

Styl życia osób w wieku 60+ zgłaszających się na badanie profilaktyczne

Lifestyle of people aged 60+ who apply for a preventive examination

Małgorzata Szamocka, Monika Ameryk, Maciej Świątkowski

**Katedra Gastroenterologii i Zaburzeń Odżywiania, Uniwersytet Mikołaja Kopernika
Collegium Medicum w Bydgoszczy**

Autor do korespondencji:

**Monika Ameryk, Katedra Gastroenterologii i Zaburzeń Odżywiania, Szpital Uniwersytecki nr 2 w
Bydgoszczy, ul. Ujejskiego 75, 85-092 Bydgoszcz, tel. +48523714912, e-mail: monika.ameryk@gmail.com**

Streszczenie

Styl życia, którego elementami są sposób żywienia, jakość spożywanej żywności, stan odżywienia oraz aktywność fizyczna w różnych grupach wiekowych, w tym wieku 60+ jest częstym przedmiotem zainteresowania badaczy. W okresie lat 1989 - 2014 w Polsce liczba osób w starszym wieku wzrosła o blisko 3 000 000. Styl życia kształtowany od wieku dziecięcego jest bardzo istotnym czynnikiem wpływającym na stan zdrowia człowieka i jakość życia, szczególności u osób w starszym wieku.

Celem pracy była ocena stylu życia u osób w wieku 60+ zgłaszających się na badanie przesiewowe w kierunku wczesnego wykrywania raka jelita grubego.

Grupę badaną stanowiło 100 osób w wieku 60+, którzy wzięli udział w badaniu przesiewowym dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego, które zaproponowała Klinika Gastroenterologii i Zaburzeń Odżywiania w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. dr. Jana Bizziela w Bydgoszczy. Każda osoba wypełniła dwie ankiety, jedną dotyczącą aktualnego i w przeszłości stylu życia oraz drugą kwalifikującą do kolonoskopii przesiewowej. U każdego uczestnika

zostało wykonane lekarskie badanie podmiotowe i przedmiotowe podczas którego oceniono podstawowe parametry antropometryczne, w tym masę ciała (kg) oraz wysokość ciała (cm) a następnie każdy miał wykonaną kolonoskopię przesiewową. Analizy statystyczne przeprowadzono przy użyciu programu komputerowego STATISTICA PL 13 firmy StatSoft, przy poziomie istotności $p < 0,05$.

Średnia wartość wskaźnika BMI badanych, ogółem wynosiła $27,8 \pm 6,5 \text{ kg/m}^2$, co zgodnie z kryteriami WHO wskazywałaby na występowanie nadwagi. Według skategoryzowanego wskaźnika BMI wykazano, że kobiety mają 2 razy częściej prawidłową masę ciała w porównaniu z mężczyznami (33%, 15%) oraz mniejszy odsetek otyłości (20%, 26%). Codziennie aktywnych fizycznie było 13 % osób, natomiast siedzący tryb życia prowadziła blisko co trzecia osoba. 70% badanej grupy spędzała od 2 do 3 godzin dziennie przed telewizorem lub komputerem. Analiza dotycząca żywienia wykazała, że blisko 60% pacjentów stosowało modyfikacje dotyczące sposobu żywienia. Kolonoskopia przesiewowa wykonana u osób w wieku 60+ wykazała obecność nieprawidłowości w jelicie grubym u 44% badanych, w tym u 6 osób stwierdzono raka jelita grubego.

Wyniki przeprowadzonych badań wskazały na występowanie nieprawidłowości w sposobie żywienia, jakości spożywanej żywności i stanie odżywienia, a także w innych wybranych zachowaniach promujących zdrowie. Identyfikacja zauważonych problemów powinna skłonić organizatorów publicznej opieki zdrowotnej w Polsce do wprowadzenia w życie od wieku dziecięcego dobrze opracowanych programów promujących zdrowie, a w wieku od 50 do 70 lat starannie dobranych programów profilaktycznych.

Słowa kluczowe: styl życia, rak jelita grubego, osoby w wieku 60+

Summary

Lifestyle, with such components as diet, food quality, nutritional status and physical activity in different age groups, including people aged 60+, is a popular research field. Between 1989 and 2014, the number of elderly people in Poland increased by nearly 3 million. Lifestyle, formed from the childhood, is a very important factor affecting a person's health status and quality of life, particularly in the elderly.

The aim of the study was to assess the lifestyle of people aged 60+ who reported for a screening examination for the early detection of colorectal cancer.

The group consisted of 100 people aged 60+ who underwent a screening examination for the early detection of colorectal cancer conducted at the Clinic of Gastroenterology and Nutrition Disorders, the Jan Bizieli University Hospital no. 2 in Bydgoszcz, Poland. Every participant filled two surveys, one concerning their current and past lifestyle and the other assessing their eligibility for colonoscopy screening. Every participant underwent a physical examination and anamnesis, during which basic anthropometric parameters, including body weight (kg) and height (cm), were assessed, followed by colonoscopy screening. Statistical analysis was conducted using STATISTICA PL 13 computer software from StatSoft and the results were considered as statistically significant at $p < 0.05$.

The mean overall value of the participants' BMI was $27.8 \pm 6.5 \text{ kg/m}^2$, which indicated overweight in accordance with the WHO criteria. By categorizing the BMI measurements, it was shown that women were twice more likely to have a correct body weight compared to men (33% vs. 15%) and had a lower incidence of obesity (20% vs. 26%). Daily physical activity was practiced by 13% of the participants, while sedentary lifestyle was reported by nearly one-third of them. 70% of the surveyed group spent 2 to 3 hours per day watching TV or using a computer. Nutrition analysis demonstrated that almost 60% of the patients implemented modifications to their diet. Colonoscopy screening conducted in people aged 60+ revealed the presence of colorectal abnormalities in 44% of the participants, including 6 cases of colorectal cancer.

The results of the study indicated cases of inappropriate diet, food quality and nutritional status, as well as other errors in health-related behavior. The identification of the discovered problems should encourage the Polish health care institutions to implement health promotion programs targeting people from their childhood, as well as carefully selected prevention programs for people aged 50 to 70 years.

Key words: people aged 60+; lifestyle; colorectal cancer

Wstęp

Styl życia, którego elementami są sposób żywienia, jakość spożywanej żywności, stan odżywienia oraz aktywność fizyczna w różnych grupach wiekowych jest częstym przedmiotem zainteresowania badaczy. Na koniec 2014 roku liczba ludności Polski wynosiła 38,5 mln, z czego ponad 8,5 mln stanowiły osoby w wieku 60 lat i więcej (ponad 22%). Na przestrzeni lat 1989-2014 liczba osób w starszym wieku wzrosła o blisko 3 mln, a udział osób w wieku co najmniej 60 lat w ogólnej populacji wzrósł o 7,5 punktu procentowego, tj. z 14,7% w 1989 r. do 22,2% w 2014 r. Analizy Głównego Urzędu Statystycznego wskazują na dynamiczny wzrost w ciągu najbliższych dziesięciu lat ze względu na osiągnięcie wieku 60 lat przez osoby urodzone w drugiej połowie lat 50. ubiegłego wieku, ponieważ są to najliczniejsze roczniki w całym okresie po II wojnie światowej (1). W ostatnich latach obserwowany jest także dalszy wzrost liczby osób w wieku poprodukcyjnym (mężczyźni 65 lat i więcej, kobiety 60 lat i więcej). Według wstępnych danych w końcu 2014 r. ludność w wieku poprodukcyjnym liczyła ponad 7 mln osób, a jej udział w ogólnej populacji wyniósł 19% (w 2000 r. było to 5,7 mln osób i prawie 15% udział, a w 1990 r. niespełna 13%). W stosunku do 2013 r. liczba osób w wieku poprodukcyjnym wzrosła o ponad 226 tys. (o 0,6 pkt. proc.) (1) W ramach programu PolSenior oceniono funkcjonowanie osób starszych w Polsce pod względem zachowań zdrowotnych, które okazały się nieprawidłowe pod względem odżywiania oraz aktywności fizycznej (2) Jak powszechnie wiadomo ww. zachowania zdrowotne mają szczególny wpływ na stan zdrowia. Powołując się na koncepcję tzw. pól zdrowia możemy zauważyć, że to właśnie styl życia w 53% ma decydujący wpływ za zdrowie człowieka a następnie kolejno: otaczające nas środowisko 21%, dziedziczenie 16%, opieka medyczna 10% i inne (3). Właściwe odżywianie jako składowa stylu życia jest bardzo istotnym czynnikiem wpływającym na stan zdrowia człowieka. Szczególne znaczenie ma racjonalne żywienie u osób starszych, w związku z naturalnym zwiększeniem ryzyka chorób żywieniowo-zależnych (4). Prawidłowa dieta osób starszych nie jest związana tylko z promocją zdrowia i zapobieganiem chorobom, ale również może być stosowana jako wtórna profilaktyka cywilizacyjnych chorób metabolicznych (5). Znaczenie aktywności fizycznej jest również niezwykle ważne ze względu na fakt, że jest wpisane w naturę człowieka, a także na zaspokajanie potrzeb biopsychospołecznych oraz poczucia satysfakcji. Indywidualnie

dostosowana do stanu zdrowia aktywność fizyczna pełni wiele funkcji zdrowotnych, ale również pomaga odpowiednio funkcjonować w grupie i społeczeństwie, a jej brak może być odpowiedzialny za samotność i izolację społeczną (3,6). Według raportu Głównego Urzędu Statystycznego – obiektywne mierniki masy ciała wskaźnikiem BMI (wg. WHO) wskazują na problem nadwagi i otyłości w populacji osób starszych. Zbyt wysoką masę ciała - nadwagę wykazano u prawie $\frac{3}{4}$ badanej populacji, a co czwarta borykała się z otyłością (1). Identyfikacja problemów związanych ze stylem życia oraz wybranymi parametrami stanu odżywienia człowieka, pozwoli na bardziej świadome modyfikacje odżywiania, aktywności fizycznej oraz innych zachowań prozdrowotnych, co z kolei może mieć korzystny wpływ na promocję zdrowia, profilaktykę jak również na przebieg rozpoznanej już choroby lub chorób (3,4,7,8).

Cel pracy

Celem pracy była ocena stylu życia u osób w wieku 60+ zgłaszających się na badanie przesiewowe w kierunku wczesnego wykrywania raka jelita grubego.

Materiał i metody

Grupę badaną stanowiło 100 osób w wieku 60+, którzy wzięli udział w badaniu przesiewowym dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego, które zaproponowała Klinika Gastroenterologii i Zaburzeń Odżywiania w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy. Każda osoba wypełniła dwie ankiety, jedną dotyczącą aktualnego i w przeszłości stylu życia oraz drugą kwalifikującą do kolonoskopii przesiewowej. Wiek badanych osób mieścił się w zakresie od 63 do 82 lat (średnio $70,21 \pm 4,09$ lat). Mężczyźni stanowili 29% populacji badanej ogółem, kobiety odpowiednio 71%. U każdego uczestnika zostało wykonane lekarskie badanie podmiotowe i przedmiotowe podczas którego oceniono podstawowe parametry antropometryczne w tym masę ciała (kg) oraz wysokość ciała (cm) a następnie każdy miał wykonaną kolonoskopię przesiewową. Analizy statystyczne przeprowadzono przy użyciu programu komputerowego STATISTICA PL 13 firmy StatSoft, przy poziomie istotności $p < 0,05$.

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu przy Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy. Wszystkie osoby uczestniczące w badaniu zostały zapoznane z procedurą badawczą oraz poinformowane o celu badań i wyraziły na nie świadomą, pisemną zgodę.

Wyniki

Przeciętna masa ciała w grupie badanej ogółem wyniosła $74,36 \pm 18,37$ kg, a średnia wysokość ciała $163,18 \pm 8,62$ (mężczyźni $86,11 \pm 18,52$ kg i $172,22 \pm 6,22$ cm; kobiety $69,82 \pm 16,29$ kg i $159,75 \pm 6,72$ cm) (Tab. 1). Wskaźnik BMI wyliczony na podstawie masy i wysokości ciała kształtował się w zakresie od 19,1 kg/m² do 72,89 kg/m² dla grupy badanej ogółem. Średnia wartość wskaźnika BMI ogółem wynosiła $27,8 \pm 6,5$ kg/m² i według kryteriów WHO wskazywała na występowanie nadwagi (tab.1). Przeciętna wartość wskaźnika masy ciała nie różniła się istotnie statystycznie ($p=0,2815$) z uwagi na płeć i wynosiła odpowiednio $28,98 \pm 5,82$ kg/m² w grupie mężczyzn oraz $27,39 \pm 6,72$ kg/m² w grupie kobiet. 28% badanych miało prawidłowe wartości BMI, otyłość wskazano u co 10 osoby. Według skategoryzowanego wskaźnika BMI wykazano, że kobiety mają 2 razy częściej prawidłową masę ciała niż mężczyźni (33%, 15%) oraz mniejszy odsetek otyłości (20%, 26%). Nie wykazano różnic statystycznych między kategoriami BMI a mężczyznami i kobietami ($p=0,2058$).

Tab. 1 Wartości podstawowych parametrów antropometrycznych grupy badanej ogółem, z uwzględnieniem podziału na płeć

Parametr	Grupa badana ogółem (N=97)			Kobiety (N=70)			Mężczyźni (N=27)		
	X $\pm$ SD	Min	Max	X $\pm$ SD	Min	Max	X $\pm$ SD	Min	Max
Wysokość (cm)	163,18 $\pm$ 8,62	141,00	185,00	159,75 $\pm$ 6,72	141,00	177,00	172,22 $\pm$ 6,22	164,00	185,00
Masa ciała (kg)	74,36 $\pm$ 18,37	43,00	164,00	69,82 $\pm$ 16,29	43,00	164,00	86,11 $\pm$ 18,52	64,00	155,00
BMI (kg/m ²)	27,84 $\pm$ 6,50	19,14	72,89	27,39 $\pm$ 6,72	19,14	72,89	28,98 $\pm$ 5,82	22,91	52,39

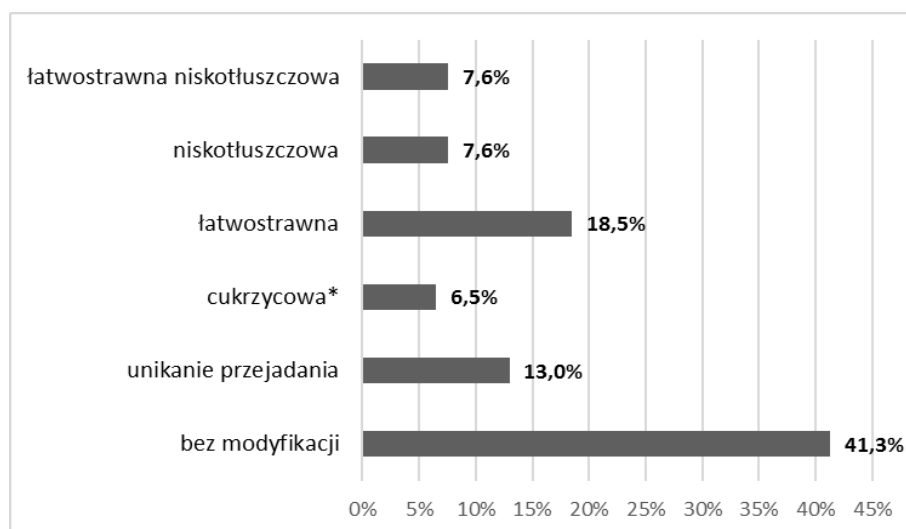
Blisko 80% badanej grupy mieszkało w mieście powyżej 100 tysięcy mieszkańców, 14% na obszarach wiejskich, a pozostałe 7% w innych miastach. Blisko 44% badanych miało wykształcenie podstawowe, natomiast 31% wyższe. Zdecydowana większość, aż 92% pacjentów

oceniło swoją sytuację finansową jako przeciętną, a tylko 4% jako powyżej przeciętnej. Codziennie aktywnych fizycznie było tylko 13 % osób, natomiast siedzący tryb życia prowadziła prawie co 3 osoba. Analizując czas spędzany przed telewizorem lub komputerem wykazano, że ¾ badanej grupy poświęcała od 2 do 3 godzin dziennie. Na pytanie dotyczące stanu zdrowia tylko jedna osoba oceniła go jako bardzo dobry. Zdecydowana większość – blisko 70 % oceniło swój stan zdrowia jako dość dobry, prawie 1/3 grupy jako dobry oraz 3 osoby jako zły.

Tab. 2 Pytanie dotyczące stylu życia oraz stanu zdrowia

		<i>tak</i>	<i>nie</i>	<i>inne</i>
<i>Krwawienie typu hemoroidalnego z odbytu</i>	<i>(n=91)</i>	9%	91%	
<i>zaburzenia rytmu wypróżnień (biegunki/zaparcia)</i>	<i>(n=93)</i>	56%	44%	
<i>Niedobór masy ciała</i>	<i>(n=88)</i>	13%	88%	
<i>zdiagnozowane choroby</i>	<i>(n=82)</i>	61%	39%	
<i>zdiagnozowana cukrzyca</i>	<i>(n=95)</i>	14%	85%	1%
<i>występowanie nowotworów jamy brzusznej w rodzinie</i>	<i>(n=92)</i>	35%	58%	8%
<i>palenie papierosów teraz</i>	<i>(n=90)</i>	6%	94%	
<i>palenie papierosów w przeszłości</i>	<i>(n=93)</i>	30%	70%	

Analizując styl życia i stan zdrowia pacjentów (Tab. 2) wykazano, że 9% z nich miało krwawienia typu hemoroidalnego z odbytu (krew na papierze toaletowym, krew na wierzchu stolca, krwawienie z odbytu bez oddania stolca) oraz, że u ponad 50% badanych od dłuższego czasu występowały zaburzenia rytmu wypróżnień pod postacią biegunki, zaparcia lub stolców naprzemiennych. Ponad 60% badanych pacjentów miało zdiagnozowaną co najmniej jedną chorobę. Występowanie cukrzycy typu 2 wykazano u 14% osób z badanej grupy. Badanie wykazało, że pali 6% osób z badanej grupy natomiast w przeszłości papierosy paliło 30%.



*Potocznie znana dieta cukrzycowa – dieta z ograniczeniem węglowodanów prostych oraz nasyconych kwasów tłuszczowych

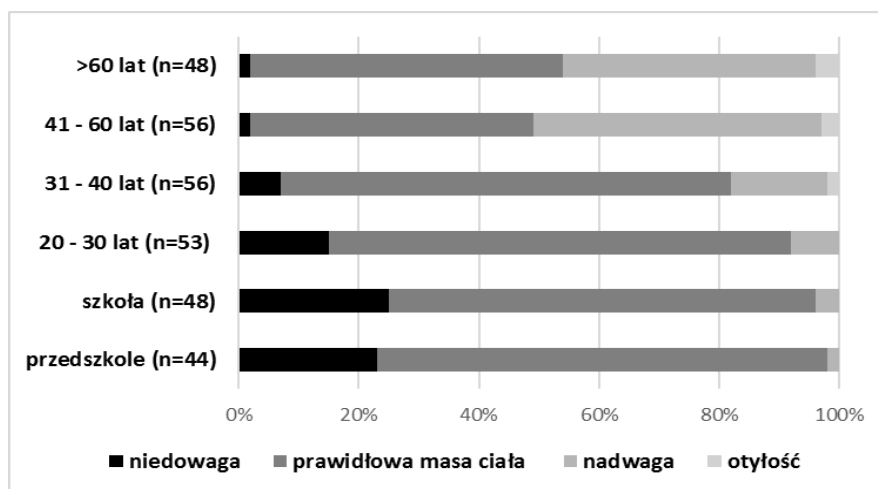
Ryc. 3 Stosowane diety oraz modyfikacje diety

Analiza dotycząca odżywiania się przez badanych (Ryc. 3) wykazała, że blisko 60% osób stosowała dietę. 13% badanych unikało przejadania się, a prawie 20% z nich stosowało dietę łatwostrawną. Ponad 55% badanych spożywało 4 - 5 posiłków w ciągu dnia, a 44% tylko 3 posiłki. Większość osób 66% podjadała między posiłkami sporadycznie, natomiast codziennie co dziesiąta osoba. Badanie wykazało, że 15 % badanych nie dosala posiłków, 9 % dosala bardzo dużo, pozostałe osoby dosalają niewiele.

Tabela 3 Częstotliwość spożycia produktów typu fast food

Częstotliwość spożywania żywności typu fast food		co najmniej raz dziennie	kilka razy w tygodniu	kilka razy w miesiącu	kilka razy w roku	nigdy	nie wiem
frytki	(n=68)	1%	1%	10%	46%	34%	7%
hamburger	(n=56)	0%	0%	2%	18%	75%	5%
pizza	(n=68)	0%	4%	13%	46%	32%	4%

Najmniej popularną potrawą fast food u badanych osób w wieku 60+ były hamburgery. Jednak 75% osób z badanej grupy nie jadło ich nigdy. (Tab.3). Pozostałych produktów żywności tego typu np. pizzy i frytek nigdy nie jadło około 30%. Co dziesiąta osoba spożywa pizzę i frytki kilka razy w miesiącu, a 4% badanych włącza do diety pizzę kilka razy w tygodniu. Na pytanie dotyczące spożywanej żywności 66% odpowiedziało, że zazwyczaj wybiera produkty naturalne, a 5% przetworzone. Prawie 1/3 grupy nie miała na ten temat swojego zdania.



Ryc. 4 Subiektywne oceny zmiany masy ciała pacjentów w przebiegu życia

Zgodnie z opinią pacjentów (Ryc. 4) zauważono, że wraz ze wzrostem lat życia zmniejsza się liczba osób z niedowagą natomiast zwiększa z nadwagą oraz otyłością. Powyżej 60 roku życia zaobserwowano nieznaczny spadek liczby osób z nadwagą.

Dyskusja

W utrzymaniu zdrowia oraz profilaktyce chorób we wszystkich grupach wiekowych ludności, a szczególnie u osób starszych ogromne znaczenie ma styl życia. Głównymi czynnikami korzystnie wpływającymi na zdrowie są między innymi: zbilansowana dieta, prawidłowe nawyki żywieniowe i indywidualnie dostosowana aktywność fizyczna oraz dodatkowo wystarczająca liczba godzin snu, dobre relacje społeczne oraz wystarczająca wiedza dotycząca promocji zdrowia oraz profilaktyki (4). Szeroko pojęty nieprawidłowy styl życia (zła dieta, brak aktywności, nałogi) ma bardzo duży wpływ na zachorowalność na niektóre choroby, w tym szczególnie taki wpływ zaobserwowano w powstawaniu chorób sercowo – naczyniowych oraz niektórych nowotworów złośliwych (9,10,11). Dane z piśmiennictwa naukowego wskazują na istotną korelację występowania otyłości i chorób sercowo–naczyniowych, zespołu metabolicznego oraz cukrzycy (5,12). Masę ciała w grupie badanej oceniano za pomocą wskaźnika BMI. Wyniki naszych badań przeprowadzonych u osób w wieku 60+ zgłaszających się na badanie profilaktyczne wykazują, że nadwagę stwierdzono u około 60%, a otyłość u 10% badanych, natomiast w jednym z badań z 2009 roku było mniej o 15% osób z nadwagą (12).

Podobne wyniki do naszych badań zaobserwowała Waśkiewicz w 2012 roku, z których wynika, że nadwaga i otyłość kształtowały się na poziomie 65% u mężczyzn i o 10% więcej u kobiet (4). Nieco odmienne wyniki przedstawiła w swojej pracy Muszaliak, która z kolei nadwagę wykazała u 30% badanych, a otyłość u ¼ grupy. Zróżnicowane wyniki mogą być związane z różnicami w doborze grup badawczych np. badania profilaktyczne dla „wszystkich”, badanie przesiewowe wykonane metodą oportunistyczną, pacjenci kliniki geriatrycznej, czy też członkowie stowarzyszeń np. słuchacze Uniwersytetu Trzeciego. Na to zróżnicowanie istotny wpływ mogą mieć również wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, status socjoekonomiczny, a także liczba współistniejących chorób organicznych.

W dużym badaniu populacyjnym przeprowadzonym na terenie kraju (Polska) wykazano, że osoby starsze zdecydowanie częściej legitymowały się wykształceniem podstawowym, a tylko 2% kobiet i 6% mężczyzn wyższym (7). Podobne wyniki przedstawiała Różańska 2013. W jej grupie badanych było 3% kobiet oraz 4,3% mężczyzn z wyższym wykształceniem (13). Z kolei Niedźwiecka badała grupę pacjentów, w której 12% osób legitymowało się wyższym wykształceniem (14). Natomiast badania własne wykazały, że odsetek osób z wykształceniem wyższym wynosił ponad 30% badanych. Badana przez nas grupa osób, chociaż była w wieku 60+ to jednak byli to głównie mieszkańcy dużego miasta, o lepszym statusie ekonomicznym, posiadający większą wiedzę dotyczącą zdrowia i jego uwarunkowań, zgłaszali się z własnej woli na badanie profilaktyczne o charakterze oportunistycznym.

Istotnymi czynnikami, które wpływają na zachowania zdrowotne ludzi mają warunki socjalne, w których oni żyją oraz zasoby finansowe, którymi dysponują. Osoby o wyższym statusie materialnym mają zwiększone szanse na pomyślne starzenie się (4,15). Prawidłowe zbilansowane żywienie, rekreacyjna aktywność fizyczna oraz inne usługi zdrowotne są znacznie łatwiejsze do wdrożenia w życie, kiedy status materialny danej osoby jest dobry. Z badań własnych wynika, że zdecydowana większość, bo aż 92% pacjentów oceniło swoją sytuację finansową jako przeciętną, a tylko 4% poniżej przeciętnej. Badanie populacyjne Wobasz wykazało, że 60-70% respondentów w wieku powyżej 75 roku życia była w trudnej sytuacji materialnej. Wynikało to głównie z niskich dochodów < 1000 zł miesięcznie na osobę (7). Podobne wyniki wykazała Niedźwiedzka, która w swoim badaniu wykazała, że 59% badanych respondentów miała miesięczne dochody przypadającego na jednego członka rodziny < 1000 złotych (14). Smoleń w swoich badaniach wykazała, że złe warunki ekonomiczne miało 5%

badanych a średnie 60%. Z kolei z badań wykonanych przez Suligę wynika, że 1/3 badanych odpowiedziała, że brakuje im wystarczającej ilości pieniędzy, aby kupić podstawowe produkty spożywcze (4,5). Dane z piśmiennictwa wskazują, że aktywność fizyczna ma bardzo korzystny wpływ na wiele narządów i układów, w tym głównie aparat ruchu człowieka oraz układy sercowo – naczyniowy, oddechowy i pokarmowy. Systematyczna aktywność fizyczna może zapobiegać lub zmniejszać ryzyko wystąpienia wielu chorób takich jak: cukrzyca, osteoporoza, miażdżyca oraz nadciśnienie tętnicze. Dla osób chorych z różnymi schorzeniami niezwykle ważna jest odpowiednia dla ich stanu zdrowia, wieku i stopnia sprawności dawka aktywności fizycznej (7). Z analizy badań własnych wynika, że tylko 13% z badanych osób była aktywna fizycznie codziennie, siedzący tryb życia prowadziła prawie co 3 osoba. Z badań wykonanych w roku 2012 Wobasz Senior wynika, że większość osób starszych była nieaktywna fizycznie. Brak aktywności fizycznej deklarowała też połowa mężczyzn oraz 73% kobiet w badaniach wykonanych przez Waśkiewicz. Z kolei aktywność fizyczną przez większość dni w tygodniu została odnotowana u 40% mężczyzn i 18% kobiet (7). Niepokój w aspekcie aktywności fizycznej osób w wieku 60 + mogą wzbudzać inne wyniki naszych badań, z których wynika między innymi, że 75% respondentów spędza 2-3 godzin dziennie przed telewizorem i/lub komputerem. Dane z literatury wskazuje na fakt, że subiektywnie, pozytywna ocena swojego stanu zdrowia dobrze koreluje z dłuższą przeżywalnością osób starszych (3). Z analizy wyników badań przeprowadzonych przez nas wynika, że najczęściej bo aż 70 % osób oceniało swój stan zdrowia jako dość dobry, natomiast w badaniach wykonanych przez Smoleń takich osób było niespełna 40% (8). W jeszcze innym badaniu wykonanym w grupie osób starszych wykazano, że 45,5% respondentów określa swój stan zdrowia jako średni, a 24,5% jako dobry. Niepokój muszą budzić osoby, które określają swój stan zdrowia jako zły. Takich osób w naszym badaniu było tylko 3%, tymczasem w innych grupach badawczych stanowili oni od 1 do 10% badanych (4,8). U ponad 60% badanych pacjentów stwierdzono występowanie co najmniej jednej zdiagnozowanej choroby. Obecność cukrzycy typu 2 wykazało u 14% osób z badanej grupy. W badaniach Waśkiewicz wykazano podobne zależności, ponieważ 70% ujawniło występowanie co najmniej jednej choroby organicznej (7). Najczęściej były to choroby z układu sercowo – naczyniowego oraz cukrzyca typu 2. Z badań wykonanych przez Smoleń wynika, że tylko 6% spośród badanych stanowiły osoby zdrowe, u których nie stwierdzono żadnej choroby organicznej(4). Badania własne wskazują, że u blisko 40% badanych nie zdiagnozowano dotąd

żadnej istotnej choroby organicznej. Dane piśmiennictwa wskazują na fakt, że obok zdiagnozowanych chorób, osobom starszym często towarzyszą objawy i dolegliwości charakterystyczne dla osób w starszym wieku takie jak: zaburzenia snu, bóle głowy, brak łaknienia, bóle dotyczące aparatu ruchu oraz zaparcia stolca (4). Z badań własnych wynika, że 9% badanych zaobserwowała krwawienie z odbytnicy typowe dla choroby hemoroidalnej (krew na papierze toaletowym, krew na wierzchu stolca i oddawanie samej krwi) a ponad 50% wskazała na przewlekłe występujące zaburzenia rytmu wypróżnień w postaci biegunki, zaparcia i stolców naprzemiennych. Należy z całą mocą zwrócić uwagę na oczywisty fakt, że im więcej człowiek ma lat, tym częściej występują u niego choroby organiczne. Kolonoskopia przesiewowa wykonana w naszym ośrodku od 18 lat wykazuje obecność nieprawidłowości w jelicie grubym średnio u 40% badanych, w tym u 25% kobiet i 35% mężczyzn wykrywa się gruczolaki a u 2% gruczolaki zaawansowane i niezawansowanego raka jelita grubego (16). Wczesne wykrycie choroby organicznej u osób w wieku 60+ może być utrudnione między innymi z powodu braku występowania charakterystycznych objawów dla chorób organicznych, współistnienie innych chorób, maskującego działania depresji, gorszej sprawności fizycznej i intelektualnej. Czynnikiem ryzyka chorób, jak również negatywnymi zachowaniami wpływającymi na stan zdrowia są nałogi takie jak, picie alkoholu czy palenie papierosów. Badania własne wykazały, że wśród osób przez nas badanych paliło papierosy tylko 6%, chociaż w przeszłości odsetek palących papierosy w tej samej grupie wynosił 24%. W swojej pracy Waśkiewicz wykazała, że wśród aktywnych palaczy w starszym wieku było 13% mężczyzn oraz 3 razy mniej kobiet (7). Dieta osób starszych powinna być zbilansowana w możliwie jak najlepszy sposób, tak aby dostarczyć przy niższej kaloryczności (spadek tempa przemian metabolicznych, nadwaga i otyłość) odpowiednie ilości witamin i składników mineralnych. Z powodu obecności chorób układu trawienia oraz dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego osoby w starszym wieku wymagają wprowadzenia modyfikacji żywienia w postaci diety. Analiza wyników naszych badań dotycząca odżywiania wykazała, że blisko 60% pacjentów stosowało modyfikacje dotyczące sposobu żywienia oraz jakości spożywanej żywności. Co dziesiąty z naszych badanych unikał przejadania się, z kolei w badaniu Suligi 40% stosowało dietę odchudzającą. Z badań własnych wynika, że dietę lekkostrawną stosowało 18% osób, podobny 20 % odsetek obserwował w swoich badaniach przeprowadzonych w roku 2010 Suliga (5). Jednym z kryteriów prawidłowego żywienia jest odpowiednia liczba spożywanych posiłków

w ciągu dnia. Zalecenia dietetyków wskazują na potrzebę spożywania przez człowieka minimalnie 3 posiłków w ciągu dnia, natomiast optymalnie powinno ich być 4 – 5 dziennie przyjmowanych w niewielkich objętościach. Z badań wykonanych przez Kołajtis-Dołowy wynika, że 4 – 5 posiłki dziennie spożywa 25% badanych (3 posiłki 66%, mniej niż 3 posiłki 9%) (15). Z analizy badań własnych wynika, że ponad 55% badanych spożywało 4 - 5 posiłków w ciągu dnia, a 44% 3 posiłki. Podobne wyniki uzyskała Tokarz, wśród osób starszych z warszawskich stowarzyszeń społecznych. Spożywanie 4 posiłków odnotowała u 41% mężczyzn i 43% kobiet (3 posiłki dziennie 48% mężczyzn i 45% kobiet) (17). Inne wyniki uzyskała Sadowska, które przeprowadziła badania u osób starszych mieszkających na obszarach wiejskich. Respondenci zwykle spożywali 4 lub 5 posiłków dziennie odpowiednio: 42% kobiet i 36% mężczyzn oraz 42% kobiet i 45% mężczyzn (18). U osób w starszym wieku współistnieje kilka chorób jednocześnie, w tym częste obserwuje się występowanie chorób dieto-zależnych, które są wprost powiązane z nieprawidłowym żywieniem, niską aktywnością fizyczną, nałogami oraz innymi niekorzystnymi zachowaniami wpływającymi na stan zdrowia człowieka (19).

Podsumowanie

Wyniki przeprowadzonych badań u osób w wieku 60+, które zgłaszają się na badanie profilaktyczne w kierunku wczesnego wykrywania raka jelita grubego wskazują na występowanie nieprawidłowości w sposobie żywienia, jakości spożywanej żywności i stanie odżywienia, które najczęściej prowadzą do nadwagi i otyłości oraz chorób dietozależnych. Nieprawidłowości stwierdzono również w zakresie aktywności fizycznej oraz innych wybranych zachowaniach promujących zdrowie. Nadwaga, otyłość oraz niska aktywność sprzyjają karcinogenezie raka jelita grubego. Identyfikacja zauważonych problemów dotyczących stylu życia, które powinna skłonić organizatorów publicznej opieki zdrowotnej w Polsce do wprowadzenie w życie od wieku dziecięcego dobrze opracowanych programów promujących zdrowie, a w wieku od 50 do 70 lat starannie dobranych programów profilaktycznych.

Piśmiennictwo

1. *Rocznik demograficzny 2016* (2017), GUS, Warszawa.
stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5468/24/1/1/ludnosc_w_wieku_60._struktura_demograficzna_i_zdrowie.pdf

2. Mossakowska, M., Więcek, A., & Błędowski, P. (2012). Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. *Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań*.
3. Zadworna-Cieślak, M., & Ogińska-Bulik, N. (2013). Zachowania zdrowotne osób w wieku senioralnym – rola optymizmu. *Psychogeriatrya Polska*, 10(4), 145-156.
4. Smoleń, E., Gazdowicz, L., & Żyłka-Reut, A. (2011). Zachowania zdrowotne osób starszych. *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 41(3).
5. Suliga, E. (2010). Zachowania zdrowotne związane z żywieniem osób dorosłych i starszych. *Hygeia Public Health*, 45(1), 44-48.
6. Gębka, D., & Kędziora-Kornatowska, K. (2012). Korzyści z treningu zdrowotnego u osób w starszym wieku. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, (93), 2.
7. Waśkiewicz, A., Sygnowska, E., & Broda, G. (2012). Ocena stanu zdrowia i odżywiania osób w wieku powyżej 75 lat w populacji polskiej Badanie WOBASZ-SENIOR. *Bromat Chem Toksykol*, 45(3), 614-618.
8. Muszalić, M., Zielińska-Więczkowska, H., Kędziora-Kornatowska, K., & Kornatowski, T. (2013). Ocena wybranych zachowań sprzyjających zdrowiu wśród osób starszych w oparciu o Inwentarz Zachowań Zdrowotnych Juczyńskiego w aspekcie czynników socjo-demograficznych. *Probl Hig Epidemiol*, 94(3), 509-513.
9. Banaszkiewicz M, Andruszkiewicz A. Zachowania zdrowotne. [w:] Promocja zdrowia tom II. Banaszkiewicz M, Andruszkiewicz A (red). PZWL, Warszawa 2010: 70-81.
10. Baranowicz I, Majchrowska A, Kawczyńska – Butrym Z. Elementy socjologii dla pielęgniarek. Lublin: Czelej; 2000.
11. 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.
12. Stawarska, A., Tokarz, A., & Kolczewska, M. (2009). Ocena ilościowa składników mineralnych i witamin w dietach ludzi starszych zrzeszonych w wybranych warszawskich stowarzyszeniach społecznych. Cz. III. *Toksykol*, 2, 117-122.
13. Różańska, D., Wyka, J., & Biernat, J. (2013). Sposób żywienia ludzi starszych mieszkających w małym mieście – Twardogórze. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 94(3), 494-502
14. Niedźwiedzka, E., & Wądołowska, L. (2010). Analiza urozmaicenia spożycia żywności w kontekście statusu socjoekonomicznego polskich osób starszych. *Probl Hig Epidemiol*, 91(4), 576-84.
15. Kollajtis-Dolowy, A., & Tyska, M. (2004). Świadomość żywieniowa ludzi starszych w relacji do ich postaw i zachowań żywieniowych. *Żywność Człowieka i Metabolizm*, 31(1), 3-17.
16. Świątkowski, M., Meder, A., Sobczyński, L., Koza, J., Szamocka, M., & Brudny, J. (2010). The screening program for the early colorectal cancer detection performed at the Gastroenterology Department of Nicolaus Copernicus University in Toruń Collegium Medicum in Bydgoszcz in 2000-2009. *Gastroenterologia Polska/Gastroenterology*, 17(6).
17. Tokarz A, Stawarska A, Kolczewska M. Ocena jakościowa sposobu żywienia ludzi starszych zrzeszonych w wybranych warszawskich stowarzyszeniach społecznych. Część I. *Bromat Chem Toksykol* 2007, 40: 359-364
18. Sadowska J, Śliwińska U. Ocena sposobu żywienia i stanu odżywiania osób w wieku starszym, zamieszkałych na terenach wiejskich. *Żyw Człow Metab* 2005, 32: 187-202.
19. Humańska, M. A., & Kędziora-Kornatowska, K. (2009). Wpływ miejsca zamieszkania osób w podeszłym wieku na stan odżywiania się. *Gerontol Pol*, 17(3), 126-8.