

POTHRANJENOST I DEHIDRACIJA KORISNIKA U DOMOVIMA ZA STARIJE OSOBE I ULOGA NEMARA

SAŽETAK

Cilj ovog rada je prikaz dosadašnjih međunarodnih podataka i spoznaja o malnutriciji i dehidraciji korisnika u institucionalnoj skrbi te senzibilizacija po pitanju ove problematike, a sve u svrhu unaprjeđenja kvalitete života starijih osoba u institucionalnom okruženju. Malnutricija i dehidracija starijih osoba u domovima za starije osobe dva su od najčešćih zdravstvenih problema s kojima se suočavaju korisnici. Predstavljaju vodeći znak zanemarivanja i neadekvatne skrbi i često su rezultat nemara. Sve se više prepoznaju kao glavni međunarodni prioriteti za istraživanja s obzirom na širenje gerijatrijske populacije i ozbiljne posljedice. Osoblje ima zakonsku odgovornost voditi brigu o sigurnosti i dobrobiti svojih korisnika. U većini slučajeva, pravilna prehrana i hidratiziranje uključuju izradu plana i rasporeda prehrane kako bi se zadovoljile individualne potrebe svakog korisnika o kojem se brine. To uključuje uzimanje u obzir bilo kakvih tjelesnih ili mentalnih zdravstvenih problema koje osoba može imati, kao i bilo koje prehrambene potrebe tog korisnika. Nepoštovanje tih potreba može se smatrati nepažnjom ili prijestupom. Stoga je ključno da osoblje ustanove na odgovarajući način bude osposobljeno kako bi se predvidjelo je li korisnik pothranjen ili dehidriran. Prikazani podaci mogu predstavljati polazišnu točku za budu a istraživanja i senzibilizirati akademsku zajednicu i društvo za problematiku institucionalnog nasilja.

1 prof. dr. sc. Silvija Rusac, socijalna radnica, e-mail: srusac@pravo.hr

Pregledni članak
Primljeno: veljača, 2020.
Prihvaćeno: veljača, 2021.
UDK: 364.271: 364.046.6-053.9
DOI 10.3935/ljsr.v28i2.360

Silvija Rusac¹

Studijski centar socijalnog rada
Pravni fakultet
Sveučilište u Zagrebu

Ključne riječi:

starije osobe,
domovi za starije osobe,
dehidracija,
malnutricija,
nemara

UVOD

Važnost starenja svjetskog pučanstva prepoznata je tek prije nekoliko desetljeća. Danas je starenje stvarna činjenica mnogih razvijenih zemalja, posebice europskih, a postaje izraženije i u manje razvijenim zemljama kao posljedica socijalno-ekonomskog razvoja i unapređenja zdravlja (Tomek-Roksandić i sur., 2009.). Na Drugom svjetskom skupu o starenju 2002. godine usvojen je Internacionalan akcijski plan o starenju (*Madrid International Plan of Acting on Ageing*) u kojem se u nizu preporuka i ciljeva navodi i isključivanje svih oblika zanemarivanja, zlostavljanja i nasilja nad starijima, s naglaskom na preventivnom djelovanju (Tomek-Roksandić i Vorko-Jović, 1994.). Naglašavaju se prava starijih osoba utemeljena na načelima iz 1991. godine od strane UN-a, a to su nezavisnost (dovoljno hrane, sklonište i zdravstvena njega, život u sigurnom domu što je dulje moguće); uključivanje (da dijele svoje znanje, doprinose društvenoj zajednici i kažu društvu što žele); njega (pristup kulturno prikladnoj njezi i zaštiti, službe koje će im poboljšati zdravlje, respektiranje njihovih želja, dostojanstva i uvjerenja); samozadovoljstvo (mogućnost razvijanja vlastitih interesa i sudjelovanje u obrazovnim, kulturnim, spiritualnim i društvenim aktivnostima) i dostojanstvo (da ne trpe niti psihičko niti tjelesno zlostavljanje niti diskriminaciju).

Uz nasilje nad starijim osobama u obitelji, institucionalno nasilje je zlostavljanje starijih osoba smještenih u ustanovama poput domova za starije osobe, bolnicama ili ustanovama za dugotrajnu skrb. Autori istraživanja su institucionalno nasilje nad starijima široko kategorizirali, ovisno o njegovom izvoru, na ono koje osoblje čini nad korisnicima (eng. *staff – to – resident – abuse*) i ono koje korisnici čine nad korisnicima (eng. *resident – to – resident – abuse*) (Yon i sur., 2018.). Korisnik može biti žrtva nekoliko oblika nasilja istovremeno što se naziva višestrukim zlostavljanjem (eng. *multiple abuse*) i nije rijetkost (Post i sur., 2010.). Neki autori također govore o kršenju prava starijih osoba kao obliku nasilja koji karakterizira upravo ustanove (Bužgova i Ivanova, 2009.; Lindbloom i sur., 2007.; Sengstock, McFarland i Hwalek, 1990.). Definiraju ga kao kršenje prava na intimnost, privatnost ili slobodu izbora te sprječavanje u donošenju vlastitih odluka i viđanja drugih osoba.

Postoji nekoliko razloga za sve veću prepoznatljivost i zabrinutost oko zlostavljanja starijih osoba: skrb u zajednici i deinstitucionalizacija, demografija i starenje stanovništva, medicinski napredak, tehnologija i poboljšanje javnog zdravstva, usredotočenost na zagovaranje i prava te promjena društvenih struktura kao što su obrasci mobilnosti i promjene u obiteljskim strukturama i sustavima potpore (Penhale, 2010.). Korisnici u domovima za starije osobe posebno su ranjivi i izloženi riziku od neodgovarajuće brige, zlostavljanja i zanemarivanja jer su više ili manje ovisni zbog kroničnih bolesti, posebice osobe s kognitivnim i bihevioralnim problemima (Malmedal, 2013.). Izvješće Svjetske zdravstvene organizacije (WHO, 2002., 2017.)

o nasilju i zdravlju navodi da »bez obzira na vrstu zlostavljanja, izvjesno je da će rezultirati nepotrebnim patnjama, ozljedama ili boli, gubitkom ili kršenjem ljudskih prava i smanjenom kvalitetom života za stariju osobu«.

Iako su se znanja o nasilju nad starijim osobama u obitelji proširila, mnogi zdravstveni, ali i socijalni radnici ostaju neinformirani, osobito po pitanju institucionalnog nasilja koje je rastući problem u našem društvu, ali još uvijek se o tome nedovoljno raspravlja. S obzirom na nedostatak stručnih tekstova i istraživanja u Hrvatskoj, cilj ovog rada je prikaz dosadašnjih međunarodnih podataka i spoznaja o malnutriciji i dehidraciji korisnika u institucionalnoj skrbi, čimbenicima rizika i posljedicama u kontekstu nemara, te senzibilizacija po pitanju ove problematike, a sve u svrhu unapređenja kvalitete života starijih osoba u institucionalnom okruženju. Uz praktične implikacije, svrha rada je omogućiti polazišnu točku za buduća istraživanja i senzibilizirati akademsku zajednicu i društvo za problematiku institucionalnog nasilja.

DEFINICIJA INSTITUCIONALNOG NASILJA

Američka nacionalna akademija znanosti (NAS) nasilje nad starijim osobama definira kao namjernu radnju koja uzrokuje štetu ili stvara ozbiljan rizik od nastanka štete (bez obzira na to je li šteta namjerna) ranjivoj starijoj osobi od strane skrbnika ili druge osobe od povjerenja. Nasiljem se smatra i neuspjeh njegovatelja da zadovolji osnovne životne potrebe starije osobe te da zaštiti stariju osobu od potencijalnog nasilja (Bonnie i Wallace, 2003.). Prema definiciji, dva su glavna uvjeta koja moraju biti zadovoljena kako bi se neko ponašanje moglo okarakterizirati kao nasilje nad starijom osobom: (1) starija osoba je pretrpjela ozljedu, uskratno nečega za čime postoji potreba i/ili nepotrebnu opasnost, (2) osoba od povjerenja je prouzročila štetu ili ju nije uspjela spriječiti.

Nacionalni centar za prevenciju i kontrolu ozljeda (CDC) Sjedinjenih Američkih Država, Odjel za prevenciju nasilja, 2016. godine donio je jednu od najnovijih definicija nasilja nad starijim osobama. Prema toj definiciji, nasilje nad starijom osobom je namjerna čin ili neuspjeh djelovanja njegovatelja ili druge osobe s kojom je u odnosu od kojega se očekuje povjerenje, a koji uzrokuje štetu ili stvara rizik od nastanka štete starijoj osobi. U ovoj definiciji ključne su dvije točke. Nasilje je namjerna čin. Ovime se radnje ne klasificiraju s obzirom na posljedice već s obzirom na prirodu i motive samog djela. Iako su posljedice namjernih i nenamjernih ozljeda gotovo neprimjetne, ovo razlikovanje je važno radi sprječavanja i ograničavanja učinaka procesa koji dovode do namjernih ozljeda, a koji se mogu potpuno razlikovati od onih koji dovode do nenamjernih ozljeda. Druga točka odnosi se na očekivanje povjerenja iz nekog odnosa. To se može definirati kao racionalno uvjerenje ili očekivanje da rođak,

prijatelj, njegovatelj ili druga osoba s kojom postoji zakonski utvrđen profesionalni odnos može ili treba štiti interese starije osobe ili pružati njegu starijoj osobi. Ovo očekivanje temelji se na voljnom pristanku pružanja njege ili obvezi protekloj iz pravnih i društvenih konvencija.

Institucionalno nasilje starijih osoba vezano je uz nedostatak njihove socijalne sigurnosti i financijskih sredstava, a to su čimbenici koji osiguravaju zadovoljavajuću kvalitetu života. Ovaj oblik zlostavljanja odnosi se na diskriminirajuću zdravstvenu, socijalnu i ostalu politiku i praksu prema starijima, te uključuje i neodgovarajuće i uznemiravajuće postupanje javnih službi (Ajduković, 2003.). Još uvijek u svijetu postoji rasprava o definicijama, pokazateljima zlostavljanja i različitim aspektima zanemarivanja. Potrebno je provesti više istraživanja za definiranje pokazatelja zlostavljanja starijih osoba koje bi mogle poslužiti, uz prethodna istraživanja, kao temelj za formuliranje integrativne definicije zlostavljanja starijih osoba. U literaturi se kao glavni koncept koristi »neadekvatna skrb«, uz zlostavljanje i zanemarivanje kao podskupove. Izbor neodgovarajuće skrbi kao primarnog fokusa smatra se najpogodnijim jer nije stigmatizirajući kao koncept zlostavljanja i, nadalje, ne uključuje samo namjerne slučajeve, već i nehotičnu neadekvatnu skrb zbog nedostatka znanja ili nedostatka adekvatnih pristupa uslugama (Fulmer i O'Malley, 1987.). Kao što autori tumače, zlostavljanje i zanemarivanje su podskupovi neadekvatne skrbi: »Svi slučajevi zlostavljanja i zanemarivanja mogu se smatrati neadekvatnom skrbi, definiranom kao prisutnost nezadovoljenih potreba za osobnom skrbi« (Fulmer i O'Malley, 1987.: 21). Definicija uključuje nezadovoljene potrebe za hranom, smještajem, odjećom i odnosima koji pružaju podršku, kao i slobodu od uznemiravanja, prijetnji i nasilja. Ostale nezadovoljene potrebe mogu nastati zbog nedostatka pomoći u aktivnostima svakodnevnog života, kao što su odlazak na toalet, odijevanje, prehrana i uzimanje lijekova. Budući da se zanemarivanje odnosi na određeni neuspjeh (namjerno ili ne-namjerno) pri pružanju skrbi, koristi se i pojam »propuštena skrb« (Kalisch, Landstrom i Williams, 2009.; Phelan, 2009.).

MALNUTRICIJA ILI POTHANJENOST KORISNIKA DOMOVA ZA STARIJE OSOBE I DRUGIH USTANOVA ZA NJEGU

Malnutricija je širok pojam koji se koristi za opis svakog nutritivnog poremećaja, a kreće se od pretilosti, koja je učestala u razvijenom svijetu, preko pothranjenosti, no kada se govori o malnutriciji u užem smislu, misli se na pothranjenost (Vranešić Bender i Krznarić, 2008.). Definira se kao neadekvatan nutritivni status ili pothranje-

nost očitovana nedovoljnim unosom hrane, gubitkom apetita, tjelesne težine i smanjenje mišićne mase, ili kao višedimenzionalni koncept interakcije psihičkih (gubitak, ovisnost, usamljenost) i fizičkih elemenata (kronične bolesti). Potencijalno ozbiljan i često neotkriven, problem malnutricije – koji se ovdje definira kao slaba prehrana koja proizlazi iz nedovoljne ili slabo uravnotežene prehrane ili zbog loše probave ili loše apsorpcije hrane – često se može izbjeći (Abassi i Rudman, 1994.).

Postoji zablude da je gubitak težine glavni simptom malnutricije; međutim, postoji mnogo drugih stvari koje treba uzeti u obzir. Znakovi mogu biti fizički, kao što je suha koža i kosa, lomljivi nokti ili čirevi oko usta. Oni također mogu biti psihološki, uključujući povećanu razdražljivost i depresiju. Pogoršanje vida u noćnim uvjetima i bol u zglobovima znak su nedostatka vitamina i minerala, što je također povezano s malnutricijom. Malnutricija u domovima za starije osobe sve se više prepoznaje kao glavni međunarodni prioritet za istraživanja, s obzirom na širenje gerijatrijskih populacija, ozbiljne posljedice i izazove provođenja istraživanja u domovima za starije. Prema nekim podacima, smrtnost je bila glavna posljedica malnutricije među korisnicima domova za starije, dok su pojedinci s višim indeksom tjelesne mase (BMI-jem) imali manji rizik od smrtnosti. Djelotvorna intervencija za smanjenje malnutricije uključuje dodatke prehrani, veću ulogu korisnika u izboru hrane i programe osposobljavanja za osoblje (Bell, Lee i Tamura, 2015.).

Pregled literature pokazuje da učestalost malnutricije raste starenjem, odnosno s porastom dobi. Istraživanja pokazuju da prevalencija ovog problema nakon 65 godine iznosi od 16% do 85% (ovisno o korištenim parametrima i mjestu stanovanja) (Tsutsumi i sur., 2012.; Ahmed i Haboubi, 2010.). Prevalencija rizika od malnutricije ili pothranjenosti varirala je u ostalim studijama između 49% i 69% (Kiesswetter i sur., 2013.). Razlike u prevalenciji rizika od malnutricije mogu biti posljedica razlika u demografskim, društveno-ekonomskim ili kriterijima uključivanja koji se koriste u ovom istraživanju i prethodnim istraživanjima. Manson i Shea (1991.) procjenjuju da se dijagnoza proteinsko-energetske pothranjenosti može postaviti kod 3–16% funkcionalno nezavisnih starih osoba, kod 17–65% hospitaliziranih i kod 26–59% osoba smještenih u stacionarne ustanove i domove za njegu starijih osoba.

Slijede čimbenici koji određuju nutritivni status starijih osoba, a to su fiziološke, socioekonomske i psihološke promjene. Starije osobe imaju visoki rizik od malnutricije zbog fizioloških čimbenika kao što su gubitak apetita, problemi s okusima i gutanjem te interakcija između unosa lijekove i hranjivih tvari. Nadalje, socioekonomski čimbenici uključuju životni stil, troškove života i životne uvjete. Naposlijetku, psihološki čimbenici kao što su depresija i kognitivni poremećaji također igraju važnu ulogu. Čimbenici okoliša nisu izostavljeni i mogu dovesti do većeg rizika. Posljedice malnutricije kod starijih osoba koje žive kod kuće razlikuju se od onih kod starijih osoba koje su institucionalizirane. Starije osobe koje žive kod kuće suočavaju se s izazovima

kao što su nemogućnost obavljanja svakodnevnih životnih aktivnosti, pogoršavanje funkcionalnosti, a također doživljavaju padove i prijelome, dok se institucionalizirane starije osobe suočavaju s problemima poput dekubitusa, pogoršanja kognitivnog funkcioniranja, infekcija i anemije te produženog boravkom u bolnici. Polifarmacija je također povezana s malnutricijom ili rizikom od malnutricije. Utjecaj polifarmacije na nutritivni status je složen, te su te dvije pojave međusobno povezane (Zadak i sur., 2013.). Polifarmacija je povezana s opadanjem prehrambenog statusa među starijim osobama koje žive u zajednici (Heuberger i Caudell, 2011.), ali u tom slučaju malnutricija može pogoršati zdravlje i dalje povećati uporabu lijekova. Mnogi lijekovi imaju štetne učinke, kao što su promjene osjetila okusa, gubitak apetita ili mučnina, što može smanjiti unos hrane i time dovesti do malnutricije (Pickering, 2004.).

Pogoršanje kognitivnog funkcioniranja također je povezano s malnutricijom ili rizikom od malnutricije. Studija koja je provedena na korisnicima kućne njege potvrđuje tu povezanost (Furuta i sur., 2013.). Malnutricija je povezana s kognitivnim oštećenjem kod starijih ljudi koji žive kod kuće ili u ustanovama za starije osobe (Lee i sur., 2009.; Saka i sur., 2010.). Međutim, međudnos kognitivnog oštećenja i malnutricije ili rizika od malnutricije složen je i recipročan (Saka i sur., 2010.). Kognitivno oštećenje uzrokuje nemogućnost kupovine i pripreme obroka, a u teškim fazama osoba čak može zaboraviti jesti. Oralni zdravstveni problemi također dovode do malnutricije kod osoba s kognitivnim oštećenjem (Roqué, Salva i Vellas, 2013.; Millán-Calenti i sur., 2012.). Utvrđena je značajna povezanost između simptoma depresije i rizika od malnutricije ili pothranjenosti. Dvije prethodne studije koje su provedene na korisnicima kućne njege također su utvrdile ovu povezanost. Nedostatak apetita, gubitak interesa za vlastitu njegu, apatija i fizička slabost mogu objasniti povezanost između malnutricije i depresije. Depresija može smanjiti unos hrane, a nekoliko studija ukazuje na to da je to uobičajeni uzrok malnutricije kod starijih osoba (Kiesswetter i sur., 2013.).

Opasnosti malnutricije ne mogu biti presnažno naglašene, osobito za starije stanovništvo. Implikacije malnutricije s obzirom na zdravstvene probleme s kojima se starije osobe suočavaju su ozbiljne. Neadekvatna prehrana može oslabiti imunološki sustav i otežati apsorpciju lijekova. Zacijeljivanje rana je spriječeno – što u kombinaciji sa slabim mišićima i kostima, a to je čest slučaj kod malnutricije, može otežati oporavak i od manjih nesreća. Malnutricija također predstavlja sve veći trošak za našu zajednicu. Broj prijema u bolnicu ljudi koji su pothranjeni tri puta je veći, a razdoblja oporavka od kirurškog zahvata su duža, što dovodi do bolničkih boravaka duljih od tri dana (Guest i sur., 2011.).

DEHIDRACIJA KORISNIKA U DOMOVIMA ZA STARIJE OSOBE I DRUGIM USTANOVAMA ZA SKRB I NJEGU

Dehidracija je najčešći poremećaj vezan za tekućine i elektrolite kod starijih osoba, kako u slučaju dugotrajne skrbi tako i u zajednici (Lavizzo-Mourey, Johnson i Stolley 1998.). Iako je neadekvatna hidratacija, zajedno s malnutricijom, jedan od ozbiljnijih problema u ustanovama za smještaj starijih osoba, postoji malo istraživanja o rasprostranjenosti granične ili prave dehidracije (Chidester i Spangler, 1997.). U domovima za starije osobe, dehidracija se najčešće događa zbog zanemarivanja kada osoblje zaboravi ili odbije dati dovoljno tekućine. U istraživanju iz 2000. godine koju su proveli Burger i suradnici, rezultati su utvrdili da je od 40 ispitanih korisnika tijekom studije samo jedan korisnik bio pravilno hidratiziran. Značajna većina korisnika u domovima za starije osobe, fizički nije u stanju samostalno uzeti piće i možda neće moći pravilno izraziti svoju zabrinutost ako osjete simptome dehidracije. Stoga osoblje mora uvijek biti na oprezu jer se dehidracija može brzo dogoditi, što dovodi do čitavog niza drugih problema. Nakon dehidracije, korisnici su izloženi riziku od nekoliko drugih medicinskih problema, uključujući oslabljeni imunološki sustav, pogoršanu demenciju, dekubitus, čireve, neravnotežu elektrolita, upale pluća i veću stopu razvoja infekcija.

Istraživači su otkrili da, ako pacijent ili korisnik ima demenciju, ima i povećani rizik od dehidracije. U istraživanju osam različitih domova za starije i nemoćne, 76,1% svih sudionika imalo je demenciju, a 68,8% svih sudionika bilo je dehidrirano ili klasificirano kao da ima predstojeću dehidraciju (Marra i sur., 2016.). Status dehidracije ne samo da može utjecati na kognitivnu funkciju, već također može povećati rizik od infekcija mokraćnog sustava, respiratornih infekcija i zatvora (Mentes, 2006.). Kombinacija ovih problema, koji se mogu spriječiti, može dovesti do teških posljedica za starije osobe.

U nastavku slijedi opis čimbenika rizika od dehidracije kod starijih osoba u domovima za starije osobe.

Fiziološki čimbenici. Fiziološki čimbenici su procesi povezani sa starenjem koji mogu dovesti starije osobe u opasnost od dehidracije. Kako tijelo stari, dolazi do promjena koje utječu na sposobnost održavanja normalne ravnoteže fluida (Scales, 2011.). Ova je kategorija podijeljena u potkategorije, a to su promjene koje se javljaju tijekom starenja. Potkategorije obuhvaćaju pogoršanu percepciju žeđi koja kod starijih osoba uzrokuje izostanak osjećaja potrebe za pićem, disfagiju ili teškoće pri gutanju, smanjenju sposobnost bubrega da razrjeđuju urin i izlučuju višak vode, gubitak nefrona i smanjenje ukupne količine vode u tijelu. Ostale potkategorije obuhvaćaju probleme s vidom, kognitivne probleme, starost preko 85 godina, gubitak koštane i mišićne mase što dovodi do gubitka ukupne vode u tijelu (Ferry i sur., 2001.); slabljenje imunološkog sustava koji izlaže tijelo bolestima, komi i paralizi (Hamilton,

Thomson i Hopkins, 1994.). Oslabljen sluh, gubitak pamćenja (Fraser, 2009.), slabo funkcioniranje bubrega, smanjenje fluida u tijelu od 10% u odnosu na mlađu odraslu osobu i gubitak težine (Scales, 2011.) dovode do toga da su starije osobe izložene riziku od dehidracije.

Funkcionalni čimbenici. Funkcionalni čimbenici koji dovode do toga da su starije osobe izložene riziku od dehidracije obuhvaćaju poremećaje pokretljivosti i neredovito mokrenje; smanjenu ručnu spretnost, pospanost, mokrenje tijekom noći, bolničko liječenje i manjak osoblja; odbijanje tekućine u vrijeme obroka ili užine, potrebu za pomoć pri jelu i pijenju te poteškoće pri komunikaciji o potrebama za tekućinom (Fraser, 2009.); nedostatak pozornosti od pružatelja skrbi i inkontinencija koja dovodi do namjerno smanjenog unosa tekućina (Begum i Johnson, 2010.).

Čimbenici okoliša. Čimbenici okoliša uključuju iscrpljenost od topline i pretjerano izlaganje sunčevoj svjetlosti; izolaciju i usamljenost.

Čimbenici koji se odnose na bolesti. Čimbenici povezani s bolestima uključuju bolesti koje uzrokuju osjetljivost starijih osoba na dehidraciju. Ova kategorija podijeljena je na morbiditete (zatajenje bubrega, zatajenje srca i dijabetes), proljev, povraćanje, povišenu temperatura, neurološke poremećaje (Parkinsonova bolest i opetovani udari), frakturu kuka i operacija zamjene koljena; demenciju, depresiju i afaziju; poliuriju, anoreksiju i Alzheimerovu bolest.

Jatrogeni čimbenici. Jatrogeni čimbenici su čimbenici povezani s određenim lijekovima koji starije osobe izlažu dehidraciji. Ova kategorija podijeljena je na laksative, sedative, diuretike i nuspojave lijekova (Begum i Johnson, 2010.).

Praktično gledano, slijede najčešći slučajevi s kojima se korisnici mogu suočiti:

- Starije osobe s bubrežnim bolestima imaju veći rizik od dehidracije zbog povećane potrebe za mokrenjem.
- Starije osobe s neliječenim i nekontroliranim dijabetesom također imaju velik rizik od dehidracije.
- Starije osobe s problemima vezanim uz pokretljivost, ili osobe koje su fizički nesposobne za obavljanje jednostavnih stvari kao što su samostalno uzimanje vode ili vježbanje imaju visok rizik od dehidracije.
- Starije osobe s groznicom, grloboljom ili drugim bolestima također su osjetljive na dehidraciju jer imaju slabije izraženu potrebu za jelom i pićem.

Posljedice dehidracije i malnutricije korisnika u ustanovama i uloga nemara

Mali se broj istraživanja bavi posljedicama nasilja nad starijima u ustanovama (Castle, Ferguson – Rome i Teresi, 2015.), a većinom je riječ o onima koja su analizi-

rala arhivsku građu (izvješća pravobranitelja, spise nadležnih službi, članke i drugo). Posljedice za žrtve mogu biti drastične upravo zato što u ustanovama žive ranjive i kronično bolesne osobe (Lindbloom i sur., 2007.). Pregledom literature, Lindbloom i suradnici (2007.) utvrdili su da su posljedice zanemarivanja starijih osoba najčešće rane od dekubitusa, pothranjenost, gubitak na težini i dehidracija, disfagija (otežano gutanje), loša oralna higijena i posljedično veće stope smrtnosti.

Pristup hrani i vodi osnovne su životne potrebe. Adekvatna prehrana sastavni je dio zdravlja, sreće, neovisnosti, kvalitete života te tjelesnog i mentalnog funkcioniranja (Morley i Silver, 1995.). Nažalost, nije neuobičajeno da se malnutricija i dehidracija pojavljuju kod starijih osoba koje borave u institucionalnoj skrbi. Pružanje skrbi za postizanje pozitivnih ishoda kod korisnika etička je dužnost osoblja doma za starije osobe. Istraživanja su pokazala da neadekvatan broj osoblja predstavlja povećani zdravstveni rizik za korisnike domova za starije (Shipman i Hooten, 2007.). Sama organizacijska i kadrovska struktura u domovima može utjecati na navedene probleme. Kada nepažnja osoblja ostavi korisnika bez odgovarajuće prehrane ili hidratacije, zdravlje i dobrobit tog korisnika dolaze u veliku opasnost. Malnutricija i dehidracija u domu za starije osobe gotovo su uvijek izravni rezultat nepažnje, a mogu biti i znakovi drugih oblika zlostavljanja i neadekvatne skrbi.

Nadalje, malnutricija ili pothranjenost znači da korisnik ne dobiva odgovarajuću količinu hranjivih tvari, vitamina i minerala iz svoje prehrane. Malnutricija može dovesti do brojnih ozbiljnih medicinskih problema. Izostanak pravilne prehrane može ugroziti život starijih osoba.

Dehidracija može utjecati na korisnike domova za starije ako je gubitak tekućine kod pojedinca veći od unosa. To se može dogoditi ako je ustanova nemarna u skrbi koju pruža svojim korisnicima, a korisnici se oslanjaju isključivo na osoblje ustanove. Slično kao i kod neishranjenosti, nedostatak tekućina također može dovesti do ozbiljnih medicinskih problema.

Osim dehidracije, malnutricija kod starijih osoba predstavlja najrasprostranjeniji zdravstveni problem prisutan u domovima za starije osobe. U SAD-u približno 1,6 milijuna korisnika živi u domovima za starije, a procjenjuje se da do trećine tih osoba pati od malnutricije ili dehidracije. U nekim domovima stope pothranjenosti starijih iznose čak do 85 posto. Nadalje, između 30 i 50 posto populacije domova za starije može biti nedovoljne tjelesne težine, potencijalno kao posljedica malnutricije (Mahon, 2000.).

Autorica Janet Mentis (2006.) izvijestila je da je 31% pacijenata koji žive u ustanovama za dugotrajnu skrb u opasnosti od dehidracije. Također, u vrijeme studije Kayser-Jones i Pengilly (1999.) samo je jedan od 40 korisnika u domovima za starije i nemoćne unosio odgovarajuću količinu tekućina. Nadalje, istraživanje je pokazalo da 25 od 40 pacijenata ima bolesti koje su uzrokovane ili povezane s

njihovim problemima dehidracije. Ovi statistički podaci pokazuju neuspjeh u poštovanju određenih »standarda skrbi« koje svi domovi za starije trebaju osigurati korisnicima. Loše osoblje i neodgovarajući nadzor pridonose tim problemima u vidu dehidracije i malnutricije.

PRAKTIČNE IMPLIKACIJE

Malnutricija i dehidracija mogu uzrokovati brzo pogoršanje zdravlja korisnika. Dehidrirani korisnici razvijaju infekcije mokraćnog sustava, što predstavlja vodeći uzrok smrti u domovima za starije osobe. Ovo je pogreška uzrokovana nemarom koju se može spriječiti. Ustanova mora odmah i na odgovarajući način reagirati na sve razumne zahtjeve. To može uključivati edukaciju osoblja, odgovarajući omjer osoblja i korisnika, uključivanje volontera u svrhu pomoći u hranjenju korisnika. Ako je potrebno, ustanova je dužna uzeti u obzir prehrambene preferencije korisnika kako bi se spriječila malnutricija. Ustanove koje ne uspijevaju spriječiti malnutriciju i dehidraciju jasno su prekršile dužnost skrbi za korisniku. Kao takve, odgovorne su za bilo kakvu nastalu štetu.

U većini slučajeva, pravilna prehrana i hidratiziranje uključuju izradu plana i rasporeda prehrane kako bi se zadovoljile individualne potrebe svakog korisnika o kojem se brine. To uključuje uzimanje u obzir bilo kakvih tjelesnih ili mentalnih zdravstvenih problema koje korisnik može imati, kao i bilo koje prehrambene potrebe tog korisnika. Nepoštovanje tih potreba može se smatrati nepažnjom ili prijestupom. Rizik od razvoja tih stanja mnogo je veći kod starijih osoba, kao i od ozbiljnih nuspojava kao rezultat toga. Stoga je ključno da je osoblje ustanove (medicinske sestre, socijalni radnici, njegovatelji) na odgovarajući način osposobljeno kako bi se predvidjelo je li korisnik pothranjen ili dehidriran.

Stručnjaci pomažućih profesija koji rade s osobama starije životne dobi trebaju biti upućeni u znakove koji im mogu ukazati da sa starijom osobom nešto nije u redu i da je navedeno možda rezultat nemara i/ili neodgovarajuće skrbi. Uočavanje navedenih promjena može biti indikator nasilja stoga je edukacija stručnjaka pomažućih profesija neophodna kako bi se pravovremeno dijagnosticiralo i prijavilo nasilje. Dobro organiziranim multidisciplinarnim pristupom u rješavanju ovog složenog i teže uočljivog problema smanjila bi se pojavnost zanemarivanja i zlostavljanja starijih osoba u ustanovama socijalne i zdravstvene skrbi. Potreba za suradnjom proizlazi iz složenosti problema i potrebe za cjelovitim pristupom, u kojem su isprepleteni medicinski, psihosocijalni, pravni i duhovni aspekti problema.

Konačno, valja istaknuti važnost proaktivne uloge zdravstvenih djelatnika i socijalnih radnika koji su često u vrlo neposrednom kontaktu sa starijim osobama/

korisnicima, imaju uvid u njihovo opće psiho-fizičko stanje, te im starije osobe vjeruju. Zbog toga je za očekivati da će znatan broj slučajeva nasilja biti prijavljen upravo od njihove strane. No, Touza Garma (2017.) navodi da usprkos postojanju zakona koji obvezuju socijalne radnike i zdravstvene djelatnike na prijavu nasilja, oni imaju porazno nisku razinu prijave slučajeva (za svaki prijavljeni slučaj, otprilike njih 23 ne bude prepoznato/ prijavljeno). Kao najbolji način za promjenu takve statistike prepoznato je dodatno educiranje osoblja o institucionalnom nasilju, poželjno već tijekom njihovog obrazovanja, ali i naknadno, tijekom radnog vijeka.

ZAKLJUČAK

Malnutricija i dehidracija korisnika u domovima za starije osobe i drugim ustanovama za njegu i skrb dva su najčešća zdravstvena problema s kojima se suočavaju korisnici. Oni su također vodeći znak zanemarivanja i neadekvatne skrbi i često su rezultat nemara. Unatoč tome, u Hrvatskoj nema stručnih tekstova niti empirijskih podataka o ovim rizicima. Osoblje zaposleno u ustanovama ima zakonsku odgovornost da vode brigu o sigurnosti i dobrobiti svojih korisnika. Dio toga je dužnost da osiguraju adekvatnu hranu i vodu korisnicima kako bi se izbjegle malnutricija i dehidracija. Korisnici domova za starije i drugih ustanova su ranjiva populacija koja se oslanja na osoblje, odnosno zaposlenike kako bi osigurali njihovo zdravlje i sigurnost. Često se ne mogu hraniti, ne mogu priopćiti potrebu za hranom ili vodom ili pate od stanja koja ometaju njihovu sposobnost prepoznavanja žeđi ili gladi. U takvim je situacijama neophodno da osoblje ustanove bude pravilno osposobljeno za prepoznavanje i rješavanje pothranjenosti. Redovito pružanje adekvatne prehrane i tekućine ne samo da je neophodno za oporavak, već je neophodno i za preživljavanje korisnika. Osim edukacije i senzibilizacije stručnjaka, za ove probleme i odgovarajuće kadrovske strukture na praktičnoj razini potrebna su i istraživanja na razini institucionalne skrbi iz perspektive korisnika i zaposlenika osmišljenih kroz kvalitativne i kvantitativne nacрте kojima bi se dobio bolji uvid u ovaj problem.

LITERATURA

1. Abassi, A. & Rudman, D. (1994). Undernutrition in nursing homes: Prevalence, consequences, causes and prevention in nursing homes. *Nutrition Reviews*, 52, 113–122.
2. Ahmed, T. & Haboubi, N. (2010). Assessment and management of nutrition in older people and its importance to health. *Clinical Intervent Aging*, 5, 207–216.

3. Ajduković, M. (2003). Nasilje u obitelji. U: Puljiz, V. & Bouillet, D. (ur.), *Nacionalna obiteljska politika*. Zagreb: Državni zavod za zaštitu obitelji, materinstva i mladeži, 239–275.
4. Bell, C. L., Lee, A. S. & Tamura, B. K. (2015). Malnutrition in the nursing home. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*, 18 (1), 17–23. <https://doi.org/10.1097/MCO.0000000000000130>
5. Begum, M. N. & Johnson, C. S. (2010). A review of the literature on dehydration in the institutionalized elderly. *Clinical Nutrition*, 5 (1), e47-e53.
6. Bonnie, R. J. & Wallace, R. B. (eds.) (2003). *Elder mistreatment: Abuse, neglect, and exploitation in an aging America*. Washington: The National Academic Press.
7. Burger, S. G., Kayser-Jones, J. & Bell, J. B. (2000). *Malnutrition and dehydration in nursing homes: Key issues in prevention and treatment*. National Citizens' Coalition for Nursing Home Reform.
8. Bužgová, R. & Ivanová, K. (2009). Elder abuse and mistreatment in residential settings. *Nursing Ethics*, 16 (1), 110–126.
9. Bužgová, R. & Ivanová, K. (2011). Violation of ethical principles in institutional care for older people. *Nursing ethics*, 18 (1), 64–8.
10. Castle, N., Ferguson-Rome, J. C. & Teresi, J. A. (2015). Elder abuse in residential long-term care: An update to the 2003 National Research Council report. *Journal of Applied Gerontology*, 34 (4), 407–443.
11. Chidester, J. C. & Spangler, A. A. (1997). Fluid intake in the institutionalized elderly. *Journal of the American Dietetic Association*, 97, 23–30.
12. Ferry, M., Hininger-Favier, I., Sidobre, B. & Mathey, M. F. (2001). Food and fluid intake of the SENECA population residing in Romans, France. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 5, 235–237.
13. Fraser, G. E. (2009). Vegetarian diets: What do we know of their effects on common chronic diseases? *American Journal of Clinical Nutrition*, 89(suppl), 1607S–12S
14. Fulmer, T. T. & O'Malley, T. A. (1987). *Inadequate care of the elderly: A health care perspective on abuse and neglect*. New York: Springer Publishing Company.
15. Furuta, M., Komiya-Nonaka, M., Akifusa, S., Shimazaki, Y., Adachi, M., Kinoshita, T., Kikutani, T. & Yamashita, Y. (2013). Interrelationship of oral health status, swallowing function, nutritional status, and cognitive ability with activities of daily living in Japanese elderly people receiving home care services due to physical disabilities. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 241, 173–81.
16. Guest, J. F., Panca, M., Baeyens, J. P., de Man, F., Ljungqvist, O., Pichard, C., Wait, S. & Wilson, L. (2011). Health economic impact of managing patients following a community-based diagnosis of malnutrition in the UK. *Clinical Nutrition*, 30, 4, 422–429.

17. Hamilton, G. J., Thomson, C. D. & Hopkins, W. G. (1994). Nutrition knowledge of elite distance runners. *New Zealand Journal of Sports Medicine*, 22 (2), 26–29.
18. Heuberger, R. A. & Caudell, K. (2011). Polypharmacy and nutritional status in older adults: A cross-sectional study. *Drugs Aging*, 28, 315–323.
19. Kalisch, B. J., Landstrom, G. & Williams, R. A. (2009). Missed nursing care: Errors of omission. *Nursing Outlook*, 57 (1), 3–9.
20. Kayser-Jones, J. & Pengilly, K. (1999). Dysphagia among nursing home residents: Consequences and recommendations. *Geriatric Nursing*, 20 (2), 77–82.
21. Kiesswetter, E., Pohlhausen, S., Uhlig, K., Diekmann, R., Lesser, S., Hesecker, H., Stehle, P., Sieber, C. C. & Volkert, D. (2013). Malnutrition is related to functional impairment in older adults receiving home care. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 17, 345–50. <https://doi.org/10.1007/s12603-012-0409-1>
22. Lavizzo-Mourey, R., Johnson, J. & Stolley, P. (1988). Risk factors for dehydration among elderly nursing home residents. *Journal of American Geriatrics Society*, 36 (2), 213–218.
23. Lee, K. S., Cheong, H. K., Kim, E. A., Kim, K. R., Oh, B. H. & Hong, C. H. (2009). Nutritional risk and cognitive impairment in the elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48, 95–99.
24. Lindbloom, E. J., Brandt, J., Hough, L. D., & Meadows, S. E. (2007). Elder mistreatment in the nursing home: A systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 8 (9), 610–616.
25. Mahon, M. (2000). Malnutrition and dehydration plague nursing home residents. *Commonwealth Fund*. The Commonwealth Fund, Preuzeto s: <http://www.commonwealthfund.org/News/News-Releases/2000/Jun/Malnutrition-And-Dehydration-Plague-Nursing-Home-Residents.aspx> (10.3.2019.)
26. Malmedal, K. (2013). *Inadequate care, abuse and neglect in norwegian nursing homes*. Trondheim: Norwegian University of Science and Technology, Faculty of Social Sciences and Technology Management, Department of Social Work and Health Science.
27. Manson, A. & Shea, S. (1991). Malnutrition in elderly ambulatory medical patients. *American Journal of Public Health*, 81 (9), 1195–1197.
28. Marra, M. V., Simmons, S. F., Shotwell, M. S., Hudson, A., Hollingsworth, E. K., Long, E. & Silver, H. J. (2016). Research: Elevated serum osmolality and total water deficit indicate impaired hydration status in residents of long-term care facilities regardless of low or high body mass index. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 116828-836.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2015.12.011>
29. Menten, J. (2006). Oral hydration in older adults: Greater awareness is needed in preventing, recognizing, and treating dehydration. *The American Journal of Nursing*, 106 (6), 40–49.

30. Millán-Calenti, J.C., Tubío, J., Pita-Fernández, S., Rochette, S., Lorenzo, T. & Maseda, A. (2012). Cognitive impairment as predictor of functional dependence in an elderly sample. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54, 197-201.
31. Morley, J. E. & Silver, A. (1995). Nutritional issues in nursing home care. *Annals of Internal Medicine*, 12 (3), 850-859.
32. Phelan, A. (2009). Elder abuse and neglect: The nurse's responsibility in care of the older person. *International journal of older people nursing*, 4 (2), 115-119.
33. Pickering, G. (2004). Frail elderly, nutritional status and drugs. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 38, 174-180.
34. Post, L., Page, C., Conner, T., Prokhorov, A., Fang, Y. & Biroscak, B. J. (2010). Elder abuse in long-term care: Types, patterns, and risk factors. *Research on Aging*, 32 (3), 323-348.
35. Roqué, M., Salvà, A. & Vellas, B. (2013). Malnutrition in community-dwelling adults with dementia (Nutri Alz Trial). *Journal of Nutrition and Health Aging*, 17, 295-299. <https://doi.org/10.1007/s12603-012-0401-9>
36. Saka, B., Kaya, O., Ozturk, G. B., Erten, N. & Karan, M. A. (2010). Malnutrition in the elderly and its relationship with other geriatric syndromes. *Clinical Nutrition*, 29, 745-758.
37. Scales, K. (2011). Use of hypodermoclysis to manage dehydration. *Nursing Older People*, 23 (5), 16-22.
38. Sengstock, M. C., McFarland, M. R. & Hwalek, M. (1990). Identification of elder abuse in institutional settings: Required changes in existing protocols. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 2 (1-2), 31-50.
39. Shipman, D. & Hooten, J. (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. *Journal of Gerontology Nursing*, 33 (7), 15-18.
40. Tomek-Roksandić, S. & Vorko-Jović, A. (1994). Aktualnost obiteljske medicine u zaštiti zdravlja starijih ljudi. *Liječnički vjesnik*, 116, 245-250.
41. Tomek-Roksandić, S., Žuškin, E., Duraković, Z. & Smolej Narančić, N. (2009). Ljudski vijek: doživjeti i nadživjeti 100 godina? *Arhiv za higijenu rada i toksikologiju*, 60 (3), 375-386.
42. Touza Garma, C. (2017). Influence of health personnel's attitudes and knowledge in the detection and reporting of elder abuse: An exploratory systematic review. *Psychosocial Intervention*, 26 (2), 73-91.
43. Tsutsumi, R., Tsutsumi, Y. M., Horikawa, Y. T. & sur. (2012). Decline in anthropometric evaluation predicts a poor prognosis in geriatric patients. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 21, 44-51.

44. Vranešić Bender D. & Krznarić Ž. (2008). Malnutricija – pothranjenost bolničkih pacijenata. *Medicus*, 17 (1), 71–79.
45. World Health Organization (2002). *The Toronto declaration on the global prevention of elder abuse*. Geneva: World Health Organization.
46. World Health Organization (2017). *Elder abuse. Key facts*. Geneva: World Health Organization.
47. Yon, Y., Mikton, C. R., Gassoumis, Z. D. & Wilber, K. H. (2017). Elder abuse prevalence in community settings: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 5 (2), 147–156. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30006-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30006-2)
48. Zadak, Z., Hyspler, R., Ticha, A. & Vlcek, J. (2013). Polypharmacy and malnutrition. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*, 16, 50–55. <https://doi.org/10.1097/MCO.0b013e32835b612e>

Silvija Rusac

MALNUTRITION AND DEHYDRATION OF USERS IN NURSING HOMES AND THE ROLE OF NEGLIGENCE

ABSTRACT

Elderly dehydration and malnutrition are very common types of elder abuse and neglect in nursing homes. Malnutrition and dehydration of the elderly in nursing homes are two of the most common health problems faced by users. They are also a leading sign of neglect and inadequate care and are often the result of negligence. It is the responsibility of the home staff to provide their users with adequate food and fluid. Staff and administrators have a legal responsibility to take reasonable care of the safety and well-being of their users and others who come to the facility. Part of this is the duty to provide adequate food and water to the users to avoid malnutrition and dehydration. In most cases, proper nutrition and hydration involves developing a diet plan and schedule to meet the individual needs of each patient. This includes considering any physical or mental health issues a patient may have, as well as any nutritional needs of that patient. Failure to meet these needs can be considered negligence or transgression. The risk of developing these conditions is much higher in the elderly, as well as the serious side effects as a result. It is therefore crucial that the staff of the establishment is appropriately trained to predict whether the beneficiary is malnourished or dehydrated.

Key words: *the elderly; nursing homes; dehydration; malnutrition; neglect*



Međunarodna licenca / International License:

Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0.