

Programy prozdrowotne dedykowane seniorom jako okazja do współpracy międzypokoleniowej z młodymi specjalistami na przykładzie działalności Studenckiego Koła Naukowego Dietetyki UM w Poznaniu

Health promotion programs for elderly as an opportunity for intergenerational cooperation with young professionals – example of activities of Students' Scientific Circle of Dietetics at PUMS

Agata Dutkiewicz¹, Angelika Kargulewicz², Ewelina Swora-Cwynar³,
Marian Grzymisławski³

¹ Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Katedra Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

² Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Koninie

³ Katedra i Klinika Gastroenterologii, Dietetyki i Chorób Wewnętrznych, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

Streszczenie

Postępujący proces starzenia się społeczeństwa sygnalizuje konieczność ukierunkowania działania specjalistów z zakresu ochrony zdrowia na rzecz starszych generacji. Ważnym elementem profilaktyki jest stosowanie prawidłowego modelu odżywiania, który może istotnie wpływać na stan zdrowia, samopoczucie, dynamikę procesu starzenia się organizmu oraz na jakość życia seniorów. Celem niniejszego artykułu było zwrócenie uwagi na zasadność podejmowania współpracy dietetyków z osobami starszymi. Zaprezentowano podstawowe zalecenia żywieniowe dla omawianej grupy wiekowej wraz z doniesieniami naukowymi analizującymi stopień ich realizacji w populacji polskiej. Wymieniono czynniki potencjalnie utrudniające podjęcie działań ukierunkowanych na poprawę sposobu odżywiania się przez osoby starsze. Rozwiązaniem dla niektórych mogą być coraz popularniejsze lokalne programy prozdrowotne dedykowane seniorom. W niniejszej pracy przedstawiono przykład obopólnych korzyści osiągniętych podczas współpracy członków Studenckiego Koła Naukowego Dietetyki Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu z seniorami w ramach programów prozdrowotnych. (*Gerontol Pol* 2021; 29; 80-87). doi: 10.53139/GP.20212911

Słowa kluczowe: promocja zdrowia, osoby starsze, żywienie człowieka

Abstract

The progressive ageing of population signals the need to focus on the activities of health care specialists on the benefit of older generations. An important element of prevention is the implementation of proper nutrition which can significantly affect health, well-being, dynamics of the ageing process and the quality of life of seniors. The purpose of this article was to draw attention to the legitimacy of cooperation between dietitians and the elderly patients. Basic nutritional recommendations for these group were presented, along with scientific reports analyzing the degree of their implementation in the Polish population. Potential hindering factor to changing dietary habits were listed. The solution to some of these factors may be local health programs dedicated to seniors. This paper presents an example of mutual benefits achieved during the cooperation of the members of the Students' Scientific Circle of Dietetics at the Poznan University of Medical Sciences with seniors as part of pro-health programs. (*Gerontol Pol* 2021; 29; 80-87). doi: 10.53139/GP.20212911

Keywords: health promotion, elderly, nutrition

Wprowadzenie

Aktualne dane demograficzne sugerują, iż proces starzenia się społeczeństwa będzie nadal postępować [1-3]. Warto zaakcentować, że szczególnie w Polsce omawiane zjawisko starzenia się ludności rozwija się nad wyraz szybko [2,3]. Powołując się na prognozy ONZ, można oczekiwać, że w 2050 roku odsetek populacji w starszym wieku (rozumianym, zgodnie z obowiązującą klasyfikacją Światowej Organizacji Zdrowia WHO, jako 60 lat i więcej) osiągnie 37,8% populacji polskiej [2]. Teoretycy badający zjawisko starzenia się ludności, akcentują wieloaspektowy charakter jego konsekwencji, wymieniając przede wszystkim skutki ekonomiczne, socjologiczne, ale także te, związane z opieką zdrowotną [3]. Analiza danych dotyczących częstotliwości dokonywanych interwencji z zakresu opieki zdrowotnej, dowodzi, iż grupa osób starszych najczęściej korzysta z usług służby zdrowia [4]. Wiąże się to nie tylko ze zmianami uwarunkowanymi przez naturalny, fizjologiczny proces starzenia, zakładającymi sukcesywne obniżanie się sprawności poszczególnych narządów, ale także z komplikacjami jatrogennymi. U ich źródeł można wymienić między innymi polipragmazję – wielolekowość (stosowanie minimum 5 leków dziennie), skutkującą częstymi interakcjami między substancjami aktywnymi leków czy działaniem niepożądanym [5]. Z drugiej strony - w związku z obserwowanymi przemianami społecznego postrzegania starości jako fazy życia, która nie musi cechować się nieuniknioną niepełnosprawnością, wielochorobowością, cierpieniem, prognozuje się, że zapotrzebowanie na opiekę medyczną nad osobami w wieku starszym może dodatkowo (tj. poza czynnikiem demograficznym) wzrosnąć [3]. Coraz bardziej powszechna staje się wiedza głosząca, iż proces starzenia jest co prawda w dużej mierze uwarunkowany genetycznie, jednakże może być modyfikowany przez działania jednostki, składające się na styl życia (sposób żywienia, aktywność fizyczna, higiena snu itp.). W związku z tym przewiduje się, że pacjenci starsi staną się główną grupą korzystającą z usług specjalistów medycznych, również dietetyków.

Istota prawidłowego modelu żywienia w starszym wieku

Zgodnie z aktualnym stanem wiedzy, prawidłowe odżywianie się w wieku starszym jest istotne z wielu względów. Odpowiednio skomponowana dieta pokrywa zapotrzebowanie organizmu na energię i składniki odżywcze. Warto zwrócić uwagę, iż zapotrzebowanie to zmienia się wraz z wejściem w wiek podeszły – or-

ganizm potrzebuje mniejszej dziennej podaży energii ze względu na zmiany w składzie ciała. Obserwuje się obniżenie zawartości beztłuszczowej masy ciała, co z kolei wpływa na zmniejszenie wartości podstawowej przemiany materii, ale także ze względu na zazwyczaj mniejszą aktywność fizyczną seniorów w porównaniu z osobami młodszymi [6,7]. W ramach profilaktyki postępującego ubytku masy mięśniowej, obserwowanego w przebiegu starzenia, komponując jadłospis dla seniora, należy zwrócić uwagę na ilość i jakość spożywanego białka [8]. Spośród składników odżywczych zmiany w dziennej podaży dotyczą głównie: witaminy D3 (wynikające ze zmniejszenia syntezy 1,25-dihydroksycholekalcyferolu w wątrobie i nerkach, a także zmniejszonej syntezy skórnej, która związana jest z rzadszą ekspozycją osób starszych na promieniowanie UV) [7,9,10], B2, B6, kwasu foliowego, B12 (uwarunkowane gorszym wchłanianiem wymienionych witamin w przewodzie pokarmowym ze względu na fizjologiczne procesy starzenia, ale także związane z często stosowaną farmakoterapią) [7,9,10], witamin antyoksydacyjnych: A, E, C i β -karotenu (redukujących stres oksydacyjny) [7,9,10]. W ramach profilaktyki zmian w obrębie układu kostnego, należy zadbać o odpowiednią podaż wapnia [7,9,10]. Zmniejszyć należy natomiast dzienną podaż sodu ze względu na prewencję częstych w wieku starszym chorób związanych z układem krążenia [7,10], a w przypadku kobiet rekomenduje się również niższą podaż żelaza w porównaniu z zaleceniami dla kobiet młodszych, miesiączkujących [7,9,10]. Prawidłowo skomponowany jadłospis może pokryć zapotrzebowanie na niezbędne dla starzejącego się organizmu składniki odżywcze, bez konieczności nadużywania suplementów diety, które również wchodzi w interakcje ze stosowanymi przez seniorów lekami [11]. Kolejną funkcją prawidłowego żywienia jest opóźnienie lub łagodzenie procesu starzenia się organizmu (choćby poprzez wspomnianą wcześniej większą podaż składników o potencjale antyoksydacyjnym) [6,7]. Może również pomóc odnaleźć przyjemność ze spożywania posiłków, pomimo ograniczeń związanych z często występującymi u seniorów:

- zaburzeniami w zakresie percepcji bodźców smakowych i/lub zapachowych;
- braków użębienia utrudniających gryzienie, trudnościami w odpowiednim nawilżaniu kęsów pokarmowych ze względu na zmniejszenie wydzielania śliny;
- osłabieniu pracy mięśni przetyku, skutkującym trudnościami w polykaniu [6,7,12].

W dalszych odcinkach przewodu pokarmowego w procesie starzenia również dochodzi do niekorzystnych zmian, m.in.:

- zmniejsza się wydzielanie kwasu solnego i enzymów trawiennych, co powoduje trudności w trawieniu i wchłanianiu pokarmu;
- zmniejsza się wydzielanie żółci, skutkujące utrudnionym trawieniem tłuszczów;
- osłabienia pracy mięśni przewodu pokarmowego, przez co treść pokarmowa może zalegać w żołądku czy na poziomie jelit, prowadząc do przewlekłych zaparć [6,7].

Odpowiednio skomponowana dieta może łagodzić te dolegliwości.

Utrzymanie prawidłowego stanu odżywienia organizmu jest szczególnie istotne w przypadku osób w wieku starszym. Z jednej strony obserwuje się bardzo często występującą otyłość wśród seniorów (która nie wyklucza występowania niedożywienia jakościowego), z drugiej natomiast wiele osób starszych boryka się z niedowagą [13]. Wyniki ogólnopolskich badań prowadzonych w ramach projektu PolSenior potwierdzają ten problem: u 53,9% zdiagnozowano niewłaściwy stan odżywienia i wysoki wskaźnik niedożywienia (7,5%) oraz ryzyka jego rozwoju (38,9%) [14]. Wskaźnik masy ciała BMI, popularnie wykorzystywany do przesiewowej oceny stanu odżywienia, w przypadku pracy z pacjentami starszymi może okazać się niewystarczający [15]. W związku z tym sugeruje się po pierwsze: zmianę interpretacji wartości BMI przy diagnozie stanu odżywienia seniorów – dotychczas nie zaproponowano jednolitych progów wartości BMI dla populacji osób starszych, natomiast szereg badań naukowych i obserwacji klinicznych skłania do uznawania za prawidłową masę ciała seniorów tę, która wskazuje na nadwagę [16]. Związane jest to z tzw. paradoksem otyłości w wieku starszym – mniejszej ilości groźnych powikłań zdrowotnych u osób utrzymujących masę ciała na poziomie nadwagi (w odniesieniu do tradycyjnej klasyfikacji BMI) [15]. Po drugie: stosowanie również metod umożliwiających ocenę składu ciała, w szczególności zawartości beztłuszczowej masy ciała [15]. Zarówno wartość BMI poniżej 25 kg/m² lub powyżej 30 kg/m² oraz niski poziom beztłuszczowej masy ciała są silnie skorelowane z występowaniem sarkopenii, szeregu komplikacji wynikających z niedożywienia (w tym także opóźniającej się rekonwalescencji po zabiegach) oraz wcześniejszym zgonem [15,16]. Dlatego tak istotne jest nie tylko monitorowanie masy ciała, ale także zadbanie o jakość sposobu żywienia oraz rekomendacja odpowiedniej formy aktywności fizycznej. Zgodnie ze znowelizowanymi w 2020 roku zaleceniami WHO odnośnie aktywności fizycznej i siedzącego trybu życia [17], dla osób w wieku starszym rekomenduje się minimum 150-300 minut umiarkowanej lub przynajmniej 75-150 minut intensywnej aktywności

fizycznej aerobowej tygodniowo. Dodatkowo powinno się wykonywać minimum 2 razy w tygodniu ćwiczenia wzmacniające duże grupy mięśniowe [17]. Eksperti podkreślają, iż regularna aktywność fizyczna nie tylko poprawia ogólny stan zdrowia, oddziałując prewencyjnie wobec m.in. chorób układu krążenia, ale także może znacząco przyczynić się do korzystnej zmiany składu ciała. Zwiększając udział beztłuszczowej masy ciała można przyczynić się do zmniejszenia ryzyka niekorzystnych zmian w zakresie postawy, ryzyka wystąpienia upadków, trudności z poruszaniem się, wpływając tym samym na codzienną jakość życia i samodzielność osób starszych [17].

Doniesienia naukowe wskazują na powszechne występowanie błędów dietetycznych popełnianych przez osoby starsze [18-22]. Analizy wartości odżywczej preferowanego modelu żywienia seniorów dowodzą częstych nieprawidłowości w podaży białek, węglowodanów złożonych, błonnika pokarmowego, witamin: E, D, B6, B12, wapnia, cynku. Wymienione składniki pokarmowe badani seniorzy zazwyczaj spożywają w istotnie niższych ilościach niż rekomendowane przez ekspertów. Jednocześnie analizy sposobu żywienia odkrywają zbyt dużą podaż tłuszczów, zwłaszcza nasyconych kwasów tłuszczowych, a także nieprawidłowe proporcje udziału głównych składników pokarmowych w diecie [19,20]. Analiza urozmaicenia spożycia żywności przeprowadzona przez Niedźwiecką i Wądołowską uwidoczniła niskie zróżnicowanie produktów w diecie seniorów, w sposób znaczący zależne od statusu socjo-ekonomicznego [21]. Nadal obserwuje się także niewystarczającą świadomość żywieniową w grupie osób starszych – w badaniach dowiedziono współwystępowania błędnych przekonań na temat zdrowego sposobu żywienia z silnym przeświadczeniem seniorów o prawidłowości własnej diety [22]. Zbliżone wnioski płyną z pracy Tańskiej i wsp. [23] - pomimo deklaracji pozytywnej postawy wobec żywności prozdrowotnej oraz deklaracji stosowania się do zasad „zdrowej diety” (niskotłuszczowej) niewiele osób badanych faktycznie modyfikuje swoją dietę, o czym świadczą wartości wskaźnika BMI [23].

Z kolei wnioski płynące z przeglądu badań nad efektami interwencji żywieniowych u osób starszych wskazują, iż może ona przyczynić się nie tylko do utrzymania zdrowia, ale także jego poprawy, a także stanowi metodę profilaktyki chorób przewlekłych [24]. Autorki przeglądu wskazały na istotną lukę w dotychczas prowadzonych badaniach nad wpływem zmian żywienia wśród seniorów – nie obejmują one oceny skuteczności zastosowania spersonalizowanych jadłospisów, które hipotetycznie powinny cechować się jeszcze większym wpływem na poprawę stanu zdrowia osób starszych [24].

W niniejszej pracy podjęto próbę ukazania skuteczności zastosowania zindywidualizowanego jadłospisu poprzez opis przypadku.

Czynniki utrudniające współpracę dietetyk – senior

Na zaangażowanie się seniorów w zachowania prozdrowotne, wpływa wiele czynników, między innymi: czynniki ekonomiczne, społeczne (w tym wsparcie społeczne, akceptacja społeczna wprowadzanych zmian w zachowaniu), psychologiczne (najistotniejsze z nich to umiejscowienie kontroli – wewnętrzne umiejscowienie kontroli sprzyja zachowaniom prozdrowotnym, poczucie samoskuteczności oraz specyficzne czynniki dla pacjentów starszych: bilans życia, poziom integracji oraz akceptacji skończoności życia) [15, 25, 26]. Istotny jest poziom wiedzy – w przypadku wiedzy żywieniowej problem stanowi brak przebytej edukacji żywieniowej oraz nieświadomość rozpowszechnienia nierzetelnych doniesień z zakresu diety w popularnych wśród seniorów źródłach informacji, bazowanie na stereotypach [27]. Analizy postaw wobec żywności prozdrowotnej wskazują na niższe zainteresowanie takimi produktami w grupach osób starszych [28], zwłaszcza samotnych [29]. Przeszkodę w poprawie sposobu odżywiania mogą stanowić również wieloletnie nawyki, przyzwyczajenia żywieniowe osób starszych [15,27,30,31]. Badanie świadomości żywieniowej osób starszych [27] potwierdza, że te dwie przyczyny: błędne, stereotypowe przekonania na temat zdrowego odżywiania oraz niechęć do zmiany utrwalonych przyzwyczajień, przekonanie o własnej nieomyślności wpływa na to, że spory odsetek badanych osób starszych (49%) nie chce korzystać z usług dietetycznych [27]. Niechęć do zmian może także być związana z typowym dla osób starszych, zagubieniem w dynamicznie zmieniającym się świecie, skutkującym odczuwaniem silnego lęku przed nowością, nową aktywnością, wychodzeniem poza sprawdzone, bezpieczne schematy postępowania [30,31]. Ową nowość, z perspektywy seniorów, może stanowić konsultacja z dietetykiem.

Rola programów prozdrowotnych dedykowanych osobom starszym

Rozwiązaniem dla problemu lęku odczuwanego przez osoby starsze przed nową aktywnością są programy prozdrowotne dedykowane seniorom. Jedną z ich funkcji jest ułatwienie kontaktu z kompetentnymi specjalistami, przygotowanymi do współpracy z osobami

starszymi. W Polsce programy związane z promocją zdrowia dla osób w starszym wieku oficjalnie zaistniały dzięki dopisaniu do celów operacyjnych postulatu kreowania warunków dla zdrowego i aktywnego życia osób starszych w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007-2015 [32,33]. Akcentowanie przemian demograficznych i dostrzeżenie problemu niewystarczającej aktywizacji seniorów (rozumianej również jako aktywność związana z zachowaniami prozdrowotnymi), powstało wiele programów na rzecz osób starszych, przede wszystkim na poziomie lokalnym (prowadzone najczęściej przez fundacje, stowarzyszenia, organizacje pozarządowe itd.) [33].

Przykładami takich programów promocji zdrowia dedykowanych osobom w wieku emerytalnym są: „Zdrowa przekąska dla seniora” (realizowana w terminie: 1 lutego 2015 roku – 31 grudnia 2015 roku) oraz „Senior FIT” (z planowaną realizacją przypadającą na okres: 1 lutego 2016 roku – 31 grudnia 2016 roku, a następnie kontynuowany w latach 2017, 2018, 2019 oraz 2020). Oba projekty powstały z inicjatywy Stowarzyszenia Wolontariat Wielkopolski, współfinansowanie zapewniło Miasto Poznań. Jednym z głównych celów programów było „promowanie zdrowego, racjonalnego żywienia wśród osób w wieku emerytalnym, a przez to poprawa jakości ich życia, stanu psychofizycznego” [34, 35], jego realizacja obejmowała konsultacje dietetyczne: wywiad żywieniowy, ocena antropometryczna (w tym ocena składu ciała przy pomocy metody bioimpedancji), elementy edukacji żywieniowej, korektę nieprawidłowych nawyków żywieniowych i zaproponowanie spersonalizowanej diety (niwelującej dotychczasowe błędy dietetyczne, przy jednoczesnym dostosowaniu się do preferencji żywieniowych beneficjenta) oraz kontrolę uzyskanych efektów po około 1-2 miesięcznym okresie zastosowania się do zaleceń. Ze względu na ścisłą współpracę Stowarzyszenia z Studenckim Kołem Naukowym Dietetyki Uniwersytetu Medycznego, działającego przy Katedrze i Klinice Chorób Wewnętrznych, Metabolicznych i Dietetyki, zaproponowano członkom SKN Dietetyki zaangażowanie się w powyższą inicjatywę. Zabieg ten spowodował obopólną korzyść z realizacji projektu – poza docelowymi beneficjentami – seniorami, studenci z SKN Dietetyki mieli okazję odbyć praktykę z współpracą z pacjentem starszym. Efekty projektów w ocenie beneficjentów oceniane są bardzo dobrze. Z perspektywy praktykujących dietetyków również zauważalne były indywidualne sukcesy seniorów, poniżej przedstawiono opis przypadku, będący przykładem korzyści osiągniętych poprzez zaangażowanie się w projekt „Zdrowa przekąska dla seniora”.

Opis przypadku

Jedną z beneficjentek programu „Zdrowa przekąska dla seniora” była Pani B.Z. (dane zmienione) – 60-letnia emerytka, uczestnicząca w zajęciach proponowanych przez Stowarzyszenie. Podczas pierwszej wizyty ze studentką dietetyki przeprowadzono szczegółowy wywiad żywieniowy. Dane uzyskane z wywiadu: codzienna dieta Pani B.Z. była bardzo monotonna (czasami obejmowała 3-4 identyczne posiłki w formie kanapek z pszennego pieczywa z masłem i serem żółtym w ciągu jednego dnia; w dniach, w których jadłospis seniorki był bardziej urozmaicony, i tak nie zawierał on prawidłowej ilości porcji zalecanych grup produktów spożywczych, takich jak warzywa i owoce, produkty pełnoziarniste, dobre źródła wapnia i witaminy D). W związku z tym szacowana wartość odżywcza była bardzo niska, nieuwzględniająca rekomendowanych podaży poszczególnych składników pokarmowych zgodnych z zaleceniami ekspertów z Instytutu Żywności i Żywienia. Poważnym błędem odnotowanym podczas wstępnego wywiadu żywieniowego było niedostateczne nawadnianie organizmu – seniorka często „zapominała” o spożywaniu odpowiedniej ilości napojów, bardzo rzadko piła wodę, najczęściej spożywała napoje o działaniu moczopędnym, takie jak kawa, herbata. Beneficjentka programu była świadoma, że jej sposób żywienia się jest nieprawidłowy, deklarowała chęć wprowadzenia zmian. Dotychczas nie wprowadzała modyfikacji w swojej codziennej diecie, ponieważ „nie miała pomysłu co może zmienić”, a swój wąski repertuar żywieniowy tłumaczyła brakiem czasu na przygotowanie posiłków oraz deklarowanymi małymi zdolnościami kulinarnymi. Seniorka szczegółowo wymieniła preferowane oraz nie lubiane przez siebie produkty spożywcze (niestety, na liście nie lubianych produktów znalazły się dobre źródła wapnia i witaminy D). Pani B.Z. nie podała żadnych problemów zdrowotnych, poza dolegliwościami po spożyciu mleka

krowiego oraz produktów mlecznych: jogurtów, kefirów, maślanek, serów twarogowych, oraz poczuciem codziennego przemęczenia.

Podczas konsultacji dietetycznej dokonano również analizy składu ciała - uzyskane wyniki wskazywały na górne granice norm dla płci i wieku: masa ciała: 68,8 kg; wysokość: 170 cm; BMI: 23,8 kg/m²; zawartość tkanki tłuszczowej: 32,7%; poziom tkanki tłuszczowej wisceralnej: poziom 7; zawartość tkanki mięśniowej: 44,0 kg; zawartość wody: 47,6%; masa kostna: 2,4 kg (tabela I).

Zalecenia dla pacjentki opierały się na zasadach żywienia osób starszych rekomendowanych przez Instytut Żywności i Żywienia. Zaproponowano zbilansowaną dietę normokaloryczną, zawierającą 4-5 posiłków, zalecanych do spożycia w 3-4 godzinnych odstępach czasowych w ciągu dnia. Uwzględniając prośbę seniorki, aby jadłospis składał się z potraw szybkich i łatwych w przygotowaniu, zaproponowano proste posiłki o dużej wartości odżywczej, zawierające lubiane i dobrze tolerowane przez beneficjentkę produkty. Dodatkowo zalecono codzienne spożywanie tranu, w celu podaży kwasów tłuszczowych EPA i DHA, a także suplementację w celu uzupełnienia niedoborów witaminy D w diecie. Zarekomendowano systematyczne picie wody mineralnej, w tym również wysokozmineralizowanej, zawierającej dużą ilość jonów wapniowych. Podczas edukacji żywieniowej seniorka miała możliwość uzyskania informacji o dobrych źródłach białka w diecie oraz rodzajach rekomendowanej dla osób starszych aktywności fizycznej. Wspólnie z pacjentką ustalono wykonywanie 2 treningów wzmacniających mięśnie w tygodniu (realizowanych m.in. w ramach zajęć dla seniorów w Stowarzyszeniu) oraz codzienny spacer lub jazdę rowerem w ramach przemieszczania się). Szczegółowo wyjaśniono istotę urozmaicania codziennego jadłospisu – ma ono na celu zwiększenie prawdopodobieństwa dostarczenia wszystkich niezbędnych składników odżywczych. Seniorka przyznała, że dotychczas sądziła, że odżywianie się w sposób zróżnicowany jest bardzo

Tabela I. Parametry składu ciała

Table I. Body composition parameters

	Wynik z pierwszej konsultacji	Wynik z konsultacji kontrolnej	Wartość prawidłowa dla wieku i płci
Masa ciała	68,1 kg	66,2 kg	Optymalna 63 – 72 kg
Wzrost	170 cm	170 cm	-
BMI	23,5 kg/m ²	22,9 kg/m ²	Optymalne 22-25 kg/m ²
Tkanka tłuszczowa	31,7 %	27,7%	24 – 36 %
Tkanka tłuszczowa wisceralna	Poziom 7	Poziom 5	1-12 poziom
Tkanka mięśniowa	44,1 kg	45,5 kg	-
Woda	47,6 %	50,4%	45 – 60%
Masa kostna	2,4 kg	2,4 kg	2,4 – 2,95 kg

Źródło: Opracowanie własne

czasochłonne, zgodziła się jednak podjąć próbę zastosowania urozmaiconej diety. Przykładowy jadłospis dla pacjentki przedstawiono w tabeli II.

Po 4 miesiącach, podczas wizyty kontrolnej beneficjentka deklaruje poprawę ogólnego samopoczucia i zadowolenie z wprowadzonych zmian w diecie. Ponadto, seniorka zdecydowała się na wdrożenie regularnej aktywności fizycznej do swojego harmonogramu dnia.

Wyniki kontrolnej analizy składu ciała świadczą o pozytywnych zmianach: masa ciała: 66,2 kg; wzrost: 170 cm; BMI: 22,9 kg/m²; zawartość tkanki tłuszczowej: 27,7%; poziom tkanki tłuszczowej wisceralnej: poziom 5; zawartość tkanki mięśniowej: 45,5 kg; zawartość wody: 50,4%; masa kostna: 2,4 kg.

Większość wprowadzonych modyfikacji dietetycznych seniorka utrzymała nawet do roku po zakończeniu programu, co świadczy o trwałości tych zmian.

Wnioski

Niewątpliwie wprowadzanie projektów prozdrowotnych dedykowanych osobom starszym jest uzasadnione, bowiem ułatwiają one kontakt seniora ze specjalistą, niwelują także obawy związane z nową, nieznaną aktywnością. Zaprezentowany powyżej przykład świadczy o możliwości uzyskania korzystnych zmian w zakresie zachowań żywieniowych oraz aktywności fizycznej podczas współpracy międzypokoleniowej. Okazuje się, że przy ułatwionym kontakcie ze specjalistą, seniorzy chętnie angażują się w nowe dla nich aktywności. W zależności od stopnia zmotywowania pacjenta, można wprowadzić trwałe zmiany nawyków żywieniowych i postaw seniora do odżywiania się i trybu życia. Warto również w przebiegu kształcenia młodych dietetyków umożliwić praktykę pracy z pacjentem starszym, któ-

Tabela II. Przykładowy jadłospis

Table II. Example of a dietary menu

Przykładowy dzień z jadłospisu:		
(1603 kcal; węglowodany: 196,1 g; białka: 86,4 g; tłuszcze: 57,4 g)		
Produkt	Waga	Liczba
Śniadanie: Jajecznica na maśle ze szczypiorkiem i papryką, 2 kromki chleba razowego. Herbata lub kawa bez cukru.		
Jaja kurze	120 g	2 sztuki
Masło	10 g	2 łyżeczki
Szczypiorek	20 g	2 łyżki
Papryka czerwona	60 g	½ sztuki
Chleb żytni razowy	80 g	2 duże kromki
Drugie śniadanie (posilek w pracy): Sałatka na bazie kaszy, szklanka wody wysokozmineralizowanej.		
Kasza jaglana	90 g	3 łyżki ugotowanej kaszy
Seler naciowy	90 g	2 łydgi
Jabłko	170 g	1 duża sztuka
Orzechy włoskie	24 g	6 sztuk
Nasiona chia	10 g	1 łyżka
Jogurt bez laktozy	100 g	1 opakowanie
Obiad: Kasza jaglana, pieczony filet z piersi kurczaka i buraki gotowane, szklanka wody wysokozmineralizowanej		
Kasza jaglana	120 g	4 łyżki ugotowanej kaszy
Filet z piersi kurczaka		1 filet
Buraki gotowane	200 g	1 duży burak
Kolacja: Kanapki z awokado, serem żółtym, wędliną drobiową i pomidorem, szklanka wody wysokozmineralizowanej		
Chleb żytni razowy	80 g	2 duże kromki
Awokado	20 g	1 duża łyżka
Wędlina drobiowa	40 g	2 plastry
Ser żółty	20 g	1 plaster
Pomidor	170 g	1 duża sztuka

Źródło: Opracowanie własne

ry według oszacowań demograficznych może stać się w przyszłości głównym odbiorcą usług dietetycznych. Na przykładzie działalności SKN Dietetyki Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, współpracującego ze Stowarzyszeniem Wolontariat

Wielkopolski, można zauważyć, że tego rodzaju praktyka może przynosić obopólną korzyść.

Konflikt interesów/conflict of interest

Brak/None

Piśmiennictwo/References

1. Szewczyczak M., Stachowska M., Talarska D. Ocena jakości życia osób w wieku podeszłym – przegląd piśmiennictwa. *Nowiny Lek.* 2012;81(1):96 – 100.
2. Jarosz M., Sajór I., Sytuacja demograficzna w Polsce i na świecie ze szczególnym uwzględnieniem osób w wieku starszym, w: *Żywnie osób w wieku starszym*, Jarosz M. (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011;9-28.
3. Szukalski P. Starzenie się ludności – wyzwanie XXI wieku, w: *Przygotowanie do starości*, Szukalski P. (red.), Wydawnictwo WEMA, Warszawa 2009;17-38.
4. B. Wojtyniak, P. Goryński (red.). *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*. Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2003.
5. Jankowska-Polańska B., Uchmanowicz I. Wielolekowość, choroby współistniejące i upadki u chorych z przewlekłą niewydolnością serca w wieku podeszłym. *Geriatrics* 2014;8:1-12.
6. Gabrowska E., Spodaryk M. Zasady żywienia osób w starszym wieku. *Gerontol. Pol.* 2006;14(2):57-62.
7. Jarosz M. (red.). *Normy żywienia dla populacji polskiej – nowelizacja*. Instytut Żywności i Żywienia 2017.
8. Parnicka A., Gryglewska B. Wyniszczenie nowotworowe a starcza sarkopenia. *Gerontol. Pol.* 2006;14(3):113-118.
9. Jarosz M., Rychlik E. Przyczyny niedoboru makro- i mikroskładników u osób w wieku starszym. w: *Żywnie osób w wieku starszym*, Jarosz M. (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011; 40-51.
10. Brończyk-Puznoń A., Bieniek J. Żywnie osób starszych na podstawie nowelizacji norm żywienia Instytutu Żywności i Żywienia dla populacji polskiej z 2012 roku. *Nowa Medycyna* 2013;4:151-155.
11. Kałuża J., Bagan A., Brzozowska A. Ocena udziału witamin i składników mineralnych z suplementów w diecie osób starszych. *Roczniki PZH* 2004;55(1):51-61.
12. Barczak, K., Buczkowska-Radlińska, J., Bendyk-Szeffer, N., Sybuda, K. Stan narządu żucia seniorów z ośrodków pomocy społecznej i domów rodzinnych w województwie zachodniopomorskim. *Czas. Stomatol* 2010;63(10):621-627.
13. Waśkiewicz A., Sygnowska E., Broda G. Ocena stanu zdrowia i odżywienia osób w wieku powyżej 75 lat w populacji polskiej badanie WOBASZ-SENIOR. *Bromat Chem Toksykol.* 2012;45(3):614-618.
14. Krzywińska-Siemaszkó R., Mossakowska M., Skalska A., Klich-Rączka A. i wsp. Social and economic correlates of malnutrition in Polish elderly population: the results of PolSenior study. *J Nutr Health Aging*, 2015;19(4):397-402.
15. Ożga E., Małgorzewicz S. Ocena stanu odżywienia osób starszych. *Geriatrics* 2013;7:98–103.
16. Babiarczyk B., Turbiarz A. Body Mass Index in elderly people-do the reference ranges matter? *Progress in Health Sciences* 2.1, 2012;58-67.
17. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
18. Józwiak A., Guzik P., Wieczorowska-Tobis K. Wskaźnik masy ciała jako czynnik rokowniczy umieralności wewnątrzszpitalnej wśród pacjentów oddziału geriatrycznego. *Gerontol. Pol.* 2005;13(4): 266-70.
19. Garry P.J., Goodwin J.S., Hunt W.C., i wsp. Nutritional status in a healthy elderly population: dietary and supplemental intakes. *Am J Clin Nutr* 1982;36(8):319 – 31.
20. Duda G, Różycka-Ćała K, Przysławski J. Sposób żywienia a wybrane wskaźniki stanu odżywienia osób w wieku podeszłym. *Nowa Med* 2002;108(12):17-8.
21. Niedźwiecka E., Wądołowska L. Analiza urozmaicenia spożycia żywności w kontekście statusu socjoekonomicznego polskich osób starszych. *Probl Hig Epidemiol* 2010;91(4):2-10.

22. Augustowski K., Augustowska M. Świadomość osób starszych na temat właściwego odżywiania. w: Zagadnienia aktualnie poruszane przez młodych naukowców tom 1. Kuczera M., Piech K. (red.) Kraków: Creativetime, 2015;218-23.
23. Tańska M., Babicz-Zielińska E., Przysławski J. Postawy osób starszych wobec zdrowia i żywności o działaniu prozdrowotnym. *Probl Hig Epidemiol* 2013;94(4):915-8.
24. Lewandowicz-Umyszkiewicz M., Krzywińska-Siemaszko R., Wieczorowska-Tobis K. Interwencja żywieniowa u osób starszych *Dietetic intervention in elderly individuals. Geriatria*, 2018;12:242-6.
25. Wlazło A., Leszek J. Samoopieka osób starszych w kontekście psychologii zdrowia. *Założenia Teoretyczne. Psychogeriatr. Pol.* 2008;5(3):123 -8.
26. Humańska MA, Kędziora-Kornatowska K. Wpływ miejsca zamieszkania osób w podeszłym wieku na stan odżywiania się. *Gerontol Pol* 2009;17(3):126-8.
27. Augustowski K., Augustowska M. Czy osoby w wieku 65+ są skłonne do korzystania z usług dietetycznych? *Piel. Pol.* 2015;3(57):251-6.
28. Gutkowska K., Olewnik-Mikołajewska A., Krośnicka K., Piekut M. Zachowania konsumentów wobec innowacyjnych produktów żywnościowych na przykładzie żywności funkcjonalnej. *Logistyka* 2015;(2):912-919.
29. Jędrusek-Golińska A., Szymandera-Buszka K., Waszkowiak K., Pieciewicz M. Postrzeganie żywności prozdrowotnej przez osoby starsze w świetle badań. *Handel Wewnętrzny* 2018;4(1):145-55.
30. Bajurna B., Mendyka L, Nowakowska I. Różnorodność problemów występujących w starszym wieku. *Piel Pol.* 2011;1(39):24-8.
31. Pilska M., Jeżewska-Zychowicz M. *Psychologia Żywnienia – wybrane zagadnienia.* Wydawnictwo SGGW, Warszawa 2008;20- 78.
32. Bondos I. Dlaczego seniorzy stanowią wyzwanie dla marketingu? *Marketing i Rynek*, 2013;3(20):31-6.
33. Narodowy Program Zdrowia 2007-2015.
34. Woźniak B., Tobiasz-Adameczyk B., Brzyska M. Promocja zdrowia wśród osób starszychw Polsce w świetle badań przeprowadzonych w projekcie healthPROelderly. *Probl Hig Epidemiol* 2009;90(4):459-64.
35. <http://wolontariatwielkopolski.org/projekt-zdrowa-przekaska-dla-seniora-2015/>
36. <http://wolontariatwielkopolski.org/projekt-senior-fit/>