

Czynniki determinujące ryzyko niedożywienia osób starszych ze środowiska wiejskiego

Risk factors of malnutrition among the elderly living in rural areas

Anna Mirczak

Katedra Gerontologii Społecznej, Instytut Pracy Socjalnej Uniwersytetu Pedagogicznego im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie.
Dyrektor Instytutu i Kierownik Katedry: prof. UP dr hab. N. Pikuła

STRESZCZENIE

Wstęp. Ryzyko niedożywienia wzrasta wraz z wiekiem i według danych epidemiologicznych, dotyczy około 5–10% populacji ludzi starszych. Wczesne rozpoznanie oraz leczenie niedożywienia w grupie osób starszych może zapobiec ich hospitalizacji, ograniczyć liczbę powikłań, zmniejszyć śmiertelność, a także poprawić jakość życia. Celem prezentowanej pracy była ocena zwyczajów żywieniowych oraz ocena czynników determinujących ryzyko niedożywienia wśród starszych mieszkańców wsi. Ponadto, prowadzone badania miały na celu zbadanie wpływu niedożywienia na poziom jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia badanych seniorów. **Materiał i metody.** Grupę badanych stanowiły 203 osoby w wieku 65 lat i powyżej, mieszkające na obszarach wiejskich. Ryzyko niedożywienia oceniono za pomocą skali NSI Determine Checklist. Analizę zebranego materiału wykonano z wykorzystaniem pakietu statystycznego IBM SPSS 19 dla Windows. **Wyniki.** Większość badanej grupy stanowiły kobiety (61,6%). Wysokie i średnie ryzyko niedożywienia dotyczyło odpowiednio 42,2% i 33,2% respondentów i było silnie uwarunkowane płcią żeńską, niskim poziomem wykształcenia oraz złą sytuacją materialną. **Wnioski.** Determinantami ryzyka niedożywienia osób starszych mieszkających na obszarach wiejskich była: płeć, poziom wykształcenia oraz sytuacja materialna. Ponadto, osoby z grupy średniego i wysokiego poziomu niedożywienia, istotnie gorzej oceniały swoją jakość życia uwarunkowaną stanem zdrowia.

Słowa kluczowe: niedożywienie osób starszych, jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia, osoby starsze, wieś

ABSTRACT

Introduction. The problem of malnutrition increases with age and according to epidemiological data the risk of malnutrition affected almost 5–10% of the elderly population. Early identification and treatment of malnutrition among the elderly can reduce or prevent from hospitalization, reduce complications, decrease mortality and improve quality of life. The aim of the present study was to assess the nutritional habits and to evaluate the risk factors of malnutrition among older residents of the rural areas. In addition, studies were conducted to investigate the effect of malnutrition on their health along with quality of life. **Material and methods.** The group of respondents consisted of 203 participants aged 65 years and over, living in the rural areas in Małopolska. The risk of malnutrition was assessed by NSI Determine Checklist scale. The analysis of collected data employed the statistical package SPSS 19 for Windows. **Results.** 61.6% (n=203) of the participants were females. The evaluated group was characterized by a high and medium risk of malnutrition (42.2% and 33.2%). Female gender, low level of education and poverty (inadequate financial situation) were strongly associated with higher risk of malnutrition among the older residents of the rural areas. **Conclusions.** Malnutrition was linked with gender, level of education and financial status. On top of that the level of quality of life was much worse in respondents exposed to high and medium risk of malnutrition.

Key words: malnutrition of the elderly, health related quality of life, older people, rural areas

WSTĘP

Problem niedożywienia osób starszych, należy do tak zwanych wielkich zespołów geriatrycznych (*geriatric giants*), czyli przewlekłych i wieloprzyczynowych zaburzeń, które w konsekwencji mogą prowadzić do niesprawności funkcjonalnej, pogarszając jednocześnie jakość życia seniorów. Według szacunkowych danych epidemiologicznych, niedożywienie dotyczy 5–10% ogółu populacji osób starszych, natomiast w przypadku pacjentów opieki długoterminowej lub mieszkańców domów pomocy społecznej, ryzyko to plasuje się na znacznie wyższym poziomie tj.: w granicach 30–60% [1]. Wiedza na temat rzeczywistej rozpiętości tego zjawiska, stanowi jednak przysłowiowy wierzchołek góry lodowej, ponieważ dotychczas nie opracowano dobrego standardu oceny ryzyka niedożywienia w geriatricii. Pojawiają się także doniesienia, iż problem ten jest bagatelizowany w procesie diagnostycznym i terapeutycznym, co może wynikać z niskiej świadomości samych zainteresowanych, a także osób sprawujących nad nimi opiekę.

Wyróżnia się trzy postacie niedożywienia: marazm (uwiąd), kwashiorkor i typ mieszany. Marazm, jako konsekwencja przewlekłego głodzenia się, charakteryzuje się zmniejszoną masą tłuszczową i mięśniową (sarkopenia) organizmu. Obniżeniu ulegają także wskaźniki antropometryczne oraz immunologiczne, przy równoczesnym prawidłowym stężeniu białka w surowicy krwi i bez zaburzeń czynnościowych narządów wewnętrznych. Kwashiorkor pojawia się u osób dobrze odżywionych, jako następstwo zakażenia, dużego urazu lub zabiegu operacyjnego. Dochodzi do spadku wartości białka w surowicy krwi, natomiast wskaźniki antropometryczne pozostają właściwie niezmienione, co utrudnia szybką diagnozę. Tymczasem typ mieszany, zdarza się wśród osób przewlekłe chorych (z niedożywieniem typu marasmus) w konsekwencji dużych zabiegów operacyjnych i urazów. Rozpoznanie rodzaju występującego niedożywienia jest istotne z punktu widzenia dalszego postępowania leczniczego [2, 3]. Pełnoobjawowe niedożywienie często poprzedzone jest stanem określanym jako „ryzyko niedożywienia”, który nie daje jeszcze swoistych objawów klinicznych, ponieważ początkowy deficyt pokarmowy może przebiegać w sposób utajony [4].

Występujące w grupie osób starszych zwiększone ryzyko niedożywienia, implikowane jest wieloma czynnikami. Wśród nich wymienia się przede wszystkim zmiany towarzyszące fizjologicznemu procesowi starzenia się organizmu, który potęguje niedobór witamin i mikroelementów oraz osłabia

zmysł powonienia i smaku. Dodatkowo, u osób starszych dochodzi do spadku masy mięśni szkieletowych, przy procentowym wzroście ilości tkanki tłuszczowej. Obniżeniu ulega również tempo podstawowej przemiany materii i całkowitego wydatku energetycznego, co w następstwie prowadzi do zmian w zakresie odczuwania głodu i sytości. Pojawiające się w tej grupie wiekowej częste ograniczenia funkcjonalne (brak samodzielności), mogą prowadzić do zaniedbań w przygotowywaniu podstawowych posiłków w ciągu dnia. Do najważniejszych przyczyn złego stanu odżywienia osób starszych, należą jednak występujące choroby przewlekłe i związane z nimi przebieg leczenia. Szczególnie często ryzyko to wzrasta w przypadku chorób: nowotworowych, przewodu pokarmowego, układu sercowo-naczyniowego, oddechowego i neurologicznego, a także zaburzeń psychicznych (depresja, demencja) [1]. Groźba niedożywienia w grupie osób w wieku podeszłym, zwiększa się także w przypadku kumulacji niekorzystnych warunków socjoekonomicznych [3]. W grupie tej wymienia się m.in.: złą sytuację materialną i mieszkaniową, brak wsparcia społecznego, samotność i osamotnienie, izolację i wykluczenie społeczne oraz okres żałoby [5–7]. Właściwe odżywienie seniorów zależy również od rodzaju oraz ilości przyjmowanych leków, które mogą prowadzić do utraty łaknienia, nudności, utrudnionego wchłaniania jelitowego, oraz od stanu jamy ustnej (suchość, utrudnione połykanie, choroby przyzębia). Bagatelizowaną przyczyną niedożywienia wśród osób starszych są także niewłaściwe zwyczaje żywieniowe, jako następstwo niewystarczającej wiedzy o prawidłowym odżywianiu oraz problemy z użyciem (brak zębów lub niewłaściwie dopasowana proteza).

Niedożywienie prowadzi do szeregu niekorzystnych zmian zdrowotnych, wśród których wymienia się przede wszystkim: zwiększoną męczliwość, osłabienie siły mięśniowej i sprawności psychomotorycznej, zaburzenia funkcji układu pokarmowego, krążenia i oddechowego, zaburzenia świadomości, zaburzenia wodno-elektrolitowe, hipotonię ortostatyczną oraz podatność na powstawanie odleżyn i zakażeń [8]. W przypadku osób chorujących przewlekłe, niedożywienie wydłuża czas leczenia, zwiększa liczbę ewentualnych powikłań, pogarsza rokowanie, a także znacząco obniża poczucie jakości życia. Dodatkowo, zły stan odżywienia osób starszych jest uznanym czynnikiem zwiększającym zachorowalność i śmiertelność w tej grupie wiekowej [9].

Według dotychczasowych badań, ryzyko niedożywienia jest większe wśród starszych mieszkańców wsi w porównaniu do ich rówieśników miesz-

kających w mieście [10, 11]. Ponadto, jak píše Kołajtis-Dołowy i in. [12], błędy żywieniowe występują istotnie częściej wśród starszych mieszkańców wsi niż miasta. Powodem tego może być niższy poziom wykształcenia a tym samym brak dostatecznej wiedzy o prawidłowych zwyczajach żywieniowych.

Mając na uwadze szereg niekorzystnych następstw, jakie niesie za sobą niedożywienie dla osób starszych oraz częstość tego zjawiska (szczególnie w środowisku wiejskim), ważna jest znajomość czynników ryzyka jego powstawania, aby odpowiednio wcześniej zdiagnozować ten problem i wdrożyć adekwatne leczenie żywieniowe.

Celem prezentowanej pracy była ocena zwyczajów żywieniowych oraz ocena czynników determinujących ryzyko niedożywienia wśród starszych mieszkańców wsi. Ponadto, prowadzone badania miały na celu zbadanie wpływu niedożywienia na poziom jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia badanych seniorów.

MATERIAŁ I METODY

Badaniem objęto 203 osoby w wieku 65 lat i powyżej, mieszkające w wybranych miejscowościach wiejskich (Nawojowa Góra, Zalas, Tenczynek, Bołęciny) województwa małopolskiego, które trwało od marca 2011 do października 2012 roku.

Do zebrania materiału badawczego wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Dane o jednostkach zgromadzono techniką wywiadu za pomocą ustrukturyzowanego kwestionariusza składającego się z kilkunastu części. Pierwsza część zawierała pytania charakteryzujące badaną grupę pod kątem społeczno-demograficznym, a następnie dotyczyły odpowiednio: sytuacji rodzinnej, sytuacji zawodowej i materialnej, warunków mieszkaniowych, stanu zdrowia (w tym sprawność funkcjonalna mierzona za pomocą skali GARS (*Groningen Activity Restrain Scale*) [13], dostępności i zapotrzebowania na opiekę zdrowotną, stylu życia, wsparcia społecznego (dostępność oraz wielkość i typ sieci), satysfakcji życiowej, a także jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia mierzonej przy użyciu skali SF-36 (*Short Form-36 Health Survey*) [14]. Pytania zawarte w kwestionariuszu były w większości zamknięte.

Ryzyko niedożywienia wśród badanych osób starszych oceniano za pomocą skali NSI Determine Checklist (*Nutritional Screening Initiative Determine Your Nutritional Health Checklist*) [15], użytej w wersji polskiej za Wojszel [16]. Skala zawiera 10

pytań, na które respondent odpowiada twierdząco lub przecząco. W zależności od przypisanej rangi, pytania są punktowane od 0 do 4. Maksymalna ilość punktów to 21. Osoby, które uzyskają 6 i więcej punktów, należą do grupy wysokiego ryzyka niedożywienia. Wynik 3–5 oznacza średnie ryzyko niedożywienia, natomiast punktacja od 0–2 jest równoważna ze stanem prawidłowym.

Analizę zebranego materiału badawczego wykonano za pomocą testu Chi-kwadrat, testów parametrycznych (test t-Studenta, analiza wariancji ANOVA) i nieparametrycznych (test Kruskalla-Wallis) z wykorzystaniem pakietu statystycznego IBM SPSS 19 dla Windows. Jako poziom istotności dla testowanych hipotez zerowych przyjęto wartość 0,05.

WYNIKI BADAŃ

Grupę badanych stanowiły 203 osoby (61,6% kobiet i 38,4% mężczyzn) w wieku wynoszącym średnio 75,5 lat (SD = 5,7). Większość stanowiły osoby z wykształceniem podstawowym (63%), natomiast mniej liczna grupa posiadała wykształcenie zasadnicze zawodowe (18%) lub średnie (8%). Prawie połowa badanych osób była owdowiała (47%), przy czym odsetek ten w przypadku kobiet był ponad dwukrotnie wyższy (72%) niż wśród mężczyzn (28%) (różnica istotna statystycznie) (tabela I).

Respondenci w większości wyrazili opinię, że odżywiają się zdrowo (73,8%), jednostek niezdecydowanych było 16,8%, natomiast odsetek osób, które przyznały że odżywiają się niezdrowo wynosił 9,4%. Analiza zwyczajów żywieniowych osób starszych mieszkających na wsi pokazała, że badani w większości (86,7%) spożywają więcej niż dwa posiłki dziennie, urozmaicone warzywami i owocami (88,6%). Zdecydowana większość badanych (97%) przyznała także, że rzadko spożywa alkohol. Trudności związane ze zmianą jakości i ilości przyjmowanych pokarmów z powodu choroby lub złego stanu zdrowia zgłaszało 19,2% seniorów. Sygnalizowane były także problemy z jamą ustną i zębami, które utrudniały prawidłowe przeżuwanie pokarmów u 11,4% respondentów. Ponad połowa badanych (53,7%) deklarowała, że spożywa posiłki samotnie. Do braku wystarczającej ilości pieniędzy na zakup niezbędnych produktów spożywczych przyznała się jedna trzecia respondentów (36,5%). W badanej próbie, aż trzy czwarte badanych (74,9%) podało, że w ciągu dnia zażywa 3 lub więcej różnych leków przepisa-

nych na receptę lub kupionych bez niej, co związane jest z popularnym w gronie ludzi starszych zjawiskiem polipragmazji (zażywanie przez cho-

rego wielu leków równocześnie bez znajomości mechanizmów ich działania i występujących między nimi interakcji) (tabela II).

Tabela I. Charakterystyka społeczno-demograficzna badanej grupy (n=203)

Table I. Socio-demographic characteristics of the group under study (n=203)

Zmienne	Ogółem		Płeć			
			Kobiety		Mężczyźni	
	n	%	n	%	n	%
Wiek						
65–69 lat	34	16,7	22	17,6	12	15,4
70–74 lat	43	21,2	31	24,8	12	15,4
75–79 lat	75	36,9	43	34,4	32	41
80–84 lat	39	19,2	20	16	19	24,4
85 i więcej	12	5,9	9	7,2	3	3,8
Wykształcenie						
Podstawowe niepełne	22	10,8	11	8,8	11	14,1
Podstawowe	128	63,1	83	64,4	45	57,7
Zasadnicze zawodowe	37	18,2	20	16	17	21,8
Średnie	16	7,9	11	8,8	5	6,4
Stan cywilny*						
Kawaler/panna	19	9,4	12	9,6	7	9
Żonaty/zamężna	80	39,4	44	35,2	36	46,2
Rozwiedziony(a)/w separacji	8	3,9	0	0	8	10,3
Wdowiec/wdowa	96	47,3	69	55,2	27	34,6

* W teście Chi² p<0,05 (in Chi² p<0,05 test)

Tabela II. Ocena ryzyka niedożywienia wg skali NSI Determine Checklist

Table II. Assessment of the risk of malnutrition according to the NSI Determine Checklist scale

Pytania skali	Tak	
	n	%
Czy Pana/i choroba lub stan zdrowia spowodowały zmiany w jakości i/lub ilości spożywanych przez Pana/ią pokarmów?	39	19,2
Czy spożywa Pan/i mniej niż 2 posiłki dziennie?	27	13,3
Czy spożywa Pan/i mało owoców, warzyw lub produktów mlecznych?	23	11,4
Czy prawie codziennie wypija Pan/i 3 lub więcej szklanek piwa, lampki wina lub kieliszki wódki?	6	3
Czy ma Pan/i problemy z zębami lub jamą ustną, które powodują trudności w spożywaniu posiłków?	23	11,4
Czy zawsze ma Pan/i wystarczającą ilość pieniędzy, aby kupić żywność, której Pan/i potrzebuje?	129	63,5
Czy zazwyczaj spożywa Pan/i posiłki samotnie?	109	53,7
Czy przyjmuje Pan/i codziennie 3 lub więcej różnych leków przepisanych na receptę lub kupionych bez recepty?	152	74,9
Czy w sposób niezamierzony stracił/a lub przybył/a Pan/i na wadze 4,5 kg (lub więcej) w ciągu ostatnich 6 miesięcy?	51	25,1
Czy zawsze czuje się Pan/i na tyle sprawny/a, aby samodzielnie zrobić zakupy, gotować, spożywać posiłki?	120	59,4

Dalsza analiza pokazała, że w grupie wysokiego i średniego ryzyka niedożywienia było odpowiednio 42,2% i 33,2% badanych, natomiast stan prawidłowy dotyczył 24,6% respondentów. Między płcią i poziomem wykształcenia badanych a ryzykiem ich niedożywienia zachodziła istotna relacja. Kobiety częściej niż mężczyźni były w grupie średniego i wysokiego ryzyka niedożywienia, podobnie jak osoby z wykształceniem podstawowym i niższym w porównaniu do osób z wykształceniem zasadniczym zawodowym i wyższym. Natomiast pomiędzy sytuacją rodzinną (posiadanie dzieci, poczucie osamotnienia, samotne zamieszkiwanie, relacje ze współmieszkańcami) a ryzykiem niedożywienia badanych osób starszych nie było istotnego związku. Tymczasem osoby oceniające swoją sytuację materialną jako złą, były istotnie częściej w grupie wysokiego i średniego ryzyka niedożywienia niż respondenci oceniający ją na poziomie dobrym. Seniorzy o wysokim i średnim

ryzyku niedożywienia, wydawali także istotnie większą kwotę na leki w skali miesiąca w odniesieniu do badanych bez tego ryzyka (odpowiednio 200 ± 92 zł i 159 ± 71 zł vs 132 ± 75 zł). Nie zaobserwowano natomiast istotnej relacji pomiędzy warunkami mieszkaniowymi a ryzykiem niedożywienia badanych.

Występujące w badanej grupie osób starszych ryzyko niedożywienia w sposób istotny różnicowało ich stan zdrowia. Respondenci z wysokim i średnim ryzykiem niedożywienia mieli istotnie większą średnią częstość występujących dolegliwości oraz średnią liczbę chorób, niż osoby bez takiego ryzyka. Porównywalnie było także ze stanem funkcjonalnym badanych w zakresie wykonywania czynności dnia codziennego. Osoby, których ryzyko niedożywienia było średnie i wysokie, charakteryzowali się istotnie gorszą sprawnością funkcjonalną w porównaniu do respondentów nie obciążonych tym ryzykiem (tabela III).

Tabela III. Relacja między ryzykiem niedożywienia a stanem zdrowia badanych

Table III. Relationship between the risk of malnutrition and participants' health

Stan zdrowia	Ryzyko niedożywienia wg skali NSI Determine Checklist			p
	Brak ryzyka	Średnie ryzyko	Wysokie ryzyko	
	Średnia(SD) Mediana(Q1-Q3)*	Średnia(SD) Mediana(Q1-Q3)*	Średnia(SD) Mediana(Q1-Q3)*	
Średnia częstość dolegliwości	3,2 (0,5)	3,4 (0,4)	3,5 (0,4)	<0,05
Średnia liczba chorób	4 (3-6)	5 (3-7)	6 (4-8)	<0,05
Stan funkcjonalny wg skali GARS	51 (36-53)	44 (34-51)	33 (26-47)	<0,05

* Dla rozkładu normalnego zmienne opisano za pomocą średniej i odchylenia standardowego (SD) natomiast w przeciwnym przypadku, do opisu użyto medianę, kwartył 1 (Q1) i kwartył 3 (Q3)

* For normal distribution the variables were described by the average and standard deviation (SD) otherwise for the description the median quartile 1 (Q1) and quartile 3 (Q3) were used

Ponadto, ryzyko niedożywienia w sposób istotny wpływało na poziom odczuwanej jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia badanych osób starszych mieszkających na wsi. Osoby bez ryzyka niedożywienia, potwierdzały istotnie wyższą jakość życia w każdym z analizowanych wymiarów w porównaniu do respondentów z ryzykiem średnim i wysokim (tabela IV).

DYSKUSJA

Problematyka właściwego odżywiania ludzi starszych, stanowi jeden z ważniejszych aspektów sprawowania nad nimi właściwej opieki. Związany z niedożywieniem niedobór istotnych składników

odżywczych, często wyzwała lub nasila występujące wśród seniorów choroby przewlekłe, a tym samym obniża ich jakość życia. Wyniki badania WOBASZ Senior zrealizowane na reprezentatywnej grupie 1013 osób w wieku starszym pokazały, że 13% spośród nich było niedożywnych, natomiast odsetek seniorów zagrożonych niedożywieniem wynosił aż 57% [17].

W przeprowadzonych badaniach własnych wykazano, że większość osób starszych znajdowała się w grupie wysokiego i średniego ryzyka niedożywienia, co koresponduje z wynikami uzyskanymi przez Wojszel [16]. Wśród czynników warunkujących groźbę niedożywienia autorka badania podała: stan cywilny (bycie niezamężnym), złą samoocenę stanu zdrowia, depresję, problemy z przeżuwaniami pokar-

Tabela IV. Wymiary jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia w relacji do ryzyka niedożywienia badanych

Table IV. Health related quality of life dimensions in the relation with the participants risk of malnutrition

Wymiary jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia mierzonej skalą SF-36	Ryzyko niedożywienia wg skali NSI Determine Checklist		
	Brak ryzyka	Średnie ryzyko	Wysokie ryzyko
	Średnia (SD)* Me (Q1-Q3)	Średnia (SD)* Me (Q1-Q3)	Średnia (SD)* Me (Q1-Q3)
Ogólna percepcja zdrowia	46,6 (12,1) ◆▲	40,7 (12,9) ◆	34 (16,9) ▲
Funkcjonowanie fizyczne	75 (40–85) ◆▲	37,5 (20–70) ◆	25 (12,5–55) ▲
Zdolność do pełnienia ról pomimo ograniczeń w stanie zdrowia	50 (25–75) ◆▲	25 (0–50) ◆	0 (0–25) ▲
Funkcjonowanie pomimo występujących objawów bólowych	44,1 (19,5) ◆▲	35,6 (19,6) ◆	25,3 (21,5) ▲
Funkcjonowanie bez ograniczeń w życiu towarzyskim	60,7 (16,7) ◆▲	47,5 (20,9) ◆	34,1 (24,1) ▲
Wigor i energia	50 (45–55) ◆▲	45 (40–50) ◆	45 (35–50) ▲
Zdrowie psychiczne	57,2 (10,8) ◆▲	51,8 (10,5) ◆	46 (16,5) ▲

◆, ▲ – pary kategorii różniące się między sobą w sposób istotny (*category pairs differ significantly*)

* Dla rozkładu normalnego zmienne opisano za pomocą średniej i odchylenia standardowego (SD) natomiast w przeciwnym przypadku, do opisu użyto medianę, kwartył 1 (Q1) i kwartył 3 (Q3)

* For normal distribution the variables were described by the average and standard deviation (SD) otherwise for the description the median quartile 1 (Q1) and quartile 3 (Q3) were used

mów, ilość przyjmowanych leków w skali miesiąca, a także częstość hospitalizacji w ciągu ostatniego roku. Podobne czynniki, jako determinanty niedożywienia, wymienione zostały w badaniach przeprowadzonych wśród osób starszych przebywających na oddziałach szpitalnych [18]. Badania własne pokazały, iż ryzyko niedożywienia wśród starszych mieszkańców wsi było istotnie skorelowane z płcią, poziomem wykształcenia oraz sytuacją materialną. Niekorzystna sytuacja materialna, jako czynnik sprzyjający niedożywieniu seniorów, wskazywany jest także przez innych autorów [19], podobnie jak niski poziom wykształcenia i płeć żeńska [20].

W badanym środowisku wiejskim, ponad połowa seniorów deklarowała, że spożywa posiłki samotnie, co może niekorzystnie rzutować na jakość i ilość przyjmowanych przez nich pokarmów. Należy zaznaczyć, że w przypadku osób starszych wspólne jedzenie tj. w towarzystwie osób bliskich, nabiera szczególnego znaczenia, ponieważ mają oni tendencję do monotonii w odżywianiu (mało urozmaicone racje pokarmowe) [21]. Wspólne konsumowanie posiłków (razem z innymi członkami rodziny) daje seniorowi poczucie przynależności, a ponadto zwiększa jego szansę na spożycie odpowiednich racji i produktów żywieniowych.

Literatura przedmiotu donosi, iż stosowana farmakoterapia sprzyja powstawaniu niedożywienia. W badanej próbie, aż trzy czwarte respondentów

przyznało, że w ciągu dnia zażywa więcej niż 3 różne leki, co jest zgodne z ogólnie panującą tendencją do nadużywania medykamentów w grupie osób starszych [1].

Przeprowadzona analiza uzyskanych wyników, uwioczniała negatywny wpływ ryzyka niedożywienia na stan zdrowia badanych. Należy jednak zaznaczyć, że związek ten w rzeczywistości może mieć charakter dwukierunkowy, ponieważ osoby, które ze względu na pewne ograniczenia psychofizyczne (zły stan zdrowia) uzależnione są od pomocy osób drugich, także mogą znajdować się w grupie wysokiego ryzyka niedożywienia.

Stan odżywienia (przede wszystkim niedożywienie) jest czynnikiem istotnie wpływającym na samopoczucie psychiczne i jakość życia seniorów. Dodatkowo, zbilansowana dieta spowalnia proces starzenia się i degeneracji organizmu [22]. Analiza jednoczynnikowa badań własnych wykazała, że ryzyko niedożywienia w sposób istotny różnicowało poziom jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia badanych osób starszych mieszkających na wsi. Osoby, które nie znajdowały się w grupie ryzyka niedożywienia, potwierdzały istotnie wyższą jakość życia w każdym z analizowanych wymiarów w porównaniu do respondentów ze średnim i wysokim ryzykiem. Wpływ niedożywienia na jakość życia, potwierdzają także badania innych autorów. Crogan i Pasvogel [19] badając osoby w wieku 65 lat i po-

wyżej mieszkające w domach opieki, wykazali że niedożywienie w sposób istotny determinowało jakość życia i stan funkcjonalny rezydentów. Kurowska i Simon [23] badając starszych mieszkańców domu pomocy społecznej (DPS) oraz słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Bydgoszczy, również potwierdziły związek pomiędzy stanem odżywienia a jakością życia: im lepszy był stan odżywienia, tym wyższa jakość życia przebadanych seniorów, przy czym zarówno gorszą jakością życia jak i stanem odżywienia charakteryzowali się mieszkańcy DPS. W innym badaniu dowiedziono, że osoby starsze z niedowagą, istotnie częściej zgłaszały pogorszenie jakości życia w wymiarze zdrowia fizycznego i psychicznego w odniesieniu do ich rówieśników o prawidłowej masie ciała [24].

Biorąc pod uwagę powyższe, należy pamiętać, iż prawidłowy sposób odżywiania zgodnie z zapotrzebowaniem adekwatnym do wieku, poprawia jakość życia seniorów poprzez sprzyjanie i podtrzymywanie zdrowia oraz minimalizowanie powikłań w następstwie chorób przewlekłych. Istnieje zatem duża potrzeba systematycznej oceny stanu odżywienia populacji ludzi starszych, zwracając szczególną uwagę na objawy oraz czynniki determinujące niedożywienie.

WNIOSKI

1. Ryzyko niedożywienia wśród badanych osób starszych w sposób istotny determinowane było przez: płeć żeńską, niski poziom wykształcenia oraz niekorzystną sytuację materialną.
2. Osoby z grupy wysokiego i średniego ryzyka niedożywienia charakteryzowały się gorszym stanem zdrowia oraz niższą oceną jakości życia w porównaniu do respondentów bez takiego ryzyka.
3. Biorąc pod uwagę powszechność występowania niedożywienia wśród osób starszych oraz jego konsekwencje, koniecznym jest wdrażanie specjalnych programów profilaktycznych skierowanych do samych zainteresowanych oraz osób mających częsty kontakt z seniorem, tj. rodziny i pracowników podstawowej opieki zdrowotnej, aby zapobiegać i minimalizować to niekorzystne zjawisko.
4. Należy opracować procedury szybkiej i adekwatnej diagnozy ryzyka niedożywienia osób starszych wiekiem i włączyć je do całościowej oceny geriatrycznej pacjenta, jako jeden z kluczowych elementów.

PIŚMIENNICTWO

1. Wojszel Z.B.: Niedożywienie i dylematy leczenia żywieniowego w geriatric. *Postępy Nauk Medycznych* 2011; 8: 649-657.
2. Kostka T.: *Odżywianie osób starszych* (w): Kostka T., Kozłowska-Rościszewska M. (ed.): *Choroby wieku podeszłego*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
3. Wojszel Z.B.: *Niedożywienie i otyłość* (w): Wieczorowska-Tobis K., Talarska D. (ed.): *Geriatryczna i Pielęgniarstwo Geriatryczne. Podręcznik dla studiów medycznych*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010: 303.
4. Biernat J., Wyka J.: Stan odżywienia w aspekcie stanu zdrowia. *Nowiny Lekarskie* 2011; 80, (3): 209-212.
5. Gabrowska E., Spodaryk M.: Społeczno-ekonomiczne uwarunkowania zachowań żywieniowych starszych mieszkańców Krakowa. *Gerontologia Polska* 2003; 11 (1): 35-37.
6. Ramic E., Pranjić N., Batic-Mujanović O. i wsp.: The effect of loneliness on malnutrition in elderly population. *Med Arh* 2011; 65:92-95.
7. Brownie S.: Why are elderly individuals at risk of nutritional deficiency? *Int J Nurs Pract* 2006; 12: 110-118.
8. Abrams W.B., Beers M.H., Berkow R.: *MSD Podręcznik geriatrici*. Urban i Partner, Wrocław 1999: 7-35.
9. Seiler W.O.: Nutritional status of ill elderly patients. *Z Gerontol Geriatr* 1999; 32: I7-I11.
10. Wyka J.: Stan odżywienia ludzi po 60. roku życia w aspekcie uwarunkowań żywieniowych, zdrowotnych, środowiskowych i socjodemograficznych. Wydawnictwo Uniwersytetu Przyrodniczego we Wrocławiu, Wrocław 2009.
11. Olszanecka-Glinianowicz M., Chudek J., Kołłajtis D.: Stan odżywienia i uzębienia u osób w wieku podeszłym w Polsce (w): Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. (ed.): *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Wydawnictwo Naukowe Termedia, Poznań 2012: 335-357.
12. Kołłajtis-Dołowy A., Pietruszka B., Olszanecka-Glinianowicz M. i wsp.: Zwyczaje żywieniowe osób w wieku podeszłym (w): Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. (ed.): *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Wydawnictwo Naukowe Termedia, Poznań 2012: 359-378.
13. Kempen G. I., Miedema I., Ormel J. i wsp.: The assessment of disability with the Groningen Activity Restriction Scale. Conceptual framework and psychometric properties. *Soc Sci Med* 1999: 1601-1610.
14. Ware J. E., Sherbourne C. D.: The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992: 473-483.
15. Barrocas A., White J. V., Gomez C. i współ.: Assessing health status in the elderly: the nutrition screening initiative. *J Health Care Poor Underserved* 1996; 7 (3): 210-218.
16. Wojszel Z. B.: Geriatryczne zespoły niesprawności i usługi opiekuńcze w późnej starości. Analiza wielowymiarowa na przykładzie wybranych środowisk województwa podlaskiego. *Trans Humana*, Białystok 2009.
17. Waśkiewicz A., Sygnowska E., Broda G.: Ocena stanu zdrowia i odżywienia osób w wieku powyżej 75 lat w populacji polskiej. *Badanie Wobasz-Senior*. *Brom Chem Toksykol* 2012; (3): 614-8.
18. Chen C.C. H., Tang S.T., Wang C. i wsp.: Trajectory and determinants of nutritional health in older patients during and six-month post-hospitalisation. *J Clin Nurs* 2009; 18 (23): 3299-307.

19. Crogan N. L., Pasvogel A.: The influence of protein-calorie malnutrition on quality of life in nursing homes. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2003; 58 (2): 159-164.
20. Simsek H., Meseri R., Sahin S. i wsp.: Prevalence of food insecurity and malnutrition, factors related to malnutrition in the elderly. A community-based, cross-sectional study from Turkey. *European Geriatric Medicine* 2013: 1-5.
21. Gawęcki J., Roszkowski W.: Żywnienie człowieka a zdrowie publiczne. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011.
22. Pikuła N.: Etos starości w aspekcie społecznym. *Gerontologia dla pracowników socjalnych*. Wyższa Szkoła Filozoficzno-Pedagogiczna Ignatianum. Wydawnictwo WAM, Kraków 2011.
23. Kurowska K., Simon J.: Wpływ stanu odżywienia na jakość życia osób po 65. roku życia – doniesienia wstępne. *Geriatrics* 2013; 7: 217-225.
24. Yan L.L., Daviglius M.L., Liu K. i wsp.: BMI and health-related quality of life in adults 65 years and older. *Obes Res* 2004; 12: 69-76.

Adres do korespondencji:

*Anna Mirczak
Instytut Pracy Socjalnej
os. Stalowe 17, 31-922 Kraków
tel. (12) 662 79 50
e-mil: anna.mirczak@gmail.com*