiłków
- inne niż w domu godziny posiłków
- zbyt małe ilości pokarmu





Ważnym zadaniem pielęgniarki jest nadzór nad żywieniem chorych w szpitalu!

✓









# Interdyscyplinarne Spotkania Geriatryczne

**DZIĘKUJĘ ZA UWAGĘ!**