

ANNA SZCZECIŃSKA, MARTA JERUSZKA, KATARZYNA KOZŁOWSKA,
ANNA BRZOZOWSKA, WOJCIECH ROSZKOWSKI

OCENA WYŻYWIENIA W DOMACH POMOCY SPOŁECZNEJ W WARSZAWIE NA PODSTAWIE OPINII PENSONARIUSZY*)

NUTRITION IN WARSAW NURSING HOMES IN OPINION OF THEIR RESIDENTS

Katedra Żywienia Człowieka
Wydział Nauk o Żywieniu Człowieka i Konsumpcji SGGW
02-776 Warszawa, ul. Nowoursynowska 159c
Kierownik: prof. dr hab. A. Brzozowska

Na podstawie wywiadu z mieszkańcami warszawskich DPS zebrano opinie na temat jakości posiłków oraz organizacji wyżywienia w tego typu placówkach, a także informacje o stanie zdrowia, kondycji psychicznej, aktywności fizycznej, apetycie oraz zwyczajach żywieniowych badanych pensjonariuszy.

WSTĘP

W krajach zachodniej Europy zaobserwowano, że stan odżywienia pensjonariuszy Domów Opieki jest niezadowalający. Taki stan, spowodowany przez zbyt małe spożycie żywności, często kojarzy się z niezamierzoną utratą masy ciała, wyższym ryzykiem śmiertelności i niższą jakością życia. Ponieważ zły apetyt jest jednym z czynników niedostatecznego pobrania z diety składników odżywczych, stymulowanie go poprzez zapewnienie sprzyjających warunków (wystroju pomieszczenia, atmosfery itp.) w czasie spożywania posiłków, zwłaszcza w systemie pomocy instytucjonalnej, powinno należeć do obowiązków personelu DPS. W ten sposób można efektywnie poprawić odczucie satysfakcji pensjonariusza ze spożywanego posiłku, a co za tym idzie poprawić stan jego zdrowia [6].

W piśmiennictwie polskim bardzo mało spotyka się publikacji dotyczących badań małych środowisk osób w wieku podeszłym, korzystających z systemu pomocy instytucjonalnej, takiej jak Dom Pomocy Społecznej. Niewiele wiadomo, jak wygląda życie seniorów po zamieszkaniu w DPS, jak sami pensjonariusze czują się w społeczności osób starszych, jak oceniają swój stan zdrowia i kondycję psychiczną, czy i jakiego typu podejmują aktywność fizyczną lub intelektualną, oraz czy standard usług świadczonych w DPS w zakresie zaspokajania potrzeb bytowych pensjonariuszy spełnia ich indywidualne oczekiwania. Wśród tych usług, ważne miejsce zajmuje wyżywienie i organizacja posiłków. Od organizacji systemu wyżywienia zależy w głównej mierze spożycie żywności przez pensjonariuszy Domów Opieki [7], a co za tym idzie również jakość życia seniora.

*) Praca w ramach projektu Health-Sense QLK1-CT-1999-00010 finansowanego ze środków UE.

Dlatego wydaje się uzasadnione podjęcie badań wśród społeczności osób w wieku podeszłym zamieszkujących wybrane warszawskie Domy Pomocy Społecznej (DPS). Celem tych badań było poznanie opinii mieszkańców DPS na temat jakości posiłków i organizacji wyżywienia, z uwzględnieniem warunków otoczenia w jadalniach (wystroju pomieszczenia, atmosfery, itp.). Ponadto zebrano informacje dotyczące samooceny stanu zdrowia, kondycji psychicznej, aktywności fizycznej i intelektualnej, apetytu oraz zwyczajów żywieniowych badanych pensjonariuszy.

MATERIAŁY I METODY

Badanie przeprowadzono w okresie styczeń-kwiecień 2002 r. w siedmiu wybranych warszawskich Domach Pomocy Społecznej. Sposób doboru DPS do badania przedstawiono w oddzielnym opracowaniu [14]. W badaniu wzięły udział 143 osoby, po około 20% pensjonariuszy każdego z domów. Osoby badane spełniały następujące kryteria: wiek 65 lat i więcej, bez widocznych oznak demencji, poruszające się samodzielnie i mieszkające w DPS przynajmniej 3 miesiące.

Dane zbierano metodą wywiadu indywidualnego z użyciem kwestionariusza zawierającego pytania dotyczące:

1. ogólnych informacji o pensjonariuszach: płeć, wiek, poziom wykształcenia, status rodzinny oraz przyczyny zamieszkania i czas pobytu w DPS;
2. samooceny stanu zdrowia i kondycji psychicznej (poczucie osamotnienia, przygnębienia), obecnych relacji z rodziną i znajomymi;
3. aktywności i jej rodzaju (fizyczna, intelektualna czy prospołeczna);
4. samooceny apetytu, zmiany masy ciała w czasie pobytu w DPS oraz danych na temat ograniczeń w spożyciu żywności i zwyczajów żywieniowych;
5. jakości posiłków oraz organizacji wyżywienia w DPS.

Do oceny związku pomiędzy badanymi zmiennymi zastosowano test Chi^2 Pearsona.

WYNIKI

Charakterystyka badanej grupy pensjonariuszy

Zgodnie z podziałem przyjętym przez WHO [11], respondentów podzielono na trzy grupy wiekowe. Grupę I, osób w wieku podeszłym od 65 do 74 roku życia, stanowiło 17% badanej populacji (24 osoby), grupę II, osób w wieku starszym, tj. od 75 do 89 lat, stanowiło 74% badanych (106 osób), a grupę III, osób w wieku sędziwym powyżej 90 lat, stanowiło 9% ogółu (13 osób). Najstarsza osoba, która brała udział w badaniu miała 97 lat, a najmłodsza 65 lat. Średni wiek osób badanych wynosił $81 \pm 6,5$ lat. Wśród respondentów było 77% kobiet (110 osób) i 23% mężczyzn (33 osoby). Z wyjątkiem grupy osób w wieku sędziwym, w dwóch pozostałych większość badanych tj. około 80% stanowiły kobiety, natomiast w wieku 90 lat i więcej było tylko 5 kobiet.

Najwyższy odsetek badanych (58%) stanowiły osoby posiadające wykształcenie średnie lub zawodowe. Osoby z wykształceniem podstawowym stanowiły 15% badanej populacji. Odsetek osób legitymujących się wykształceniem wyższym wynosił 27%. Stwierdzono statystycznie istotną różnicę w wykształceniu pomiędzy kobietami, a mężczyznami ($Chi^2=10,62$ przy $p=0,005$). W grupie mężczyzn, prawie połowę stanowiły osoby z wyższym wykształceniem, natomiast w grupie kobiet zdecydowanie więcej było osób z wykształceniem średnim/zawodowym.

Zdecydowaną większość, tj. 83% w badanej grupie stanowiły osoby samotne (bez współmałżonka), przy czym wśród kobiet odsetek ten wynosił 89%, a wśród mężczyzn

63%. Nieco ponad połowa badanych (59%) posiadała dzieci i/lub wnuki, a ponad 44% respondentów bliską rodzinę (siostrę, brata).

Głównymi przyczynami zamieszkania badanych osób w DPS były w równym stopniu względy zdrowotne (46% badanych), jak i poczucie osamotnienia czy izolacji (49%). Nie wielki odsetek badanych podał jako przyczynę zamieszkania w DPS względy finansowe (11%) lub utratę współmałżonka (5%). Wśród innych przyczyn wymieniano głównie złe warunki mieszkaniowe tj. kilka pokoleń w jednym mieszkaniu, brak windy lub zły stan techniczny mieszkania (22%), konflikty rodzinne, a zwłaszcza brak porozumienia z dziećmi (10%) oraz lęk, bezradność i brak poczucia bezpieczeństwa (11%).

Ponad połowa badanych pensjonariuszy (54%) zamieszkiwała DPS dłużej niż 3 lata, prawie 1/3 respondentów: 1–3 lata, a jedynie około 13% było mieszkańcami placówki poniżej jednego roku, ale ponad 3 miesiące.

Samoocena stanu zdrowia, kondycja emocjonalna – stopień osamotnienia i obecne relacje z rodziną oraz znajomymi

Badani pensjonariusze najczęściej określali stan swojego zdrowia jako średni (46%) lub zły (36%). Istotnie statystycznego związku z samooceną stanu zdrowia badanych nie miały ani wiek respondenta ($Chi^2=5,80$ przy $p=0,215$), ani płeć ($Chi^2=1,67$ przy $p=0,435$). Zaobserwowano jedynie tendencję ($Chi^2=6,90$ przy $p=0,141$), że więcej osób z wyższym wykształceniem oceniało swój stan zdrowia jako dobry w porównaniu z respondentami mniej wykształconymi.

Prawie 64% badanych osób stwierdziło, że nie czuje osamotnienia czy przygnębienia mieszkając w DPS. Nie było różnic statystycznie istotnych pod tym względem pomiędzy kobietami i mężczyznami ($Chi^2=0,68$ przy $p=0,409$), jak i grupami wiekowymi ($Chi^2=0,65$ przy $p=0,724$).

Z drugiej strony należy jednak zaznaczyć, że co trzecia badana osoba zdecydowanie odczuwała smutek i przygnębienie. W głównej mierze były to osoby samotne lub w bardzo złych relacjach z najbliższą rodziną (szczególnie dziećmi), nie akceptujące w pełni zamieszkania w DPS. Osoby te źle się czuły w towarzystwie innych pensjonariuszy, tęskniły za swoimi domami rodzinnymi i lękały się nawiązywać nowe przyjaźnie i znajomości, a z drugiej strony narzekały na brak serdeczności i zażyłości wśród współmieszkańców.

Prawie wszystkie badane osoby (91%) odwiedzała rodzina, przyjaciele lub znajomi, głównie z częstotliwością raz w tygodniu (34%) lub nieregularnie, w miarę potrzeb (26%). W każdym wypadku, wizyty te były przychylnie odbierane przez mieszkańców DPS.

Dzienna aktywność i jej rodzaj

Spśród 143 osób, prawie 30% deklarowało regularny udział w grupowych lub indywidualnych zajęciach terapeutycznych (gimnastyka, zajęcia plastyczne lub muzyczne). Udział w tego typu zajęciach był związany z samooceną stanu zdrowia ($Chi^2=10,26$ przy $p=0,036$). Osoby oceniające swój stan zdrowia jako zły, nie były zainteresowane uczestnictwem w tego rodzaju zajęciach. Zaobserwowano także tendencję ($Chi^2=3,51$ przy $p=0,172$), że większy odsetek kobiet w porównaniu do mężczyzn deklarował udział w gimnastyce i innych zajęciach zorganizowanych. Natomiast większość badanych pensjonariuszy (ponad 80%) lubiła wychodzić na spacer do pobliskich parków czy skwerów, niezależnie od samooceny stanu zdrowia ($Chi^2=4,61$ przy $p=0,329$).

Dość liczną grupę stanowiły osoby lubiące i podejmujące aktywność intelektualną. Prawie 3/4 pensjonariuszy deklaroowało udział w imprezach kulturalnych organizowanych w DPS (np. jasełka, przedstawienia okolicznościowe). Tego typu aktywność wykazywały znacznie częściej osoby deklarujące dobry stan zdrowia ($Chi^2=13,83$ przy $p=0,008$). Natomiast tylko nieco ponad 1/3 respondentów podejmowała indywidualną aktywność związaną z udziałem w imprezach kulturalnych poza DPS (teatr, kino, opera, wystawy). Przeważająca większość badanych preferowała oglądanie TV i słuchanie radia (84%), czytanie książek, a w szczególności gazet i czasopism (76%).

Działalność prospołeczną na rzecz DPS (założenie i prowadzenie biblioteki, praca w Radzie DPS, pomoc innym pensjonariuszom) prowadziło 14 osób.

Wzajemne relacje pomiędzy pensjonariuszami nie były najlepsze. Tylko połowa respondentów lubiła i rozmawiała z innymi mieszkańcami DPS, natomiast osób zdecydowanie nie lubiących kontaktów z innymi i niezdecydowanych (odpowiedź: trudno powiedzieć) było odpowiednio: 27% i 23%. Niechęć do rozmów z innymi wynikała z lęku przed brakiem akceptacji ze strony grupy współmieszkańców. Zaobserwowano tendencję, że większy odsetek kobiet niż mężczyzn ($Chi^2=4,97$ przy $p=0,083$) oraz młodszych respondentów niż starszych ($Chi^2=8,00$ przy $p=0,092$) deklaroował niechęć do rozmów z innymi, natomiast poziom wykształcenia badanych nie miał istotnego związku ($Chi^2=1,13$ przy $p=0,889$). Nieco więcej – 61% badanych osób lubiło rozmowy z personelem DPS, w szczególności z pracownikiem socjalnym.

Samoocena apetytu i zmiany masy ciała w czasie pobytu w DPS oraz dane na temat ograniczeń w spożyciu żywności i zwyczajów żywieniowych

Wśród badanych pensjonariuszy 55% określiło swój apetyt jako dobry, 35% jako średni, a tylko 10% jako zły. Stwierdzono, że ani płeć ($Chi^2=1,16$ przy $p=0,501$), ani wiek ($Chi^2=5,91$ przy $p=0,206$) nie miały statystycznie istotnego związku z samooceną apetytu.

Zaobserwowano jednak tendencję, że wśród badanych określających swój apetyt jako dobry lub średni, większość (odpowiednio 68% i 64%) stanowiły osoby w dobrej kondycji psychicznej (nie odczuwające osamotnienia czy przygnębienia); natomiast wśród osób ze złym apetytem przeważały osoby (60%) z poczuciem osamotnienia i przygnębienia ($Chi^2=4,25$ przy $p=0,119$).

Nieco ponad połowa badanych tj. 51% stwierdziła, że ich masa ciała w czasie pobytu w DPS nie uległa zmianie. Odczuwany przez pensjonariusza spadek masy ciała zarejestrowało 22% badanych, a jej wzrost 27%. Stwierdzono, że więcej kobiet niż mężczyzn obserwowało u siebie tendencję wzrostu masy ciała, natomiast więcej mężczyzn niż kobiet utrzymywało stałą masę ciała w czasie zamieszkania w DPS (Tab. I).

Chociaż nie stwierdzono statystycznie istotnej współzależności samooceny masy ciała z wiekiem to zaobserwowano, że prawie połowa badanych osób w wieku poniżej 75 lat zaobserwowała u siebie wzrost masy ciała. Natomiast ponad połowa osób w wieku powyżej 75 lat deklaroowała, że ich masa ciała utrzymuje się na tym samym poziomie (Tab. I). Warto zanotować fakt, że w grupie osób w wieku sędziwym nikt nie stwierdził spadku masy ciała w czasie pobytu w DPS.

Zaobserwowano tendencję współzależności kondycji psychicznej ze zmianą masy ciała tj. więcej osób w dobrej kondycji psychicznej – pogodnych i zadowolonych z życia, utrzymywało na tym samym poziomie swoją masę ciała lub obserwowało jej wzrost, w porów-

Tabela I. Odsetek osób deklarujących zmiany masy ciała lub jej brak w czasie pobytu w DPS w zależności od badanych kryteriów
Percentage of residents declaring the weight change or stable weight in NH living according to the chosen criteria

Badane kryterium	N	Liczba osób (%) deklarujących			Test Chi^2 wartość p
		spadek masy ciała	stałą masę ciała	wzrost masy ciała	
Płeć:					
kobiety	110	23 (21%)	52 (47%)	35 (32%)	$Chi^2=9,73$ $p=0,021$
mężczyźni	33	8 (24%)	22 (67%)	3 (9%)	
Wiek*):					
osoby w wieku <75 lat	24	5 (21%)	8 (33%)	11 (46%)	$Chi^2=6,01$ $p=0,111$
osoby w wieku >75 lat	119	26 (22%)	66 (55%)	27 (23%)	
Stan kondycji psychicznej:					
osoby pogodne	91	15 (16%)	48 (53%)	28 (31%)	$Chi^2=6,64$ $p=0,083$
osoby przygnębione	52	16 (31%)	26 (50%)	10 (19%)	
Apetyt:					
dobry	78	12 (15%)	39 (50%)	27 (35%)	$Chi^2=9,60$ $p=0,143$
średni	50	15 (30%)	26 (52%)	9 (18%)	
zły	15	4 (27%)	9 (60%)	2 (13%)	
Ograniczenia w spożyciu żywności:					
tak	86	20 (23%)	43 (50%)	23 (27%)	$Chi^2=1,82$ $p=0,614$
nie	57	11 (19%)	31 (55%)	15 (26%)	
Ocena posiłków:					
smaczne	95	15 (16%)	50 (52%)	30 (32%)	$Chi^2=9,69$ $p=0,138$
niesmaczne	16	7 (43%)	6 (38%)	3 (19%)	
nie mam zdania	32	9 (28%)	18 (56%)	5 (16%)	
Ogółem	143	31 (22%)	74 (51%)	38 (27%)	

*) w analizie statystycznej Chi^2 Pearsona połączono grupę III osób w wieku sędziwym z grupą II osób w wieku starszym ze względu na brak osób w wieku sędziwym deklarujących spadek masy ciała

naniu do osób przygnębionych i odczuwających osamotnienie (Tab. I). Ponadto wykazano, że wśród osób deklarujących dobry apetyt był większy odsetek utrzymujących masę ciała lub jej wzrost w porównaniu do osób deklarujących zły apetyt (Tab. I).

Wśród badanych, 60% stosowało różnego typu ograniczenia w spożyciu żywności (diety, wykluczanie określonych produktów, itp.). Zaobserwowano tendencję ($Chi^2=2,43$ przy $p=0,119$), że kobiety częściej niż mężczyźni ograniczały w różny sposób spożycie żywności. Natomiast w grupie mężczyzn w prawie równej części były osoby stosujące ograniczenia, jak i ich nie stosujące. Nie znaleziono związku pomiędzy stosowaniem ograniczeń, a zmianą masy ciała (Tabela I). Wśród osób stosujących ograniczenia największy odsetek stanowili badani na diecie lekkostrawnej (51%), a następnie zmniejszający spożycie cukru i tłuszczów (po 33%).

Zaobserwowano u prawie wszystkich badanych pensjonariuszy (93%) zwyczaj pojadania i picia pomiędzy podstawowymi posiłkami, przy czym 3/4 respondentów robiło to każdego dnia. Badane osoby najczęściej deklarowały, że między posiłkami spożywały owoce

(72% respondentów) i/lub piły kawę lub herbatę (70% respondentów). Co drugi pensjonariusz pojadał słodycze pomiędzy posiłkami, przy czym nie stwierdzono związku pomiędzy zmianą masy ciała a zwyczajem pojadania słodyczy ($Chi^2=3,91$ przy $p=0,689$). Codziennie, ponad 40% badanych jadła jogurty, a 36% osób piło soki lub kompoty. Około 13% ogółu badanych osób twierdziło, że systematycznie pije wodę mineralną lub przegotowaną wodę wodociągową. Niewielki odsetek pensjonariuszy (8%) dokupował gotowe dania obiadowe, ryby smażone, kurczaki pieczone oraz sałatki lub surówki.

Opinie pensjonariuszy na temat jakości posiłków oraz organizacji żywienia w DPS

Większość badanych spożywała podstawowe posiłki – śniadanie (63%) i obiad (92%) w jadalni, zaś wszyscy kolację w swoich pokojach (zgodnie z obecnie panującymi w DPS zasadami). Przyczyną mniej licznego spożywania śniadania w jadalni była, według pensjonariuszy wczesna pora wydawania tego posiłku. W czasie przeprowadzania badania 7% respondentów spożywała wszystkie posiłki w swoich pokojach mieszkalnych, głównie ze względów zdrowotnych.

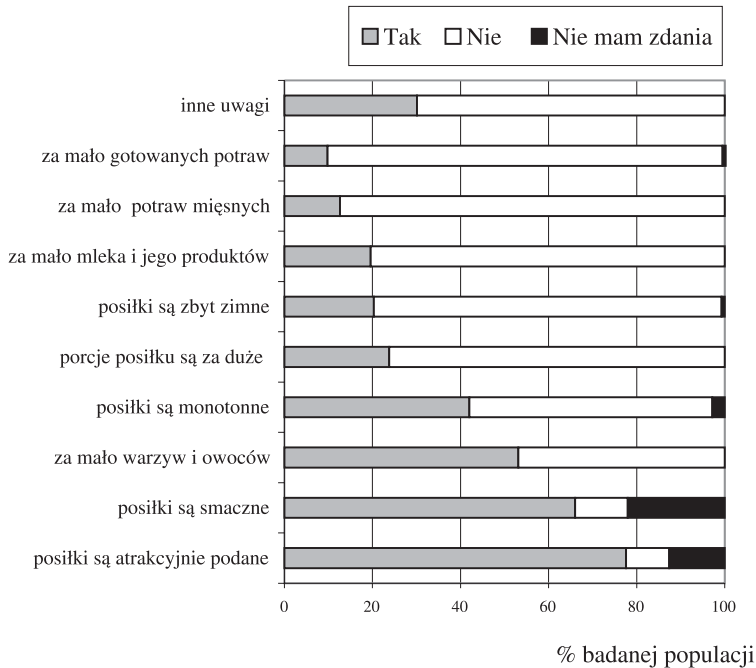
Większość badanych (85%) stwierdziła, że podoba się im jadalnia jako pomieszczenie do spożywania posiłków i nic nie należy w niej zmieniać. Statystycznie istotnie więcej kobiet niż mężczyzn ($Chi^2=8,06$ przy $p=0,018$) uważało, że jadalnie są przestronne, widne, czyste i estetycznie urządzone. Stwierdzono, że ocena wyglądu jadalni nie miała statystycznie istotnego związku z samooceną apetytu ($Chi^2=5,07$ przy $p=0,280$). W opinii większości pensjonariuszy organizacja posiłków w DPS (sposób wydawania i podawania na stół) była dobra. Pewne zastrzeżenia zgłaszali jedynie co do temperatury potraw, która dla 20% badanych była za niska. Dla prawie wszystkich respondentów sposób zbierania brudnych naczyń w jadalni nie budził zastrzeżeń. Jednak atmosferę panującą w jadalni podczas spożywania posiłków zdecydowanie aprobowała jedynie nieco ponad połowa badanych (Tab. II). Około 25% respondentów uważała, że w jadalni panuje zbyt duży hałas, głównie z powodu głośnego zachowania się pensjonariuszy słabo słyszących.

Opinie pensjonariuszy na temat jakości posiłków w DPS zostały przedstawione na rycinie 1 Posiłki serwowane w DPS smakowały 66% badanych, natomiast nie smakowały

Tabela II. Opinie pensjonariuszy na temat wyglądu jadalni, organizacji żywienia i atmosfery podczas spożywania posiłków
The residents' opinions about the meal ambience in canteen

Wyszczególnienie	Ocena pensjonariuszy (liczba i % badanych)*)		
	pozytywna	negatywna	brak zdania
Wygląd jadalni	121 (85%)	12 (8%)	–
Organizacja posiłków:			
sposób wydawania posiłków	116 (81%)	16 (11%)	1 (1%)
sposób podawania posiłków na stół	125 (88%)	6 (4%)	2 (1%)
sposób zbierania brudnych naczyń	133 (93%)	–	–
Atmosfera w jadalni	82 (57%)	44 (31%)	7 (5%)

*) w chwili badania 10 respondentów (7%) nie spożywało posiłków w jadalni, więc nie wypowiadało opinii na ww. temat.



Ryc. 1. Opinie pensjonariuszy na temat posiłków podawanych w DPS
The residents' opinions about the meals served in NHs

tylko 12% respondentów, pozostali nie podawali jednoznacznej odpowiedzi. Statystycznie istotnie więcej mężczyzn niż kobiet negatywnie wypowiadało się na temat smakowitości posiłków ($Chi^2=7,38$ przy $p=0,025$). Ponadto, wśród osób określających swój apetyt jako dobry odsetek uznających posiłki w DPS za smaczne był większy niż w pozostałych grupach ($Chi^2=18,60$ przy $p=0,001$). Zaobserwowano także tendencję ($Chi^2=9,69$ przy $p=0,138$), że większy odsetek osób deklarujących stałą masę ciała i jej wzrost w porównaniu do osób deklarujących jej spadek oceniała posiłki jako smaczne. Przeważająca większość badanych pensjonariuszy (prawie 80%) uważała, że potrawy wyglądały atrakcyjnie i zachęcały do spożycia. Dla ponad 40% osób posiłki były zbyt monotonne – najczęściej jadłospisy układano w cyklu tygodniowym, bez urozmaicenia w sposobie przygotowania poszczególnych potraw. Zdecydowana większość badanych uważała, że wędliny i potrawy mięsne oraz mleko i produkty mleczne były podawane w wystarczających ilościach. Wśród pozostałych pensjonariuszy zdania, co do ilości mięsa i potraw mięsnych oraz mleka i produktów mlecznych były podzielone. Część osób uważała, że mięsa lub mleka podaje się za mało, inni, że za dużo. Niecałe 9% badanych zgłaszało dodatkowo uwagi odnośnie jakości serwowanych potraw mięsnych czy wędlin. Według nich posiłki mięsne były niewłaściwie przygotowane i z surowców złej jakości. Co druga osoba uważała, że za mało podaje się owoców i warzyw. Warto podkreślić, że nie było ani jednej osoby, dla której produktów tych byłoby za dużo. Ponadto, większość pensjonariuszy żaliła się, że najczęściej podawanymi owocami były jabłka, i to podrzędnej jakości, nie nadające się do bezpośredniej konsumpcji, ale raczej do ugotowania/upieczenia. Z innych uwag zgłaszanych przez pensjona-

riuszy należy wspomnieć o znacznym marnotrawstwie pieczywa (w opinii niektórych mieszkańców DPS kupuje się go za dużo) oraz braku monitorowania przez personel zasadności kupowania niektórych produktów spożywczych (zwyczajowo część produktów nie jest preferowana przez pensjonariuszy, najczęściej ze względów zdrowotnych, więc nie jest przez większość spożywana, a w konsekwencji zostaje wyrzucona).

DYSKUSJA

W niniejszym badaniu większość osób stanowiły kobiety, co jest zgodnie z obserwowaną w Polsce tendencją w strukturze demograficznej osób starszych w wieku 65 lat i powyżej (odpowiednio 77% badanych, vs. 62% według danych GUS) [10].

W niniejszym badaniu ponad połowę respondentów stanowiły osoby z wykształceniem średnim/zawodowym oraz wyższym. Istotnie więcej mężczyzn niż kobiet posiadało wykształcenie wyższe. *Wojszel* i *Bień* [16] stwierdzili, że poziom wykształcenia w sposób istotny statystycznie zależał od płci, a także miejsca zamieszkania, przy czym badania dotyczyły osób starszych mieszkających w swoich domach rodzinnych.

W analizowanej grupie zdecydowaną mniejszość stanowiły osoby pozostające w związkach małżeńskich, przy czym wśród mężczyzn odsetek ten był trzykrotnie wyższy niż w przypadku kobiet. Podobną tendencję zaobserwowano w badaniach *Bień* i *Synaka* [1].

W niniejszym badaniu jako jedną z głównych przyczyn przeniesienia się do DPS wskazywano względy zdrowotne. *Mielczarek* [8] podał, że mieszkańcy wsi w zdecydowanie większym stopniu zamieszkiwali w DPS na skutek złego stanu zdrowia i niepełnosprawności, a natomiast mieszkańcy miast z racji licznych konfliktów z rodziną.

W prezentowanej pracy prawie połowa badanych określiła swój stan zdrowia jako średni, co również zaobserwowano w badaniach *SENECA* [2] na grupie osób w wieku 75–80 lat ze środowiska małomiasteczkowego, *Wojszel* i *Bień* [16] na populacji osób starszych ze środowiska wiejskiego i miejskiego, mieszkających w swoich domach, a także *Sicińskiej* i wsp. [12], na grupie seniorów pochodzących z trzech środowisk rejonu warszawskiego. Nieco inne tendencje wykazano w badaniach ogólnopolskich, tj. ponad 30% starszych Polaków oceniło stan swego zdrowia jako średni, zaś aż 52% jako zły [1].

Według *Wojszel* i *Bień* ocena stanu zdrowia, niezależnie od badanego środowiska w wysokim stopniu związana była z lokomocją badanych oraz ich sprawnością fizyczną – gorsza samoocena stanu zdrowia związana była z mniejszą sprawnością lokomocyjną oraz w zakresie wykonywania czynności dnia codziennego [16]. Badania *Sicińskiej* i wsp. [12] potwierdziły powyższe zależności. Podobne związki zaobserwowano w niniejszej pracy, a *Hermann* i wsp. [5] zwrócili uwagę również na związek ze stanem kondycji psychicznej osób starszych.

Wyniki badań *Stessmana* i wsp. [13] oparte na wywiadach domowych wskazały, że u 40% badanej populacji ludzi starszych w wieku 70 lat, mieszkających samodzielnie odnotowano poczucie osamotnienia i izolacji. Podobne tendencje zaobserwowano w niniejszym badaniu, aczkolwiek dotyczyło ono populacji pensjonariuszy DPS. Według *Parlak* [9] bilans życiowy i związana z nim ocena samego siebie, wpływa znacząco również na ogólny stan emocjonalny jednostki, a więc w konsekwencji na jej zdolność przystosowania się do aktualnej sytuacji. Ujemny bilans życiowy jest jednym z czynników przyczyniających się do pojawienia depresji w wieku starszym. Jak wykazują badania, istnieje związek pomiędzy pozytywną oceną swojego życia, a pomyślną starością. Osoby, które uważały swoje życie za udane, lepiej oceniały swój stan zdrowia i oświadczały, że znacznie mniej obawiają się niepełnosprawności, choroby, uczucia samotności i śmierci niż osoby niezadowolone ze swojego ży-

cia [15]. Takie zachowania tłumaczą, w pewnej mierze, wyniki niniejszych badań. Poczucie osamotnienia i izolacji może wystąpić niezależnie od warunków, w jakich obecnie znajduje się osoba starsza (dom rodzinny czy dom pomocy społecznej). Utrata współmałżonka czy brak dobrych relacji w rodzinie, zwłaszcza z dziećmi, może być przyczyną złej kondycji psychicznej, zarówno dla osób mieszkających samodzielnie, jak i w domu pomocy społecznej, z dala od domu rodzinnego.

Zła kondycja psychiczna, a co za tym idzie depresja stanowi jeden z czynników wpływających na stan zdrowia i utratę masy ciała wśród pensjonariuszy domów opieki [3]. W niniejszym badaniu zaobserwowano takie zależności. Dzienny rytm życia w DPS często wyznacza przyjęty w placówce sposób organizacji żywienia. W tej sytuacji, seniorzy zmuszeni są do spożywania posiłków w wyznaczonych porach, niezależnie od tego czy są w danej chwili głodni i będą odczuwać zadowolenie z potrawy. Dlatego bardzo ważne wydaje się zapewnienie pensjonariuszom optymalnych „niefizjologicznych” parametrów otoczenia – ogólne warunki i atmosfera podczas posiłku w jadalni, w celu stymulowania ich apetytu i zadowolenia z posiłku [6].

W niniejszym badaniu pensjonariusze uważali, że przestronne, czyste i estetycznie urządzone jadalnie w badanych DPS oraz dobra organizacja wyżywienia sprzyjały dobrej atmosferze podczas spożywania posiłków i stymulowały właściwie uczucie apetytu. *Gawęcki* i wsp. [4] uzyskali podobne wyniki w badaniach wśród pensjonariuszy DPS w Poznaniu, dotyczących organizacji wydawania posiłków. Zaobserwowano, że w badanych warszawskich DPS problem złego apetytu dotyczył niewielkiego odsetka jego mieszkańców. Najprawdopodobniej przyczyny tego problemu są bardziej złożone i specyficzne.

Generalnie, pensjonariusze byli zadowoleni z jakości posiłków serwowanych w DPS, chociaż zdania były podzielone, co do udziału ilościowego poszczególnych grup produktów w dziennym jadłospisie. Najwięcej zastrzeżeń budziła sprawa owoców i warzyw. Nie było ani jednej osoby, dla której produktów tych byłoby za dużo. Podobne wyniki odnośnie smakowości posiłków serwowanych w poznańskich DPS uzyskano w badaniach *Gawęckiego* i wsp. [4].

Ponad 40% pensjonariuszy twierdziła, że posiłki były zbyt mało urozmaicone. Z drugiej strony, należy pamiętać, że dzienna stawka żywieniowa obejmująca koszt surowców w DPS była dość niska i wynosiła około 7 zł/osobę. Nieco inne tendencje wykazano w pracy *Gawęckiego* i wsp. [4], gdzie tylko nieco ponad 20% seniorów uważało, że potrawy są monotonne pod względem doboru składników, barwy i konsystencji.

WNIOSKI

1. W opinii większości badanych pensjonariuszy, w jadalni zapewniono optymalne warunki (wystrój pomieszczenia, przestronność, czystość) do spożywania posiłków, natomiast pewne zastrzeżenia dotyczyły atmosfery panującej w jadalni. Stwierdzono, że wygląd jadalni nie miał statystycznie istotnego związku z samooceną apetytu.

2. Jakość posiłków oceniono jako dobrą. Pewne zastrzeżenia dotyczyły jedynie niedostatecznego udziału ilościowego owoców i warzyw w dziennym jadłospisie oraz małego urozmaicenia posiłków, głównie pod względem doboru składników lub sposobu ich obróbki kulinarnej.

3. Wykazano współzależność pomiędzy kondycją psychiczną, a odczuwanym apetytem oraz kondycją psychiczną, a obserwowaną przez pensjonariusza zmianą masy ciała podczas pobytu w DPS.

4. Stwierdzono wysoce istotny statystycznie związek samooceny zmian masy ciała z wiekiem badanych seniorów.

5. Co trzecia badana osoba mieszkająca w DPS odczuwała uczucie smutku i przygnębienia. W związku z tym, należałoby zorganizować w tego typu placówkach szerszą i efektywniejszą opiekę psychologiczną.

PODZIĘKOWANIA

Zakład Podstaw Żywienia Wydziału Nauk o Żywieniu Człowieka i Konsumpcji SGGW składa podziękowania kierownictwu i personelowi siedmiu warszawskich Domów Pomocy Społecznej za zrozumienie, życzliwość i aktywną pomoc w przeprowadzeniu badań ankietowych.

A. Szczecińska, M. Jeruszka, K. Kozłowska, A. Brzozowska,
W. Roszkowski

NUTRITION IN WARSAW NURSING HOMES IN OPINION OF THEIR RESIDENTS

Summary

The aim of the study was to meet the opinions of NHs' residents about the meals quality and nutrition system, with special consideration of meal ambience in canteens (appearance, atmosphere, etc.). Besides, other information about residents was collected: their self-perceived health status, psychological condition, physical activity, appetite and nutritional habits.

Most of the subjects were single women, mainly with medium/technical education level, living in NHs over 3 years. Most of the NHs' residents evaluated their health status as average or bad, independently of the age or gender. Every second person indicated that health, loneliness and the feeling of isolation in their homes were the main reasons for coming to NH. Every third person still felt the loneliness or depression after staying in NH. The physical and intellectual activity of elderly depended on self-perceived health status.

Over half of the subjects assessed their appetite as good, and said that their body mass was stable during staying in NH. The statistically significant relationship was found between the self-evaluated weight change and both age and gender. Additionally, the relationship was observed between psychological condition of residents and their appetite as also between the psychological condition and weight change during living in NH.

The majority of the subjects (85%) said that they liked the canteen appearance, and they did not want to change anything in it. More women than men thought that canteens were spacious, clean and furnished with good taste, and those differences were significant. Part of studied population (25%) had some reservations about the atmosphere in canteen during the meals, mostly because of too much noise.

In the opinions of most of the residents (over 80%) the nutrition organisation in NHs was good. Over half of the subjects assessed the meals quality in NHs also as good. Only some comments were about insufficient quantities of fruits and vegetables and meal monotony.

PIŚMIENNICTWO

1. Bień B., Synak B.: Stan zdrowia i sprawność populacji ludzi starych w Polsce w roku 2000; w: Problemy starzenia, ed. Charzewski J., Akademia Wychowania Fizycznego w Warszawie. Wydanie I, Warszawa 2001, 21–36.
2. Brzozowska A., Sulkowska J., Chaniewska R., Koncikowska J., Roszkowski W.: Wybrane problemy zdrowotne osób w wieku 75–80 lat (na podstawie badań SENECA). *Zdrowie Publiczne* 1997, 107, 3 (4), 45–49.

3. *Eimstahl S., Blabolil V., Kuller R., Steen B.*: Hospital nutrition in geriatric long-term care medicine. I. Effects of a changed meal environment. *Compr. Gerontol A.* 1987, 1, 29–33.
4. *Gawęcki J., Kostrzewa-Tarnowska A., Zielke M., Wichlacz E.*: Ocena preferencji pokarmowych osób starszych i ich wrażliwości smakowej. *Ars Senescendi. Zeszyty Uniwersytetu Trzeciego Wieku.* Poznań. 1995, 2, 85–95.
5. *Hermann D.R., Solomons N.W., Mendoza I., Qureshi A.K.*: Self-rated health and its relationship to functional status and well-being in a group of elderly Guatemalan subjects. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2001, 10 (3), 176–82.
6. *Mathey M-F A.M.*: Aging and appetite. Social and physiological approaches in the elderly. 2000, 47–62.
7. *Marcus E.L., Berry E.M.*: Refusal to eat in the elderly. *Nutr. Rev.* 1998, 56, 163–171.
8. *Mielczarek A.*: Człowiek ze wsi w systemie pomocy instytucjonalnej; w: *Problemy zdrowotne i społeczne osób starszych i niepełnosprawnych na wsi*, ed. Karwat I. D., Jabłoński L., Fundacja Fuga Mundi „Norbertinum”. Lublin 2001, 293–300.
9. *Parlak D.*: Subiektywny wymiar starzenia się i starości. *Gerontologia.* 2001, 9 (2), 15–20.
10. *Rocznik Demograficzny GUS.* Warszawa, 2001
11. *Roszkowski W.*: Żywnienie osób starszych; w: *Żywnienie człowieka zdrowego i chorego*, ed. *Hasik J., Gawęcki J.* PWN, Wydanie I, Warszawa 2000, 86–94.
12. *Sicińska E., Kaluża J., Brzozowska A., Roszkowski W.*: Sytuacja zdrowotna osób w wieku 75–80 lat mieszkających w Warszawie i okolicach. *Roczn. PZH.* 2003, 54, 97–107.
13. *Stessman J., Ginsberg G., Klein M., Hammerman-Rozenberg R., Friedman R., Cohen A.*: Determination of loneliness in Jerusalem's 70-year-old population. *Isr. J. Med. Sci.* 1996, 32, 639–648.
14. *Szczecińska A., Jeruszka M., Kozłowska K., Brzozowska A., Roszkowski W.*: Ogólna charakterystyka oraz organizacja i funkcjonowanie systemu żywienia w warszawskich DPS. *Gerontologia Polska.* w przygotowaniu do druku.
15. *Szwarc H., Szyszka-Wydra B.*: Ocena własnego życia a aktualna sytuacja psychospołeczna badanych osób starszych. *Gerontologia Polska* 1999, 7, 33–37.
16. *Wojszel B., Bień B.*: Stan zdrowia i sprawność populacji osób w zaawansowanej starości w środowisku dużego miasta i wsi; w: *Problemy starzenia*, ed. *Charzewski J.*, Akademia Wychowania Fizycznego w Warszawie, Wydanie I, Warszawa 2001, 37–54.

Otrzymano: 2003.05.08