

MAŁGORZATA EWA DRYWIEN¹, AGNIESZKA KUĆ²

¹*Katedra Żywienia Człowieka
Wydział Nauk o Żywieniu Człowieka i Konsumpcji
Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie
Nowoursynowska 159C, 02-787 Warszawa*

²*Zakład Dietetyki i Oceny Żywności
Instytut Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach
Prusa 14, 08-110 Siedlce
E-mail: malgorzata_drywien@sggw.pl
agnieszkakuc26@wp.pl*

SPECYFIKA ZACHOWAŃ ŻYWIENIOWYCH OSÓB STARSZYCH POCHODZĄCYCH ZE ŚRODOWISKA WIEJSKIEGO

WPROWADZENIE

Starzenie się społeczeństwa jest powszechne we wszystkich rejonach świata, szczególnie intensywnie zachodzi ono w Europie i Ameryce Północnej. Subpopulacje ludzi starszych charakteryzują: feminizacja, singularyzacja, spadek dochodów i pogorszenie stanu zdrowia (BŁĘDOWSKI 2012). Populacja osób starszych mieszkających na wsi to w wielu przypadkach ludzie ubodzy, rozproszeni, pozostający często poza systemem emerytalno-rentowym i pomocy społecznej w zakresie zaspokojenia swoich potrzeb materialnych, nie objęci żadną dodatkową pomocą (LESZCZYŃSKA-REJCHERT 2010). Środowisko seniorów wyróżnia wiele problemów takich jak: stan zdrowia, sytuacja ekonomiczna, warunki mieszkaniowe, dyskryminacja i marginalizacja społeczna, zmiany w obrębie rodziny, problemy adaptacyjne i emocjonalne, samotność oraz uzależnienia. W społeczeństwie osoba starsza jest postrzegana gorzej niż osoba młoda, a ma ona swoje potrzeby, które trzeba cały czas obserwować i starać się do nich dostosować po to, aby wraz ze wzrostem potrzeb wzrastała możliwość ich zaspokojenia (IWAŃSKI 2013).

Wiek życia człowieka wydłuża się niezależnie od środowiska społecznego, w 2013 r. długość życia kobiet na polskiej wsi wynosiła około 81 lat, a mężczyzn około 72 lata

(FRENKEL 2015). W tym kontekście poprawa jakości życia i stanu zdrowia jest elementem niezwykle istotnym, tym bardziej, że w ramach przyjętej przez Polskę Międzynarodowej Strategii Działania w Kwestii Starzenia się Społeczeństw (tzw. Plan Madrycki) sformułowane zostały najważniejsze obszary postępowania w stosunku do ludzi starszych, a w tym dbałość o dobry stan zdrowia i dobre samopoczucie (BŁĘDOWSKI 2012). Dobry stan zdrowia i brak konieczności korzystania z opieki zdrowotnej może z jednej strony poprawiać samoocenę ludzi starszych, a z drugiej, zmniejszać koszty leczenia w skali kraju. Prawidłowe zachowania żywieniowe mają kluczowe znaczenie w utrzymaniu zdrowia, tym samym decydują o długości i jakości życia człowieka. Monitorowanie żywienia stanowi podstawę oceny ryzyka wystąpienia niedoborów lub nadmiarów pokarmowych u osób w starszym wieku oraz wynikających stąd skutków zdrowotnych. Bardzo ważne jest podejmowanie kroków w kierunku zmiany stylu życia, a zwłaszcza poprawy zwyczajów żywieniowych (RIVLIN 2007), ale poprzedzone musi być dokładnym rozpoznaniem środowiska wiejskiego.

Zdrowie dla osób starszych okazuje się być ważniejsze niż bezpieczeństwo dochodów, a jednak nie podejmują oni działań w celu jego poprawy. Zwłaszcza osoby starsze mieszkające na wsi są na ogół bierne rucho-

wo, a skłonność do podejmowania aktywności fizycznej maleje wraz z wiekiem, przy tym posiłki spożywane są nieregularnie, a zalecenia dotyczące spożywania 4-5 posiłków dziennie nie są realizowane (IWAŃSKI 2013).

Sposób żywienia, stosunek do jedzenia, nawyki żywieniowe oraz preferencje w tym zakresie stanowią element stylu życia. Niewłaściwe odżywianie jest bezpośrednią przyczyną bądź czynnikiem ryzyka wielu schorzeń takich jak: otyłość, cukrzyca, niedokrwistość z niedoboru, osteoporoza, nowotwory i choroby układu krążenia. Powstanie tych schorzeń może być spowodowane nadmiarem energii pobieranej z pożywieniem, jak i niedoborem żywieniowym oraz niewłaściwą jakością spożywanej żywności. Sposób żywienia jest czynnikiem różnicującym różne grupy społeczne, a wybory kulinarne są jedną ze wskazówek mówiących o przynależności do określonych kręgów społecznych (GÓRĘCKA i współaut. 2009).

Osoby starsze mieszkające na wsi wybierając żywność bardzo często zwracają uwagę na to, aby była wystarczająca do potrzeb związanych z pracami w gospodarstwie, czyli aby była kaloryczna, obfita, ale zarazem niedroga. Często też nie zdają sobie sprawy z tego, jakie są konsekwencje określonej diety dla zdrowia i jakości życia. Nie eliminują z niej produktów i potraw uznanych za nieodpowiednie w racjonalnym żywieniu: tłustych i słodkich. Bardzo rzadko w diecie osób starszych można zauważyć sery, jogurty, świeże owoce, jarzyny i inne potrawy o charakterze prozdrowotnym, ponadto jest ona zazwyczaj monotonna (SZCZERBIŃSKA i współaut. 2011).

Sposób odżywiania, specyficzne potrawy, ich składniki i przyprawy podlegają różnicowaniu regionalnemu. Mówiąc o kuchni wiejskiej wiadomo, że będzie się ona na ogół różnić zestawami jarzyn i ich rodzajem, sposobem przyrządzania mięs, używanymi do tego tłuszczami, ilością makaronów czy ziemniaków i lekkich bądź zawieszistych zup i sosów. Wszystkie te cechy przesadzają o tym, że tradycyjną kuchnię polską stosowaną przez osoby mieszkające na wsi można za nieracjonalną. Jadłospisy wprowadzone uległy z czasem uproszczeniu, a ilość spożywanych pokarmów zmniejszeniu, jednak nadal charakteryzuje się ona nadmierną wartością energetyczną, jest zbyt bogata w tłuszcz zwierzęcy, a uboga w błonnik, wapń i żelazo. Preferencje żywieniowe determinowane są przez wiek, płeć, a następnie stan cywilny. Różnice żywieniowe mogą być najbardziej widoczne pomiędzy kobietami i mężczyznami w koncepcjach żywieniowych oraz postrzeganiu własnego ciała. U osób starszych można zauważyć niewielką goto-

wość do wprowadzania do jadłospisu nowych produktów. Ponadto, osoby starsze o gorszym stanie zdrowia mają tendencję do unikania potraw niskokalorycznych i lżej strawnych. Kobiety, które na ogół bardziej zwracają uwagę na to, co jedzą, nie przenoszą wzorów zdrowego odżywiania na swoich mężów. Bardzo duże znaczenie ma pozycja społeczna, czyli dochód i wykształcenie, różnicujące bardziej wszechstronne preferencje i nawyki żywieniowe (SZCZERBIŃSKA i współaut. 2011).

Zmniejszenie aktywności fizycznej, siły mięśni i wydolności narządów wewnętrznych to objawy ściśle związane ze starzeniem się organizmu. Wynikiem tego jest zmniejszenie intensywności przemiany materii w porównaniu z ludźmi młodszymi. Następuje pogorszenie przewodzenia impulsów nerwowych, czynność nerek zostaje upośledzona, a przesączanie kłębkowe zmniejsza się o ponad połowę, w porównaniu z osobami młodszymi, zmniejszona zostaje także pojemność płuc. Zawartość składników mineralnych organizmu zmniejsza się, co powoduje demineralizację układu kostnego. W efekcie dochodzi do spowolnienia przemian metabolicznych w organizmie, a co za tym idzie, zmienia się zapotrzebowanie na energię i składniki odżywcze (LESZCZYŃSKA i współaut. 2008).

Układ pokarmowy osób starszych jest jednym z tych, w którym zachodzą najpoważniejsze zmiany. Zmniejsza się wyczuwalność smaku i zapachu, co powoduje utratę apetytu. Osoby mieszkające na wsi bardzo często borykają się z chorobami zębów i jamy ustnej, w tym częste są braki uzębienia, co skutkuje problemami z żuciem i rozdrabnianiem pokarmów (MIRZAK 2014). Prowadzi to do ograniczenia spożywania niektórych trudno rozdrabnianych produktów, np. surowych warzyw i owoców, a także do problemów z trawieniem. Zmiany dotyczą też gruczołów ślinowych, gdyż osoby starsze wydzielają mniej śliny. Bardzo częstym objawem jest też ograniczenie czynności motorycznej przewodu pokarmowego i spowolnienie ruchów perystaltycznych, co skutkuje zaleganiem treści żołądkowej i jelitowej oraz zaparciami. Dochodzi także do zmian w wątrobie i układzie żółciowym oraz w trzustce, skutkiem czego jest zmniejszone wydzielanie żółci i insuliny. Bardzo częste są przypadki refluksu żołądkowo-przełykowego, który wpływa na łaknienie i jest odpowiedzialny za ograniczenie podaży niektórych składników odżywczych. Upośledzone zostają przemiany białek wynikające z procesów oksydacyjnych (ATHANASOPOULOU i współaut. 2018) oraz biotransformacja przyjmowanych leków, co spowodowane jest związaną z wiekiem utratą części masy wątroby. Ograniczona zostaje

aktywność enzymów trzustkowych, co pogarsza tolerancję posiłków. Zjawiskami mogącymi wpływać na zaburzenie prawidłowych nawyków żywieniowych są samotność, depresja i zaburzenia funkcji układu nerwowego (JABLONSKI i KAŻMIERCZAK 2005). Osoby starsze zamieszkałe na terenach wiejskich są bardziej narażone na wystąpienie zespołu metabolicznego, do którego zalicza się otyłość brzuszna, dyslipidemie, cukrzycę oraz nadciśnienie tętnicze, chociaż zbyt duża i szybka redukcja masy ciała jest o wiele groźniejsza niż jej przyrost. Niezwykle ważna w tej grupie osób jest opieka medyczna i właściwa interwencja farmakologiczna w przypadkach leczenia cukrzycy, nadciśnienia, dyslipidemii, co skutecznie obniża liczbę zgonów z przyczyn sercowo-naczyniowych. Jednak należy uwzględnić też możliwość zastosowania najtańszych metod profilaktyki zdrowotnej o potwierdzonej skuteczności, czyli rozwijanie wiedzy żywieniowej osób starszych i zachęcanie ich do prowadzenia zdrowego stylu życia poprzez właściwą dietę oraz zwiększoną aktywność fizyczną, a także zachęcanie do kontrolowania parametrów metabolicznych i antropometrycznych (WYSOKIŃSKI 2014).

Jak dotąd w Polsce brak jest kompleksowego rozpoznania problemu sposobu żywienia i stanu odżywienia seniorów urodzonych i mieszkających na wsi, jako elementu istotnego w ochronie ich zdrowia, w opiece nad nimi oraz w szeroko pojętej polityce żywienia.

WYBRANE ZACHOWANIA ŻYWIENIOWE

W ostatnich latach wzrosło zainteresowanie stylem życia, w tym żywnością osób starszych, jednak nadal niedostateczna jest wiedza o specyfice żywienia tej grupy populacyjnej zamieszkującej wieś.

W 2016 r. przeprowadzono pilotażowe badania własne w grupie 58 osób (35 kobiet i 23 mężczyzn) w wieku 65 lat i więcej, urodzonych i zamieszkujących przez całe życie wieś ze wschodnich obszarów województwa mazowieckiego. Osoby te wybrano spośród stu osób zrekrutowanych do badań. Ograniczona liczebność wynika ze sposobu doboru próby, wyrażenia zgody na udział w badaniach oraz możliwości komunikacji z respondentami wynikającej z różnej precyzji w udzielaniu odpowiedzi. Z respondentami przeprowadzono badanie ankietowe z wykorzystaniem kwestionariusza, który składał się z części ogólnej zawierającej metryczkę dotyczącą podstawowych danych socjo-demograficznych, takich jak: wykształcenie, wielkość gospodarstwa domowego, zasoby materialne na zakup żywności, pytania o samoocenę stanu zdrowia, zwyczaj żywie-

niowe, aktywność fizyczną. Do pozyskania informacji o spożytej żywności wykorzystano kwestionariusz częstotliwości spożycia, który obejmował podstawowe grupy produktów spożywczych kluczowych z punktu widzenia racjonalnego żywienia: produkty zbożowe, mleko i przetwory mleczne, mięso i wędliny, ryby, nasiona roślin strączkowych, warzywa, owoce (SULIGA 2010, GRONOWSKA-SENGER 2014). Zapytano też o niektóre zwyczaje żywieniowe, takie jak: używanie soli, cukru, spożycie potraw smażonych, przyjmowanie suplementów diety. Podczas rozmowy z respondentami pozyskiwano też informacje dotyczące zainteresowania zdobywaniem wiedzy na temat żywienia i żywności. Analizę statystyczną uzyskanych wyników przeprowadzono z wykorzystaniem programu statystycznego PS IMAGO 4.0 (IBM SPSS Statistics 24). Za pomocą testu korelacji Rho Spearmana oraz rozkładu χ^2 zbadano zależności i związki między wybranymi czynnikami charakteryzującymi badaną grupę osób a spożyciem grup produktów i zachowaniami żywieniowymi. Wyniki uznawano za istotnie statystyczne przy poziomie istotności $p \leq 0,05$ i $p \leq 0,001$.

Wśród badanych 28% stanowiły osoby w wieku od 65 do 70 lat, natomiast 62% osoby w wieku powyżej 70 lat. Badani od urodzenia mieszkali na terenach wiejskich, mieli wykształcenie podstawowe lub zawodowe, a jedynie 15% wykształcenie średnie. Najmniej osób mieszkało w gospodarstwach sześciuosobowych i liczniejszych, prawie 1/3 w gospodarstwach 3-5 osobowych, natomiast większość respondentów w gospodarstwach dwuosobowych. Większość ankietowanych, zarówno kobiet jak i mężczyzn, oceniła swoją sytuację finansową jako złą, deklarując brak wystarczającej ilości pieniędzy na zakup potrzebnej żywności. Natomiast co trzecia kobieta i co piąty mężczyzna ocenili swoją sytuację jako dobrą (Tabela 1).

Na podstawie deklarowanych danych ustalono, że średnia masa ciała badanych kobiet wynosiła 70 kg, a mężczyzn 95 kg, natomiast średni wzrost kobiet wynosił 165 cm, a mężczyzn 173 cm. Wartości wskaźnika BMI pozwoliły na ustalenie, że u znacznej większości badanych kobiet i mężczyzn (odpowiednio 60% i 75%) był on w zakresie prawidłowym, u 26% i 17% wskazywał na niedożywienie, a u pozostałych na otyłość (OŻGA i MAŁGORZEWICZ 2013).

W zakresie zwyczajów żywieniowych stwierdzono tendencję do spożywania większej liczby posiłków w ciągu dnia u mężczyzn w porównaniu do kobiet. Spożywanie 5 posiłków dziennie zadeklarowało po 5 osób każdej płci, 4 posiłki – 13 kobiet i 9 mężczyzn, 3 posiłki – 14 kobiet i 7 mężczyzn, a

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy (liczba osób badanych).

Cecha	N
Płeć:	
Kobiety	35
Mężczyźni	23
Wiek	
65-70 lat	16
powyżej 70 r.ż.	42
BMI	
niedowaga	13
norma	38
nadwaga	7
Wykształcenie	
podstawowe	50
średnie	8
Wielkość gospodarstwa domowego	
1-2 osób	35
3-5 osób	17
6 osób i więcej	6
Ilość pieniędzy na zakup żywności	
wystarczająca	16
niewystarczająca	42

2 i mniej – 3 kobiety i 2 mężczyzn. Ponad połowa kobiet i mężczyzn miała zwyczaj dosalania lub dosładzania potraw lub napojów. Wśród respondentów można było zauważyć spożywanie tych samych produktów i potraw każdego dnia, co świadczy o małym urozmaiceniu jadłospisów. Do stosowania suplementów witaminowych i mineralnych przyznało się jedynie 9 kobiet i 4 mężczyzn.

Cześć kobiet i mężczyzn deklarowała występowanie chorób lub dolegliwości wpływających na sposób żywienia. Problemy te występowały nieco częściej u kobiet niż u mężczyzn. Tylko co 7. kobieta odbyła rozmowę z lekarzem na temat odpowiedniego odżywiania, natomiast żadna z osób ankietowanych nie zadeklarowała stosowania specjalistycznej diety ani nie wyraziła chęci zdobycia nowych informacji na temat żywności i żywienia. Znacząca większość badanych nie dysponowała odpowiednimi środkami finansowymi na zakup żywności. Najczęstszymi czynnikami decydującymi o wyborze żywności przez badane osoby były względy smakowe, przyzwyczajenia, cena produktów, względy zdrowotne, łatwość dostępu, reklama.

Analiza częstotliwości spożycia wybranych grup produktów wśród osób starszych mieszkających na wsi wykazała niezależnie od płci, że owoce, warzywa i produkty zbożowe jądane były raz dziennie i rzadziej (Tabela 2). Większość badanych spożywała mleko i przetwory mleczne oraz mięso i wędliny raz dziennie i częściej. W przypadku nasion roślin strączkowych i ryb wykazano ich bardzo rzadkie spożycie, natomiast badani chętnie jadal potrawy smażone.

Ponadto stwierdzono, że 74% badanych mężczyzn i 45% kobiet dosalało potrawy, a dosładzało tyle samo mężczyzn i 63% kobiet. Jedynie 3 osoby wypijały ponad 8 szklanek napojów dziennie, czyli zgodnie z zaleceniami, pozostali deklarowali spożycie mniejszej ilości płynów, a 25 osób (15 kobiet i 10 mężczyzn) piło mniej niż 4 szklanki.

Opierając się na wynikach analizy korelacji Rho Spearmana wykazano, że wartości BMI dodatkowo korelowały z częstością dodawania cukru do potraw ($r=0,553$, $p<0,001$). Częstość spożycia owoców i warzyw była dodatkowo skorelowana ze spożyciem produktów zbożowych (odpowiednio: $r=0,555$, $p<0,001$ i $r=0,535$, $p<0,001$), mleka (odpowiednio: $r=0,669$, $p<0,001$ i $r=0,583$, $p<0,001$), a także nasion roślin strączkowych (odpowiednio: $r=0,289$, $p<0,03$ i $r=0,281$, $p<0,03$). Produkty zbożowe były częściej spożywane przez osoby często spożywające mleko ($r=0,577$, $p<0,001$), mięso ($r=0,376$, $p<0,004$) oraz ryby ($r=0,270$, $p<0,04$). Dodawanie cukru i soli do potraw korelowało wzajemnie dodatkowo ($r=0,283$, $p<0,03$).

Analiza badań przeprowadzona wśród osób starszych mieszkających na wsi wykazała nieprawidłowości w zachowaniach żywieniowych badanych osób. Podstawowa przemiana materii zmniejsza się wraz z wiekiem, a w konsekwencji zmniejsza się zapotrzebowanie na makroskładniki (JAROSZ i RYCHLIK 2008). Jednak zapotrzebowanie na niektóre mikroskładniki zwiększa się, tak więc dieta osób starszych powinna cechować się dużą gęstością odżywczą, czyli dostarczać zwiększoną ilość składników mineralnych i witamin na jednostkę energii. Osoby starsze powinny regularnie spożywać 4-5 posiłków dziennie (ROSZKOWSKI 2010), natomiast w badaniach własnych zalecenia te spełniało 50% ankietowanych kobiet i 62% mężczyzn. W przeprowadzonym badaniu zauważono częste spożycie mięsa i wędlin, potraw smażonych, słodczy oraz dodawanie cukru do produktów i napojów, co najbardziej było widoczne u mężczyzn. Co prawda częstość spożycia nie zawsze dodatkowo koreluje z ilością, ale może być wskazówką do pogłębienia analiz, gdyż pobieranie tych produktów w zwiększonej ilości prowadzić może

Tabela 2. Częstość spożywania wybranych grup produktów spożywczych w badanej populacji zależnie od płci.

Wyróżnik	Częstość*		Częstość (% z płci)			
	X; SD	M	1**	2	3	4
Owoce (p=0,76)						
Kobiety	2,29; 1,1	2	31,4	25,7	25,7	17,1
Mężczyźni	2,39; 1,0	3	26,1	21,7	39,1	13,0
Warzywa (p=0,74)						
Kobiety	2,60; 1,4	3	22,9	22,9	25,7	28,6
Mężczyźni	2,61; 1,1	3	21,7	17,4	39,1	21,7
Produkty zbożowe (p=0,83)						
Kobiety	1,97; 1,2	2	48,6	22,9	11,4	17,1
Mężczyźni	1,87; 1,1	1	52,2	26,1	4,3	17,4
Mleko i przetwory (p=0,15)						
Kobiety	2,97; 0,9	3	8,6	17,1	42,9	31,4
Mężczyźni	3,04; 1,2	4	17,4	13,0	17,4	52,2
Mięso i przetwory (p=0,05)						
Kobiety	2,60 ^a ; 1,1	3	20,0	28,6	22,9	28,6
Mężczyźni	3,22 ^b ; 0,7	3	0,0	17,4	43,5	39,1
Ryby (p=0,75)						
Kobiety	1,26; 0,6	1	80,0	14,3	5,7	0,0
Mężczyźni	1,30; 0,6	1	73,9	21,7	4,3	0,0
Nasiona strączkowych (p=0,31)						
Kobiety	1,09; 0,3	1	91,4	8,6	0,0	0,0
Mężczyźni	1,17; 0,4	1	82,6	17,4	0,0	0,0
Produkty smażone (p<0,001)						
Kobiety	1,23 ^a ; 0,4	1	77,1	22,9	0,0	0,0
Mężczyźni	2,70 ^b ; 0,8	2	0,0	52,2	26,1	21,7

Częstość: wartość średnia i odchylenie standardowe; mediana na podstawie skali 4-punktowej, gdzie 1 – rzadziej niż raz w tygodniu; 2 – kilka razy w tygodniu; 3 – raz dziennie; 4 – kilka razy dziennie. ^{a-b}Wartości średnie dla danej grupy produktów oznaczone różnymi literami różnią się istotnie statystycznie przy $p<0,05$ (ANOVA).

do nadmiernego spożycia energii, tłuszczów oraz cukrów prostych, a co za tym idzie zwiększa się ryzyko otyłości, chorób układu krążenia, cukrzyca czy niektórych nowotworów. Nie jest znany rodzaj tłuszczu stosowany do smażenia, ale biorąc pod uwagę częstość jadań tak przygotowanych potraw można przypuszczać, że ich wartość energetyczna była znaczna, bowiem dodatek 1 łyżki tłuszczu do smażenia zwiększa kaloryczność potrawy średnio o około 100 kcal (KUNACHOWICZ i współaut. 2012). Może to też niekorzystnie zmieniać proporcje w dostarczaniu energii przez makroskładniki. Pomimo że wraz z wiekiem zmniejsza się synteza laktazy, co może powodować nietolerancję cukru mlecznego i dokuczliwe dolegliwości (KALIBATIENE i współaut. 2006), to jednak w badanej populacji wszyscy spożywali mleko, co jest zjawiskiem bardzo korzystnym w tej grupie wiekowej, szczególnie w przypadku kobiet. Badania przeprowadzone przez WŁODARKA i współaut. (2012) wykazały niską podaż wapnia u kobiet po 65. roku życia, co wskazuje na zbyt małe spożycie produktów mlecznych, będących głównym źródłem tego

składnika. Jednak te same badania potwierdziły, że częstość spożycia produktów mlecznych koreluje dodatnio z podażą wapnia. W badaniu własnym ustalono, że większość badanych spożywała mleko i jego przetwory co najmniej raz dziennie. Można więc przypuszczać, że w populacji wiejskiej mleko jest podstawowym źródłem tego składnika. W badaniach stwierdzono niezbyt częste spożycie produktów, takich jak owoce i warzywa, rośliny strączkowe, ryby i produkty zbożowe. WHO (2000) zaleca spożywanie warzyw i owoców w ilości nie mniej niż 400 g/dzień, w praktyce powinny to być 2 porcje owoców i 3 porcje warzyw dziennie, które powinny być dodawane do każdego posiłku (WOLNICKA i RYCHLIK 2008). Stosowanie się do tych zaleceń wśród badanej populacji można zauważyć u 14% osób w przypadku owoców i 28% w przypadku warzyw. Nie są to wyniki zadowalające ponieważ sugerują, że osoby starsze mogą mieć niedobory witaminy C oraz niektórych składników mineralnych, np. potasu, ale też błonnika pokarmowego, który reguluje pracę przewodu pokarmowego i zapobiega zaparciom.

Rośliny strączkowe nie cieszyły się popularnością wśród badanych. Wynikać to może stąd, że są produktami ciężkostrawnymi mogącymi powodować wzdęcia i odczucie dyskomfortu. Także zbyt długi czas przygotowania tych produktów i zbyt mała ilość znanych przepisów kulinarnych mogła mieć na to wpływ (GÓRNICKA i współaut. 2011). Produkty zbożowe są źródłem węglowodanów złożonych, które powinny pokrywać 50-60% dziennego zapotrzebowania na energię. Wśród osób ankietowanych częstotliwość ich spożycia nie była duża i potwierdza spadkową tendencję w konsumpcji produktów zbożowych w Polsce w ostatnich latach (WINEK 2015). Obserwacje te są też zbieżne z wynikami DZIEDZIC i współaut. (2015), że większa część badanych po 65. roku nie jada produktów zbożowych kilka razy dziennie, a o wiele rzadziej. JEŻEWSKA-ZYCHOWICZ i KRÓLAK (2015) wykazały, że co czwarta osoba po 55. roku życia jada jeden ulubiony rodzaj pieczywa, najczęściej pszenne lub mieszane, kupując je raz w tygodniu. Można na tej podstawie stwierdzić, że osoby starsze mieszkające na wsi wykazują niewłaściwe zachowania żywieniowe w aspekcie produktów zbożowych, które powinny być dla nich znaczącym źródłem węglowodanów złożonych, a także witamin i składników mineralnych. Wśród badanej populacji zbyt mała była częstotliwość spożycia ryb, prawdopodobnie wynikająca z ugruntowanych tradycyjnych zwyczajów żywieniowych, a która jest niekorzystna z punktu widzenia prawidłowej podaży wielonienasyconych kwasów tłuszczowych (n-3) i witaminy D w tej grupie wiekowej.

Wiek powyżej 65. roku życia jest czynnikiem ryzyka odwodnienia organizmu, które prowadzić może m.in. do zaburzeń gospodarki elektrolitowej, a w efekcie do zaburzenia rytmu serca, zmian przewodzenia, pracy nerek, ale też pogorszenia funkcji mózgu (JAROSZ i RYCHLIK 2005). Zapotrzebowanie na wodę u osób starszych wynosi 25-30 ml/kg masy ciała, a aktualne zalecenia mówią, że nie powinno być niższe niż 2000 ml/dzień dla kobiet i 2500 ml/dzień dla mężczyzn (JOŚKO-OCHOJSKA i współaut. 2014). Aby zrealizować te wymagania osoby po 65. roku życia powinny wypijać 8 szklanek płynów dziennie. U badanych osób starszych podaż płynów była niedostateczna, zwłaszcza u tych z najniższym wskaźnikiem BMI, co wymaga większej kontroli oraz podejmowania środków zaradczych. Niepokojące jest też stwierdzone u respondentów częste dosalanie i dosładzanie potraw, co jest efektem zmian fizjologicznych zmysłu smaku, ale też wynika ze zwyczajów, które są w tej grupie populacyjnej dosyć konserwatywne i wynika-

ją z tradycji. Natomiast zjawisko to wymaga potwierdzenia w badaniach ilościowych w celu sprawdzenia, czy spożycie soli kuchennej przekracza 5g/dzień (WHO/FAO 2003).

Brak wystarczającej ilości pieniędzy na zakup odpowiedniej żywności, deklarowany przez większość ankietowanych, może pogłębiać powyższe nieprawidłowości żywieniowe. Efektem było stosowanie tych samych produktów każdego dnia, a odsetek osób starających się urozmaicić swój jadłospis był niski. Osoby starsze narażone są na występowanie nie tylko chorób dietozależnych, ale też niedożywienia (MIRZAK 2014), a więc dietoprofilaktyka w tym przypadku jest bardzo istotna, co powinno być promowane zwłaszcza przez lekarzy pierwszego kontaktu. Wyniki własnych badań pilotażowych wykazały, że żadna z osób ankietowanych nie rozmawiała z lekarzem na temat żywienia. Znaczna część ankietowanych nie była też zainteresowana zdobywaniem wiedzy na temat żywności i żywienia, a względy zdrowotne decydowały o wyborze żywności tylko u 20% badanych.

Wyniki ostatnio prowadzonych badań wykazały, że osoby starsze mieszkające na wsi są populacją o słabo rozpoznanych zwyczajach i nawykach żywieniowych, tym samym mało jest informacji na temat ilościowego aspektu ich sposobu żywienia. Konieczne zatem wydaje się podejmowanie wszelkich działań edukacyjnych skierowanych do osób starszych mieszkających na wsi oraz ich opiekunów, ale także zwrócenie uwagi lekarzy na ten problem, tym bardziej, że dobra wiedza związana z odżywianiem i pozytywne postawy wobec żywienia mogą silnie i korzystnie wpływać na stan zdrowia i jakość życia osób starszych (JERUSZKA-BIELAK i współaut. 2018). Istnieje potrzeba prowadzenia badań nad interakcjami pomiędzy zachowaniami żywieniowymi a innymi zachowaniami związanymi ze stylem życia w celu zapobiegania zaburzeniom wieloetiologicznym w starszym wieku (MARSEGLIA i współaut. 2018).

PODSUMOWANIE

W żywieniu badanej grupy osób starszych stwierdzono nieprawidłowości pod względem jakościowym oraz w zachowaniach żywieniowych, mogące mieć negatywne konsekwencje w nieodpowiedniej podaży wielu składników odżywczych. Stanowi to ryzyko niedożywienia, nadwagi i otyłości, zaburzeń lipidowych, cukrzycy typu 2, nadciśnienia tętniczego, choroby niedokrwiennej serca i innych chorób przewlekłych oraz funkcji poznawczych, co w efekcie może prowadzić do pogorszenia jakości ich życia. W propagowa-

niu zasad racjonalnego żywienia wśród osób starszych należy zwrócić szczególną uwagę na regularność spożycia posiłków, nie stosowanie dosalania i dosładzania potraw oraz unikania spożywania potraw smażonych, zwłaszcza wśród mężczyzn. Dla pozyskania kompleksowych informacji celowe wydaje się przeprowadzenie badań sposobu żywienia rdzennych mieszkańców wsi na szeroką skalę z wykorzystaniem narzędzi badawczych pozwalających na uzyskanie danych ilościowych.

Streszczenie

W ostatnich latach wzrosło zainteresowanie stylem życia osób starszych, w tym żywieniem, jednak nadal niedostateczna jest wiedza o specyfice żywienia tej grupy populacyjnej zamieszkującej wieś. W przeprowadzonym ankietowym badaniu własnym (58 osób, w tym 35 kobiet i 23 mężczyzn) zauważono częste spożycie mięsa i wędlin, potraw smażonych, słodczy oraz częste dodawanie cukru do produktów i napojów, co najbardziej było widoczne u mężczyzn. Znacząca większość badanych nie dysponowała odpowiednimi środkami finansowymi na zakup żywności. Najczęstszymi czynnikami decydującymi o wyborze żywności przez badane osoby były względy smakowe, przyzwyczajenia, cena produktów, względy zdrowotne, łatwość dostępu, reklama. W badanej grupie osób starszych stwierdzono wiele nieprawidłowych zachowań żywieniowych, stanowiących ryzyko niedożywienia lub zespołu metabolicznego, co w efekcie może prowadzić do pogorszenia jakości ich życia. Konieczne zatem wydaje się podejmowanie wszelkich działań edukacyjnych skierowanych do osób starszych mieszkających na wsi oraz ich opiekunów, ale także zwrócenie uwagi lekarzy na ten problem.

LITERATURA

- ATHANASOPOULOU S., CHONDROGIANNI N., SANTORO A., ASIMAKI K., DELITSIKOU V., VOUTETAKIS K., FABBRI C., PIETRUSZKA B., KALUZA J., FRANCESCHI C., GONOS E.S., 2018. *Beneficial effects of elderly tailored mediterranean on the proteasomal proteolysis*. Front. Physiol. 9, 457.
- BŁĘDOWSKI P., 2012. *Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce*. Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa, 30, 181-188.
- DZIEDZIC B., SIENKIEWICZ Z., IMIELA J., 2015. *Analiza wybranych zachowań zdrowotnych osób po 65 roku życia ze stwierdzoną chorobą niedokrwienną serca*. Gerontol. Pol. 3, 47-56.
- FRENKEL I., 2015. *Przemiany demograficzne i aktywność ekonomiczna ludności wiejskiej w latach 2010-2013*. Wieś i Rolnictwo 167, 33-62.
- GÓRECKA D., CZARNOCIŃSKA J., IDZIKOWSKI M., KOWALEC J., 2009. *Postawy osób dorosłych wobec żywności funkcjonalnej w zależności od wieku i płci*. Żywn. Nauka. Technol. Jakość 4, 320-326.
- GÓRNICKA M., PIERZYŃSKA J., WIŚNIEWSKA M., FRACKIEWICZ J., 2011. *Analiza spożycia suchochłonnych nasion strączkowych w latach 1999-2008 w Polsce*. Bromat. Chem. Toksykol. 44, 1034-1038.
- GRONOWSKA-SENGER A., 2014. *Przewodnik metodyczny badań sposobu żywienia*. Warszawa, Komitet Nauki o Żywieniu Człowieka Polskiej Akademii Nauk Warszawa, 2-13. http://www.knozcp.pan.pl/images/Przewodnik_metodyczny_calosc.pdf.
- IWANSKI R. 2013. *Zrównoważony rozwój obszarów wiejskich a sytuacja osób starszych na wsi*. Folia Pomer. Univ. Technol. Stetin. 70, 81-90.
- JABŁOŃSKI E., KAŻMIERCZAK U., 2005. *Odżywianie się osób w podeszłym wieku*. Gerontol. Pol. 13, 48-54.
- JAROSZ M., RYCHLIK E., 2005. *Składniki mineralne, witaminy woda – przyczyny niedoboru u osób w wieku podeszłym*. Żyw. Człow. Metab. 32, 348-357.
- JAROSZ M., RYCHLIK E., 2008. *Przyczyny niedoboru makro i mikroelementów u osób w wieku starszym*. [W:] *Żywienie osób w starszym wieku*. JAROSZ M. (red.). PZWL, Warszawa, 40-51.
- JERUSZKA-BIELAK M., KOLLAJTIS-DOŁOWY A., SANTORO A., OSTAN R., BERENDSEN A. A. M., JENNINGS A., MEUNIER N., MARSEGLIA A., CAUMON E., GILLINGS R., DE GROOT L. C. P. G. M., FRANCESCHI C., HIEKE S., PIETRUSZKA B., 2018. *Are nutrition-related knowledge and attitudes reflected in lifestyle and health among elderly people? A study across five European countries*. Front. Physiol. 9, 994.
- JEZEWSKA-ZYCHOWICZ M., KRÓLAK M., 2015. *Zachowania konsumenckie na rynku pieczywa i ich wybrane uwarunkowania*. Handel Wewnętrzny 2, 185-196.
- JOSKO-OCHOJSKA J., SPANDEL L., BRUS R., 2014. *Odwodnienie osób w podeszłym wieku jako problem zdrowia publicznego*. Hygeia Public Health 49, 712-717.
- KALIBATIENE D., VARVUOLYTE S., ALEKNA V., 2006. *Investigation of hypolactasia in the elderly*. Gerontologija 7, 136-142.
- KUNACHOWICZ H., NADOLNA I., IWANOW K., 2012. *Wartość odżywcza wybranych produktów spożywczych i typowych potraw*. PZWL, Warszawa.
- LESZCZYŃSKA T., SIKORA E., BIEŻANOWSKA-KOPEĆ R., PYSZ K., NOWACKA E., 2008. *Ocena prawidłowości bilansowania składu racji pokarmowych osób starszych zamieszkujących w wybranych domach pomocy społecznej oraz w zakładzie opiekuńczo-leczniczym*. Żywn. Nauka Technol. Jakość 2, 140-154.
- LESZCZYŃSKA-REJCHERT A., 2010. *Człowiek starszy i jego wspomaganie – w stronę pedagogiki starości*. UWM, Olsztyn.
- MARSEGLIA A., XU W., FRATIGLIONI L., FABBRI C., BERENDSEN A. A. M., BIALECKA-DEBEK A., JENNINGS A., GILLINGS R., MEUNIER N., CAUMON E., FAIRWEATHER-TAIT S., PIETRUSZKA B., DE GROOT L. C. P. G. M., SANTORO A., FRANCESCHI C., 2018. *Effect of the NU-AGE diet on cognitive functioning in older adults: a randomized controlled trial*. Front. Physiol. 9, 349.
- MIRZAK A., 2014. *Czynniki determinujące ryzyko niedożywienia osób starszych ze środowiska wiejskiego*. Med. Środ. 17, 68-75.
- OŻGA E., MAŁGORZEWCZ S., 2013. *Ocena stanu odżywienia osób starszych*. Geriatria 7, 1-6.
- RIVLIN R. S., 2007. *Keeping the young – elderly health: is it too late to improve our health through nutrition?* Am. J. Clin. Nutr. 86, 1572-1576.
- ROSZKOWSKI W., 2010. *Żywienie osób starszych*. [W:] *Żywienie człowieka zdrowego i chorego*. GRZYMIŚLAWSKI M., GAWECKI J. (red.). Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 80-86.
- SULIGA E., 2010. *Zachowania zdrowotne związane z żywieniem osób dorosłych i starszych*. Hygeia Public Health 45, 44-48.

- SZCZERBIŃSKA K., MALINOWSKA-CIEŚLIK M., PIÓRECKA B., GIUSTINI M., 2011. *Jak skutecznie zmieniać zachowania zdrowotne pacjentów w starszym wieku*. *Przegl. Lek.* 68, 1183-1189.
- WHO (World Health Organization), 2000. *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. WHO Technical Report Series http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:fail09-VX5wJ:www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/+&cd=1&hl=pl&ct=clnk&gl=pl.
- WHO/FAO, 2003. *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*. WHO Technical Report Series 916, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42665/1/WHO_TRS_916.
- WINEK D., 2015. *Raport Banku BGŻ BNP Paribas, Zmiany preferencji Polaków w zakresie konsumpcji żywności*. BGŻ BNP Paribas, Warszawa, 21-23.
- WŁODAREK D., SOBOCIŃSKA A., GŁĄBSKA D., 2012. *Podaż wapnia z produktów mlecznych w diecie kobiet po 60 roku życia*. *Bromat. Chem. Toksykol.* 45, 833-838.
- WOLNICKA K., RYCHLIK E., 2008. *Praktyczne wskazówki do realizacji zaleceń żywieniowych dla osób w wieku starszym*. [W:] *Żywność osób w starszym wieku*. JAROSZ M. (red.). PZWL, Warszawa, 70-88.
- WYSOKIŃSKI A., 2014. *Odmienności metaboliczne wieku podeszłego w kontekście leczenia przeciwpyschotycznego*. *Psychogeriatrya Polska* 11, 41-52.

KOSMOS Vol. 68, 2, 303-310, 2019

MAŁGORZATA EWA DRYWIEŃ¹, AGNIESZKA KUĆ²

¹Department of Human Nutrition, Faculty of Human Nutrition and Consumer Sciences, Warsaw University of Life Sciences, 159C Nowoursynowska Str., 02-787 Warszawa, ²Division of Dietetics and Food Assessment, Department of Health Sciences, Siedlce University of Natural Sciences and Humanitie, 14 Prusa Str., 08-110 Siedlce, E-mail: malgorzata_drywien@sggw.pl

THE SPECIFICITY OF EATING BEHAVIOR OF OLDER PEOPLE FROM THE RURAL AREA

Summary

In recent years there is increasing interest in the lifestyle of older people, including nutrition. However, the knowledge of the specific nutritional habits of this population group living in the country is still insufficient. In our own study, frequent consumption of meat and cold meats, fried dishes, sweets and frequent addition of sugar to products and beverages was noticed, which was most visible in men. The vast majority of respondents did not have adequate finances to buy food. The most common factors determining the choice of food were taste, habits, product prices, health considerations, ease of access, advertising. In the inquired pool group of elderly people (58 respondents, including 35 women and 23 men), many abnormal nutritional behaviors were found, constituting the risk of malnutrition or metabolic syndrome, which in turn may lead to deterioration of their quality of life. Therefore, it seems necessary to undertake all educational activities directed to elderly people living in the countryside and their careers, but also to draw attention of the physicians to this problem.

Keywords: elderly, nutrition, rural area