

Zachowania zdrowotne osób starszych

Health behaviors in elderly population

Ewa Smoleń^{1,2}, Lucyna Gazdowicz¹, Anita Żyłka-Reut¹

¹Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Jana Grodka w Sanoku
Instytut Medyczny

²Katedra i Zakład Zarządzania w Pielęgniarstwie, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

AUTOR DO KORESPONDENCJI: Ewa Smoleń
ul. Mickiewicza 21
38-500 Sanok
Tel. 13 46 55 960
e-mail: ewasmolen@op.pl

STRESZCZENIE

ZACHOWANIA ZDROWOTNE OSÓB STARSZYCH

Wstęp. W społeczeństwach rozwiniętych krajów świata wzrasta odsetek osób starszych. Z analizy danych demograficznych w Polsce wynika, że w ciągu zaledwie 50 ostatnich lat nastąpiło podwojenie liczby osób w starszym wieku, co pozwala zaliczyć polskie społeczeństwo do populacji ludzi starych. Zachowania zdrowotne definiowane są jako wskaźniki postaw ludzi wobec zdrowia, mogą również być nawykami czy zachowaniami wynikającymi z uznawanych wartości przyjętych w danej kulturze. Czynniki warunkujące pomyślną starość są zależne od stylu życia, profilaktyki chorób oraz wczesnego ich leczenia. Działania promujące zdrowie mają na celu zapewnienie osobie starszej jak najdłuższego samodzielnego funkcjonowania.

Cel pracy. Ocena zachowań zdrowotnych słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku.

Materiał i metody. Badaniu poddano 88 osób starszych powiatu sanockiego. Wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety oraz standaryzowane narzędzie badawcze Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) autorstwa Z. Juczyńskiego.

Wyniki badań. Badaniem objęto osoby w wieku od 60 do 81 lat. Ponad połowa badanych (64,0%) podaje, że dba o prawidłowe odżywianie, 66,0% ankietowanych deklaruje unikanie soli i silnie dosalanej żywności, natomiast 74,0% ankietowanych nie pali tytoniu. Wśród badanych osób jedynie 6,0% nie leczy się z powodu chorób przewlekłych, natomiast wśród podawanych jednostek chorobowych pierwsze miejsce zajmują choroby układu krążenia w tym nadciśnienie tętnicze i choroba niedokrwienna serca. Inne choroby zgłaszane przez badanych to zaburzenia snu, choroby reumatoidalne oraz cukrzyca.

Badania wykazały, że 53,0% osób regularnie zgłasza się na badania lekarskie a 80,0% przestrzega zaleceń lekarskich dotyczących pozytywnych zachowań zdrowotnych.

Wnioski. W badanej grupie osób starszych do zachowań sprzyjających zdrowiu zalicza się między innymi prawidłowe nawyki żywieniowe tj. unikanie soli w diecie, żywności z konserwantami oraz spożywanie pieczywa pełnoziarnistego.

Zachowania profilaktyczne obejmują regularne zgłaszanie się na kontrolne badania lekarskie, ścisłe przestrzeganie zaleceń lekarskich oraz poszerzanie swojej wiedzy na temat zdrowia. Osoby starsze cechuje pozytywne nastawienie psychiczne do życia, co sprawia, że udzielają oni różnego rodzaju wsparcia swojej rodzinie i osobom z najbliższego otoczenia.

Wśród praktyk zdrowotnych sprzyjających zdrowiu zalicza się unikanie palenia tytoniu i optymalny czas na odpoczynek i sen.

Słowa kluczowe:

pozytywne i negatywne zachowania zdrowotne, zachowania profilaktyczne, osoby starsze.

ABSTRACT

HEALTH BEHAVIORS IN ELDERLY POPULATION

Introduction. The percentage of old people has been increasing in the societies of the developed countries. The analysis of Polish demographic data showed that during last 50 years the index of elderly people doubled. Therefore, the Polish society may be ranked among populations of the elderly. Health behaviors are defined as individual index of one's attitude towards health. They also may include habits or attitudes resulting from acknowledged cultural values. Factors determining if the period of old age is comfortable, depend on lifestyles, disease prevention, and early treatment of diseases. Activities promoting health aim at helping the elderly function independently as long as possible.

Aim. Evaluation of health behaviors of the elderly students of the University of the Third Age.

Material and methods. The study group comprised 88 old people from Sanok district. A questionnaire developed by the authors was used together with a standardized research tool i.e. Juszczynski Inventory of Health Behaviors (IZZ).

Results. The respondents aged from 60 to 81 years. More than half of the study group (64%) declared they cared about their nutrition, 66% said they avoided salt and products rich with salt while 74% of participants didn't smoke. Only six percent of the respondents weren't treated because of any chronic disease. Cardiovascular diseases including arterial hypertension and ischemic heart disease were the most frequent. The respondents also suffered from sleep disorders, rheumatoid diseases and diabetes. Gathered data indicated that 53.0% of the study group had regular medical appointments, and 80.0% of the participants observed physician's instructions regarding positive health behaviors.

Conclusions. Data obtained from the study group indicated that behaviors beneficial for one's health included correct nutritional habits e.g. avoiding salt in diet, avoiding food containing chemical preservatives, and eating whole-wheat bread.

Preventive behaviors included regular medical appointments, observing physician's instructions, and constant education about health. The elderly had positive mental attitude toward their lives. As a result they supported their families and close friends in many ways, not only financially. Health practical attitudes beneficial for one's health included avoiding smoking and having optimal time for rest and sleep.

Key words:

positive and negative health behaviors, preventive behaviors, elderly people

WSTĘP

Zdrowie jednostki uwarunkowane jest w głównej mierze indywidualnymi zachowaniami zdrowotnymi człowieka, pozwalającymi go utrzymywać, przywracać i potęgować. Dokonywanie wyborów określonych zachowań, uzależnione jest od pozycji, jaką w indywidualnym systemie wartości zajmuje zdrowie [1].

Zachowania zdrowotne określane są jako czynności zmierzające do utrzymania lub powrotu do zdrowia. Wśród wielu podziałów wyróżnia się zachowania sprzyjające zdrowiu – prozdrowotne, zachowania antyzdrowotne oraz zachowania mieszane [2, 3].

Według Heszen-Niejodek zachowania zdrowotne to forma aktywności osoby ukierunkowana na osiąganie celów zdrowotnych. Celem podejmowanych czynności u osób zdrowych jest utrzymanie lub powiększenie zasobów zdrowotnych natomiast u chorych poprawa zdrowia. Wśród tych zachowań wyróżnia się:

- zachowania dążące do utrzymania dobrego samopoczucia,
- zachowania chroniące zdrowie,
- zachowania zmniejszające ryzyko utraty zdrowia,
- aktywność osoby dostrzegającej objawy chorobowe u siebie, celem dokładnej oceny stanu zdrowia i podjęcia działań prewencyjnych,
- aktywność osoby określającej się jako chora, celem poprawy stanu zdrowia,
- aktywność osoby określającej się jako chora, celem poprawy stanu zdrowia poprzez proces leczenia.

Zachowania zdrowotne to reakcje na wszelkie sytuacje związane ze zdrowiem, jako nawyki oraz celowe czynności. Każda osoba dokonuje permanentnie, celowo, świadomie i samodzielnie wyborów zachowań wpływających korzystnie lub negatywnie na zdrowie. Istotnym wyznacznikiem podejmowanych decyzji jest dotychczasowe doświadczenie życiowe oraz wiedza z zakresu zdrowia i choroby. Uwarunkowaniami wyboru zachowań zdrowotnych są również: wiek, płeć, cele życiowe, sytuacja społeczna (role społeczne, pochodzenie, wykształcenie, warunki materialne, miejsce zamieszkania) i kulturowa (światopogląd, tradycje rodzinne, narodowe, zwyczaje). Zachowania zdrowotne wpływające pozytywnie na zdrowie człowieka oprócz samokontroli organizmu, odpowiedzialności za własne zdrowie i pozytywnego nastawienia to przede wszystkim zdrowa dieta, regularna aktywność fizyczna oraz optymalna ilość snu na dobę (minimum 7 godzin). Czynniki ryzyka chorób a tym samym zachowaniami negatywnie wpływającymi na zdrowie są palenie tytoniu, nieprawidłowa dieta, niska aktywność fizyczna lub jej brak i nadużywanie alkoholu [2].

Polska jest krajem, w którym systematycznie wzrasta ilość osób starszych. Starość, to naturalny i nieodwracalny proces, związany z pojawieniem się zmian w stanie zdrowia. Wśród starszych wzrasta poziom oczekiwań w dziedzinie prewencji chorób i rośnie zapotrzebowanie na świadczenia edukacyjno-wspierające [3, 4].

Okres starzenia się i starości cechuje nasilenie się zmian w stanie fizycznym, które przejawiają się w głównej mierze uciążliwymi dolegliwościami oraz wielochorobowością. Zgodnie z definicją zachowania zdrowotne to podejmowanie czynności oraz wszelka aktywność osoby skierowana na umacnianie zdrowia lub zmierzająca do jego powrotu. Takie rozumienie pojęcia zachowań zdrowotnych w pełni odnieść można do osób w okresie starzenia się i starości. Wzmacnianie prawidłowych oraz korygowanie niekorzystnych działań warunkujących zdrowie jednostki ma istotny wpływ na wzrost poziomu jakości życia, pomimo trudnych do zatrzymania zmian w funkcjonowaniu fizycznym osób starszych.

Ocena poziomu i jakości zachowań zdrowotnych pozwala na podejmowanie działań edukacyjnych, opiekuńczych i leczniczych wobec osób w okresie starzenia się i starości. Ważnym podkreślenia jest fakt, że wedle WHO (World Health Organization – Światowa Organizacja Zdrowia) tak zwany „starszy wiek” rozpoczyna się już od 49 roku życia [3].

CEL PRACY

Analiza nasilenia zachowań zdrowotnych ludzi starszych mieszkających na terenie powiatu sanockiego.

MATERIAŁ I METODYKA.

Badania przeprowadzono w drugim kwartale 2009 roku wśród 88 studentów Uniwersytetu III wieku przy PWSz im. Jana Grodka w Sanoku. Liczebność grupy uwarunkowana była założeniami badań, których celem była ocena zachowań zdrowotnych tylko wśród słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku (UTW). W zebraniu danych posłużono się metodą sondażu diagnostycznego. Zastosowanym narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz zawierający pytania o charakterze otwartym i zamkniętym, dotyczące stanu społecznego, wykształcenia, miejsca zamieszkania, warunków materialnych oraz zdiagnozowanych chorób. Dodatkowo w badaniu zastosowano standaryzowane narzędzie badawcze Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) wg interpretacji Z. Juczyńskiego [5].

Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) składa się z 24 stwierdzeń opisujących różnego rodzaju zachowania związane ze zdrowiem. Jego zastosowanie pozwoliło na ustalenie stopnia nasilenia każdej z czterech kategorii zachowań zdrowotnych, tj. prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, praktyk zdrowotnych oraz pozytywnego nastawienia psychicznego. Wyniki przedstawiono są w tzw. skali stenowej, gdzie wartości od 1-4 stena oznaczają niskie wyniki, od 7- 10 wysokie, a wartości od 5 i 6 jako przeciętne. Otrzymane wyniki porównano z wynikami badań grupy normatywnej Z. Juczyńskiego [5].

Każda z badanych osób została poinformowana o celu badań, ich anonimowości oraz potencjalnym wykorzystaniu uzyskanych wyników.

Zgromadzone dane poddano analizie statystycznej. Zastosowano analizę wariancji średnich – Anova (tam, gdzie analizowano zmienne złożone – skale zbudowane z kilku zmiennych wskaźnikowych). Wyniki przedstawiono w formie graficznej oraz opisowej.

WYNIKI BADAŃ

Badaniem objęto grupę 88 osób w wieku od 60 do 81 lat, w której 78% (69 osób) stanowiły kobiety, a 22% (19) mężczyźni. Średnia wieku badanych to 65 lat. Najliczniejszą grupę – 57,95% stanowiły osoby w przedziale wiekowym między 60 a 74 rokiem życia. Wśród badanych osób zdecydowana większość to mieszkańcy miasta 90,0%, natomiast zaledwie 10,0% to mieszkańcy wsi. Najliczniejsza grupa badanych 43,2% mieszkała ze współmałżonkiem, 17,0% osób mieszkało z małżonkiem i z dziećmi, a 27,2% samotnie. W grupie badanych osób tylko 5,8% podało, że mieszka z dalszą rodziną, rodzicami lub innymi osobami. W związku małżeńskim pozostawało 61,4% osób, 27,3% utraciło partnera, 7,9% to osoby stanu wolnego, a najmniejsza grupa – 3,4% to osoby rozwiedzione. Większość ankietowanych osób – 47,0% posiadało wykształcenie średnie, 25,0% wyższe, a 18,0% zasadnicze zawodowe. Najmniej liczną grupę 10,0% stanowiły osoby z wykształceniem podstawowym.

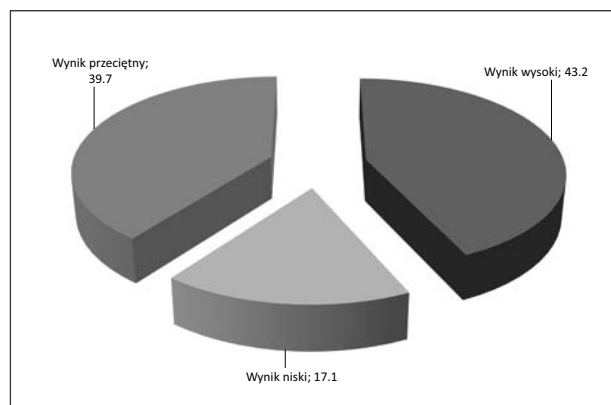
Warunki socjalno-bytowe badanej grupy określić można jako przeciętne. Ponad połowa badanych – 60,2% oceniło je jako średnie, a 25,0% jako dobre. Bardzo dobre warunki socjalno-bytowe miało prawie 10,0%, a tylko niewiele ponad 5,0% oceniło je jako złe. Istotnym czynnikiem wpływającym na wybór zachowań zdrowotnych są warunki materialne. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby o dochodach miesięcznych od 500 do 999 zł (48,7%). Prawie 30,0% badanych określiło wysokość swoich dochodów w przedziale od 1000 do 1499 zł, tylko 14,6% osób powyżej 1500 zł miesięcznie. Dochody poniżej 500 zł miało zaledwie 6,7% badanych.

Niespełna ponad 2,0% badanych oceniło swój stan zdrowia jako bardzo dobry, 16,0% jako dobry, 38,6% jako dość dobry, a 35,4% jako dostateczny, natomiast grupa 8,0% ankietowanych określiła swój stan zdrowia jako zły.

Zachowania zdrowotne to aktywność, którą podejmują nie tylko osoby zdrowe, ale również chore. Badania objęły grupę osób, u których z racji wieku i fizjologicznego starzenia się organizmu oraz czynników ryzyka doszło do rozwoju chorób. Najczęściej występującymi chorobami w badanej grupie były: nadciśnienie tętnicze (53,4%), choroby o charakterze reumatoidalnym (47,7%), zaburzenia rytmu serca (34,1%), choroba niedokrwienna serca (28,4%), niewydolność serca (14,8%), choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy (13,6%), cukrzyca (12,5%). Wśród zgłaszanych dolegliwości były zaburzenia snu (23,9%), bóle głowy (17,0%), obniżony nastrój (14,8) oraz zaparcia (11,4%). Żadnych niepokojących dolegliwości i uciążliwych objawów nie zgłaszało tylko 8,0% badanych.

Analiza zachowań zdrowotnych badanej populacji osób starszych z wykorzystaniem Inwentarza Zachowań Zdrowotnych wykazała wysoki średni wynik zachowań

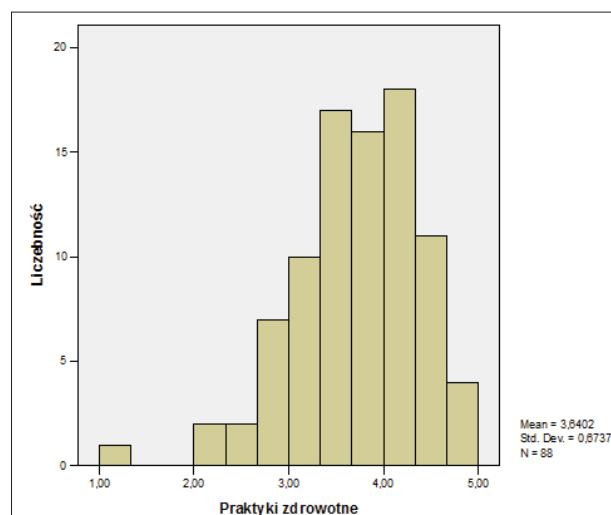
zdrowotnych (88,39 punktów). W analizie szczegółowej typu zachowań zdrowotnych niemal połowa badanych cechowała się wysokim poziomem zachowań zdrowotnych, co trzeci senior wykazywał przeciętny wskaźnik zachowań zdrowotnych. Niski poziom nasilenia zachowań zdrowotnych wykazało najmniej badanych osób (Ryc.1).



■ Ryc. 1 Poziom wskaźnik zachowań zdrowotnych badanej grupy

Sumaryczna skala prawidłowych nawyków żywieniowych została zbudowana w oparciu o następujące wskaźniki spożywania warzyw i owoców, ograniczenie spożywania takich produktów, jak tłuszcze zwierzęce, cukier, dbanie o prawidłowe odżywianie, unikanie spożywania żywności z konserwantami oraz soli i silnie solonej żywności oraz spożywanie pieczywa pełnoziarnistego. Grupa badana deklarowała częste spożywanie owoców i warzyw (3,84) oraz pieczywa pełnoziarnistego (3,74). Ankietowani ograniczali spożycie tłuszczów zwierzęcych, cukru i soli (3,64) jednocześnie w większym stopniu dbając o prawidłową dietę (3,75).

Skala intensywności praktyk zdrowotnych została obliczona jako średnia arytmetyczna wartości wskaźnikowych: wystarczającej ilości odpoczynku, unikania przepracowania, kontrolowania masy ciała, ilości snu, ograniczania palenia tytoniu oraz unikania nadmiernego wysiłku fizycznego. W badanej grupie wykazano wysokie wskaźniki dotyczące ograniczania palenia tytoniu (4,38), przeznaczania dużej ilości czasu na odpoczynek (3,74) oraz unikania nadmiernego wysiłku fizycznego i przepracowania (4,45) Ryc. 2.



■ Ryc. 2 Rozkład wartości skali intensywności praktyk zdrowotnych.

Skala zachowań profilaktycznych została obliczona jako średnia arytmetyczna odpowiedzi na pytania wskaźnikowe: unikania przeziębień, posiadania zanotowanych numerów telefonów służb pogotowia, przestrzeganie zaleceń lekarskich wynikających z badań, regularności zgłaszania się na badania lekarskie, poszukiwania informacji na temat unikania chorób oraz informacji medycznych i zrozumienia przyczyn zdrowia i choroby. U badanych osób zaobserwowano wysokie wartości dotyczące przestrzegania zaleceń lekarskich (4,15) jak i regularnego zgłaszania się na badania lekarskie (3,6). Zdecydowanie mniej osób badanych starało się dowiedzieć jak inni unikają chorób (2,98).

Wskaźnikami pozytywnego nastawienia psychicznego są: poważne traktowanie wskazówek osób wyrażających zaniepokojenie stanem zdrowia, unikanie sytuacji, które wpływają przygnębiająco, unikanie zbyt silnych emocji, stresów i napięć, posiadanie przyjaciół i uregulowane życie rodzinne, pozytywne myślenie. Grupa badana osiągnęła wysokie wartości dotyczące uregulowanego życia rodzinnego (4,10) i unikania zbyt silnych emocji, stresów i napięć (3,42). Zdecydowanie mniej osób badanych poważnie traktowało wskazówki innych osób zaniepokojonych ich stanem zdrowia (3,33).

DISKUSJA

Starzenie się jest procesem fizjologicznym, cechującym się stopniowym ograniczeniem rezerw wydolności czynnościowej poszczególnych układów i organizmu jako całości. Starość nie jest jednoznaczna z chorobą, chociaż faktem jest, że starsi ludzie częściej są narażeni na działanie czynników chorobotwórczych i częściej skarżą się na przewlekłe problemy zdrowotne [4, 6].

W grupie osób starszych przeważają kobiety w stosunku do mężczyzn, a ich liczebna przewaga rośnie wraz z wiekiem. W Polsce przyczyną tego stanu jest wysoki wskaźnik umieralności mężczyzn z powodu chorób układu krążenia i nowotworów. Umieralność obu płci wyrównuje się dopiero w wieku „bardzo starym” powyżej 90 roku życia [3, 6].

Wśród ankietowanych osób przeważały kobiety, stanowiąc 78,0% badanej grupy, a mężczyźni stanowili zaledwie 22,0%. W badanej grupie osób starszych tylko 6,0% stanowiły osoby zdrowe, które podały, że nie chorują na żadną chorobę przewlekłą. Niemal 90,0% respondentów leczyło się z powodu wielu chorób, które często występowały nie pojedynczo, ale widoczne było współwystępowanie kilku jednostek chorobowych równocześnie.

Współistnienie wielu chorób, określane jako wielochorobowość jest typowym problemem geriatry. Pociąga ono za sobą konieczność jednoczesnego stosowania wielu leków. Wielolekowość z kolei, niezależnie od rodzaju stosowanych substancji, zwiększa ryzyko wystąpienia działań niepożądanych i interakcji między stosowanymi preparatami leczniczymi. Zjawisko wielolekowości nasilane jest przez samych pacjentów, chcących zachować sprawność i dołączających do leczenia preparaty wydawane w aptece bez recepty w przekonaniu, że w związku z łatwą dostępnością leków są one bezpieczne, czyli nie wywołują działań niepożądanych i nie wchodzi w interakcje, co nie jest prawdą [7].

Wśród ankietowanych najczęściej występującymi chorobami były: nadciśnienie tętnicze, choroby o charakterze reumatoidalnym, zaburzenia rytmu serca, choroba niedokrwienna serca, niewydolność serca, choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, cukrzyca, astma oraz choroby wątroby. Stosunkowo częstymi dolegliwościami u badanych seniorów były zaburzenia snu, bóle głowy, obniżony nastrój, oraz zaparcia. Otrzymane wyniki są zgodne z doniesieniami naukowymi, że do najczęściej występujących jednostek chorobowych u osób po 60 roku życia zaliczane są: choroby układu sercowo-naczyniowego, schorzenia układu ruchu, choroby metaboliczne. Rozpowszechnione są także patologiczne stany sprzyjające występowaniu tych chorób, m.in. hipercholesterolemia i inne dyslipidemie, nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca oraz cukrzyca [8, 9, 10].

Osoby o wysokim statusie materialnym mają większe szanse na pomyślne starzenie. Zachowanie zdrowia jest łatwiejsze, gdy nie trzeba oszczędzać na prawidłowo zbilansowanym odżywianiu, aktywnych formach rekreacji, środkach higienicznych, sprzęcie pomocniczym czy zabiegach usprawniających [11]. Ankietowane osoby w 30,0% określiły swoje dochody miesięczne jako zadawalające. Tylko 15,0% badanych oceniło swoje dochody jako wysokie, co zapewniało badanym możliwość zaspokojenia swoich podstawowych potrzeb, w tym zakupu potrzebnych leków, a 23,0% badanych było w stanie dodatkowo udzielać najbliższej rodzinie wsparcia finansowego.

Ważną rolę w kształtowaniu i wyborze zachowań zdrowotnych mają uwarunkowania kulturowe – system norm i przekonań, wzorów postępowania, a także ogół wytworów materialnych i niematerialnych wytworzonych przez daną grupę społeczną. Wyznacznikiem pozycji społecznej jest wykształcenie, odzwierciedlające poziom wiedzy, w tym medycznej. Istnieje wyraźny związek między statusem społecznym a wyborem zachowań zdrowotnych. Im wyższe wykształcenie, tym wymagania wobec systemu zdrowotnego, są wyższe niż w grupie osób z wykształceniem [2]. Wśród respondentów 46% posiadało wykształcenie średnie, a 25% wyższe, co było wyznacznikiem utrzymującej się aktywności i chęci poszerzania swojej wiedzy poprzez uczestnictwo w zajęciach UTW. W badaniach populacyjnych wyższy poziom wykształcenia koreluje dodatnio z lepszym stanem zdrowia i większą sprawnością. Najprawdopodobniej osoby wykształcone bardziej interesują się najnowszymi zdobyczami nauki, również w zakresie zdrowia, mają większy dostęp do informacji źródłowych, a wnioski w sposób krytyczny oraz właściwie wyważony wdrażają do rutynowej praktyki. Wykształcenie daje podstawy do podejmowania inicjatyw, większej aktywności i poszerzania zainteresowań [11].

Podstawowe znaczenie w utrzymaniu zdrowia i profilaktyce chorób, także u osób starszych ma styl życia. Elementami stylu życia korzystnie wpływającymi na zdrowie są m.in. prawidłowa dieta i nawyki żywieniowe, optymalny poziom aktywności fizycznej, odpowiednia ilość snu, satysfakcjonujące relacje społeczne, umiejętne wykorzystanie wolnego czasu oraz wiedza z zakresu prewencji zdrowotnej. Nieprawidłowa dieta i nawyki żywieniowe, brak aktywności fizycznej, nałogi (palenie tyto-

niu, nadużywanie alkoholu), brak kontroli swojego stanu zdrowia to czynniki mający silny związek przyczynowy w powstawaniu chorób układu krążenia oraz nowotworowych [1, 2, 12].

Z przeprowadzonych badań wynika, że jest to grupa cechująca się wysokim wskaźnikiem zachowań zdrowotnych w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, praktyk zdrowotnych oraz pozytywnego nastawienia psychicznego. Dieta osób w wieku podeszłym powinna zawierać w odpowiednich ilościach nierafinowane węglowodany, pochodne zbóż, roślin strączkowych, jak również świeże warzywa i owoce w ilościach pozwalających na utrzymanie właściwej podaży włókna roślinnego (18-40 g/dobę). Zaleca się regularne spożywanie produktów mlecznych i ryb, białka zwierzęcego, jaj w celu utrzymania właściwej podaży substratów pochodzenia zwierzęcego. W przypadku populacji ludzi starszych nie spożywających dostatecznych ilości zalecanych substancji odżywczych wskazane jest dostarczanie suplementów żywieniowych. Zalecany udział węglowodanów, tłuszczów i białka w diecie osób starszych jest taki sam jak i u osób dorosłych – czyli węglowodany powinny stanowić 55-60% energii, tłuszcze 25-30%, reszta białka [7].

Pomiar zachowań zdrowotnych w kategorii prawidłowych nawyków żywieniowych wskazuje, że osoby starsze częściej spożywały duże ilości owoców i warzyw. Ankietowani deklarowali również częstsze spożycie pieczywa pełnoziarnistego oraz w większym stopniu ograniczone spożycie tłuszczów zwierzęcych, cukru i soli.

Wysoka subiektywna ocena zdrowia koreluje z istotnie dłuższą przeżywalnością ludzi starszych. Stan psychofizyczny człowieka jest wyrazem nie tylko chwilowych doznań fizycznych, ale i psychicznych, uwarunkowanych konstytucjonalnie- wrodzony optymizm lub pesymizm, stopień odporności na stresy czy umiejętność ich rozładowania. Pozytywne myślenie, wyrażanie i dawanie radości oraz inne życzliwe uczucia korzystnie wpływają na funkcje odpornościowe organizmu. Osoby w wieku starszym zawsze trzeba wspierać w trudnych chwilach, podtrzymywać na duchu, nieść nadzieję na poprawę, wierzyć w nią i sprawić, by one same w nią uwierzyły – często znaczy to więcej niż środki farmakologiczne [11].

Pozytywne nastawienia psychiczne obejmują unikanie sytuacji stresujących, silnych emocji, stresów i napięć oraz sytuacji wpływających przygnębiająco, pozytywne myślenie i uregulowane życie rodzinne. Osoby starsze osiągnęły wysokie wartości dotyczące uregulowanego życia rodzinnego i unikania zbyt silnych emocji, stresów i napięć. Większość badanych regularnie utrzymywało kontakt z rodziną i znajomymi. Bliskie relacje z rodziną podyktowane były najczęściej wspólnym mieszkaniem oraz pomocą w wychowywaniu wnuków oraz udzielaniem wsparcia finansowego dzieciom. Zdecydowanie mniej osób badanych poważnie traktowało wskazówki innych zaniepokojonych ich zdrowiem. Widoczny był brak pozytywnego myślenia. Grupa osób badanych, miała też trudności w unikaniu sytuacji wpływających na nich przygnębiająco.

Podsumowując przeprowadzone badania można stwierdzić, że osoby starsze to grupa osób, której styl życia

i wysoki wskaźnik podejmowanych zachowań zdrowotnych, mogą posłużyć za przykład dla innych społeczności. Cechuje ją nie tylko bogate doświadczenie życiowe, ale również szereg prozdrowotnych aktywności, które służą utrzymaniu i umacnianiu zdrowia.

WNIOSKI

1. Niemal połowa badanych osób (43,2%) charakteryzuje się wysokim poziomem zachowań zdrowotnych.
2. W każdej z czterech kategorii: prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowaniach profilaktycznych, pozytywnym nastawieniu psychicznym, praktykach zdrowotnych wyższe wyniki osiągnęły badane osoby starsze.
3. Wśród zachowań dotyczących prawidłowych nawyków żywieniowych osoby starsze deklarują wysokie spożycie pieczywa pełnoziarnistego, owoców i warzyw, a ograniczają spożycie tłuszczów zwierzęcych, cukru, soli oraz żywności z konserwantami.
4. Zdecydowanie mniej osób badanych poważnie traktuje wskazówki innych osób zaniepokojonych ich zdrowiem, unika sytuacji wpływających na nich przygnębiająco oraz myśli pozytywnie.
5. Osoby starsze cechuje pozytywne nastawienie psychiczne do życia, co sprawia, że udzielają oni wsparcia nie tylko finansowego swojej rodzinie i osobom z najbliższego otoczenia.
6. W zachowaniach profilaktycznych widoczne jest regularne zgłaszanie się na kontrolne badania lekarskie, ścisłe przestrzeganie zaleceń lekarskich oraz poszerzanie swojej wiedzy na temat zdrowia.

PIŚMIENNICTWO

1. Banaszkiewicz M, Andruszkiewicz A. Zachowania zdrowotne. [w:] Banaszkiewicz M, Andruszkiewicz A, red. Promocja zdrowia. Tom I. Lublin: Wyd. Czelej; 2008.
2. Baranowicz I, Majchrowska A, Kawczyńska – Butrym Z. Elementy socjologii dla pielęgniarek. Lublin: Czelej; 2000.
3. Jabłoński L, Wysokińska - Miszczuk J. Podstawy gerontologii i wybrane zagadnienia z geriatry. Lublin: Wyd. Czelej; 2000.
4. Ziarko J, Wybraniec A. Starość jako dar i zadanie. Pielęgniarstwo XXI wieku. 2008; 2-3 (23-24): 28-32.
5. Juczyński Z. Inwentarz Zachowań Zdrowotnych. [w:] Juczyński Z, Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa: Wyd. Pracownia testów psychologicznych Polskiego Towarzystwa. 2001.s. 112 – 122.
6. Kwapisz U, Gyrko KB, Majchrzak K, Głodowski J. Zdrowotne i psychospołeczne aspekty funkcjonowania osób w starszym wieku. Pielęgniarstwo XXI wieku. 2005; 4(13): 79-82.
7. Wieczorkowska-Tobis K, Talarzka D, red. Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. Warszawa: Wyd. PZWL; 2008.
8. Kędziora- Kornatowska K., Muszalik M.: Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku. Lublin: Wyd. Czelej; 2007.
9. Zielińska – Więczkowska H, Kędziora – Kornatowska K. Jakość życia chorych z pierwotnym nadciśnieniem tętniczym w wieku podeszłym na tle uwarunkowań zdrowotnych (część II). Pielęgniarstwo XXI wieku. 2007; 2 (19): 38-42.
10. Jabłoński L, Karwat ID. Podstawowe problemy zdrowotne społeczeństwa polskiego na początku u XXI wieku. [w:] Jabłoński L, Karwat ID, red. Podstawy epidemiologii ogólnej, epidemiologia chorób zakaźnych. Lublin: Wyd. Czelej; 1999.s.275 – 279.
11. Karczewski JK. Higiena. Wyd. Czelej, Lublin 2002.
12. Kachaniuk H., Adamczyk K., Kruk M. Styl życia długowiecznych. Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Lublin Polonia. 2005: Vol. XL, suppl. XVI, 454, sectio D: 8 – 10.

Praca przyjęta do druku: 08.02.2011

Praca zaakceptowana do druku: 04.04.2011