

# Stan odżywiania osób starszych w domach opieki zdrowotnej

## *Nutritional status of elderly people in health care homes*

Barbara Krzysztofik , Barbara Krochmal-Marczak

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Krośnie

### Streszczenie

**Wstęp.** Starzenie się organizmu jest nieuniknionym, naturalnym, fizjologicznym i nieodwracalnym procesem biologicznym oraz psychicznym. Oznacza stopniowe zmniejszenie zdolności regeneracyjnych narządów oraz tkanek. Postępujące wraz z upływem czasu zmiany zachodzące w organizmach seniorów oraz czynniki ekonomiczno-społeczne i psychologiczne przyczyniają się do złego stanu odżywiania osób starszych. Największymi problemami związanymi z nieprawidłowym stanem odżywiania wśród osób starszych są niedożywienie oraz otyłość. **Cel pracy.** Praca podejmuje problem odżywiania osób po 60 roku życia w domach opieki społecznej. Przedmiotem badań byli pensjonariusze Miejskiego Domu Pomocy Społecznej (MDPS) oraz Domu dla Seniora (DS). **Materiał i metody.** W celu przedstawienia skali problemu związanego z niedożywieniem osób starszych posłużono się ankietą autorską. Szczególnie ważne były pytania dotyczące regularności spożywanych posiłków, ich jakości, atrakcyjności oraz formy podania, a przede wszystkim ilości zjadanych porcji. **Podsumowanie.** Żywienie osób starszych po 60-tym roku życia w domach opieki społecznej uzależnione jest ściśle od struktury organizacyjnej samej placówki, nie tylko jej wyposażenia, ale przede wszystkim personelu sprawującego opiekę nad mieszkańcami. *Geriatrics 2024;18:67-74. doi: 10.53139/G.20241804*

*Słowa kluczowe: domy opieki, żywienie osób starszych*

### Abstract

**Introduction.** The aging of the body is an inevitable, natural, physiological and irreversible biological and psychological process. It means a gradual reduction in the regenerative capacity of organs and tissues. Changes occurring in seniors' bodies over time as well as economic, social and psychological factors contribute to the poor nutritional status of older people. The biggest problems related to poor nutritional status among older people are malnutrition and obesity. **Objective.** The work addresses the problem of nutrition for people over 60 years of age in social welfare homes. The subject of the study were residents of the Municipal Social Welfare Home (MDPS) and the Senior Home (DS). **Material and methods.** In order to present the scale of the problem related to malnutrition in the elderly, an author's survey was used. Particularly important were questions about the regularity of meals consumed, their quality, attractiveness and form of serving, and, above all, the number of portions eaten. **Summary.** Nutrition of elderly people over 60 years of age in social welfare homes depends strictly on the organizational structure of the facility itself, not only its equipment, but above all the staff caring for the residents. *Geriatrics 2024;18:67-74. doi: 10.53139/G.20241804*

*Keywords: nursing homes, nutrition of the elderly*

### Wstęp

Starzenie się organizmu jest nieuniknionym, naturalnym, fizjologicznym i nieodwracalnym procesem biologicznym oraz psychicznym. Starzenie się oznacza stopniowe zmniejszenie zdolności regeneracyjnych narządów oraz tkanek. W organizmie starzeje się każda

komórka. W młodym wieku są one sukcesywnie wymieniane, ale wraz z upływem lat ich ilość ulega zmniejszeniu, wskutek czego zwiększa się ryzyko wystąpienia licznych chorób oraz objawów starzenia, takich jak [1]:

- utrata sił i osłabienie kondycji fizycznej [1,2],
- pogorszenie wzroku [1],

- pogorszenie pamięci krótkotrwałej [3],
- zmiany w układzie pokarmowym [4,5],
- spadek zdolności odczuwania zapachu i smaku [4],
- spadek masy kośćca i beztłuszczowej masy ciała [6,7],
- zmniejszenie wysokości ciała [1,2],
- zmiany w układzie mięśniowo-szkieletowym [1,2,8],
- zmiany w układzie oddechowym [2,8,9],
- starzenie się skóry [1],
- menopauza i andropauza [1,10],
- zwiększenie podatności organizmu na choroby [1,9],
- zmiany w układzie sercowo-naczyniowym [1,2,6,8,11,12],
- zmiany w układzie odpornościowym [1],
- zmiany w układzie nerwowym [1,8].

Wiele problemów zdrowotnych i zmian fizjologicznych doświadczanych przez osoby w podeszłym wieku, które uważane były za skutki procesu starzenia, wynikają ze stylu życia oraz wpływu czynników środowiskowych, działających nawet we wczesnym dzieciństwie. Dobre odżywianie oraz aktywność fizyczna, niepalenie papierosów itp., są niezbędne do zapewnienia dłuższego, zdrowszego, bardziej aktywnego oraz samodzielnego życia w społeczeństwie [13].

Postępujące wraz z upływem czasu zmiany zachodzące w organizmach seniorów oraz czynniki ekonomiczno-społeczne i psychologiczne przyczyniają się do złego stanu odżywienia osób starszych. Największymi problemami związanymi z nieprawidłowym stanem odżywienia wśród osób starszych są niedożywienie oraz otyłość [14].

Przewiduje się, że w 2030 r. już ponad połowa (53%) gospodarstw będzie prowadzona przez osoby powyżej 65 roku życia. Polskie prawo stanowi, że osobie samotnej, która z powodu wieku czy choroby wymaga pomocy, przysługują usługi opiekuńcze. Gdy potrzebna jest opieka całodobowa, seniorzy mogą skorzystać z domu pomocy społecznej. Ogólna liczba osób starszych, kierowanych do domów pomocy społecznej rośnie, w skali kraju o około 25 proc. w ciągu pięciu lat. Wysokie opłaty za pobyt seniorów w publicznych domach pomocy powodują rosnącą popularność tańszych niepublicznych domów opieki. Coraz częściej tworzeniem tego rodzaju placówek zajmują się prywatni przedsiębiorcy, którzy dostrzegają w tej przestrzeni zaspokajanie potrzeb społecznych oraz korzyści własne. Z roku na rok powstaje coraz więcej prywatnych placówek tego typu: tylko

w latach 2011- 2014 ich liczba wzrosła o ponad 82 proc. (ze 196 do 358), a oferowanych miejsc o niemal 100 proc. (z blisko 6 do 11 tys.). Placówki te muszą wprawdzie spełniać określone standardy, ale wymogi wobec nich są niższe niż w placówkach publicznych. Niepubliczne domy opieki nie muszą np. stosować ustawowych norm zatrudnienia i kwalifikacji personelu, który ma opiekować się osobami starszymi. Dlatego, choć świadczą tożsame usługi, są konkurencyjne cenowo. Ich przewaga nad tradycyjnymi domami pomocy polega także na tym, że mogą natychmiast przyjąć potrzebującego, bez długotrwałej procedury postępowania administracyjnego. Niepubliczne domy pomocy mają też możliwość elastycznego dostosowywania się do potrzeb pacjentów, w tym m.in. ofertę pobytów krótkoterminowych [5].

Organizację tych instytucji wspierają samorządy szczebla wojewódzkiego, powiatowego i gminnego oraz liczne organizacje społeczne i pozarządowe. Generalnie dominują całodobowe domy pomocy społecznej, chociaż istnieją także liczne placówki dziennego pobytu, domy seniora itp. Osoby starsze decydują się zamieszkać w domu pomocy społecznej głównie ze względu na pogarszający się stan zdrowia i lęk o nie, kłopoty mieszkaniowe, konflikty ze współmałżonkami oraz rodziną itp. Domy pomocy społecznej starając się zaspokoić różnorodne potrzeby pensjonariuszy, przywiązują również znaczącą rolę do zapewnienia prawidłowych warunków sporządzania posiłków oraz planowania i organizacji żywienia [15]. Na proces starzenia się wpływają również czynniki społeczne i psychologiczne, które mają wpływ na osobowość człowieka oraz jego życie emocjonalne i duchowe [1,16].

Problemy zdrowotne oraz niedomagania wynikające z wieku senioralnego pensjonariuszy mogą być łagodzone przez właściwą opiekę pielęgnacyjną, liczbę personelu oraz jego zaangażowania.

Do zadań personelu pielęgniarstwa w DOS należy m.in. [17]:

- zapewnienie opieki całodobowej,
- uczestniczenie w przyjęciu nowych mieszkańców i prowadzenie dokumentacji medycznej,
- ustalenie rozpoznania pielęgnacyjnego oraz dobór metod pielęgnacyjnych stosownie do diagnozy lekarskiej i pielęgniarstwa, ustalanie diet odpowiednich do stanu zdrowia,
- prowadzenie obserwacji stanu zdrowia pensjonariuszy, pomiar temperatury ciała, tętna, ciśnienia, kontrola spożywania posiłków,

- uczestnictwo we wszystkich formach aktywności mieszkańców zarówno wewnątrz jak i na zewnątrz obiektów,
- udzielanie wsparcia w sytuacjach trudnych, kryzysowych, otaczanie szczególną opieką, osób w początkowym okresie pobytu w DPS.

### Cel i zakres pracy

Praca podejmuje problem odżywiania osób po 60 roku życia w domach opieki społecznej. Na rynku pojawiło się wiele publikacji dotyczących ogólnych norm żywienia osób w podeszłym wieku, wpływu nawyków żywieniowych na występowanie chorób typowych dla starszego wieku.

W części analitycznej przedstawiono przykładowe zalecane produkty w jadłospisach oraz wyniki i analizę ankiety, opracowanej na potrzeby niniejszej pracy.

Przedmiotem badań byli pensjonariusze Miejskiego Domu Pomocy Społecznej (MDPS) oraz Domu dla Seniora (DS) zlokalizowanych na Śląsku. W celu zaprezentowania skali występowania problemu związanego z niedożywieniem osób starszych posłużono się ankietą autorską.

Kwestionariusz obejmuje standardowe pytania dotyczące płci, wieku pensjonariuszy oraz długości okresu przebywania w ośrodku opieki społecznej.

Kolejną grupę stanowiły pytania związane z przewlekłe występującymi u pensjonariuszy chorobami, które mają wpływ na sposób odżywiania i ich styl życia.

Bardzo dużym problemem w żywieniu osób w podeszłym wieku jest ich stan uzębienia, który niejednokrotnie utrudnia przeżucie i rozdrobnienie posiłku. W konsekwencji spora część dostarczanych składników zostaje nieprzyswojona przez organizm albo w ogóle nie trafia do przewodu pokarmowego. Dlatego też zasadniczą, a zarazem najobszerniejszą część pracy, obejmują zagadnienia związane z codziennym żywieniem ankietowanych w domu opieki społecznej. Szczególnie istotnymi są pytania dotyczące regularności spożywanych posiłków, ich jakości, atrakcyjności oraz formy podania, a przede wszystkim ilości zjadanych porcji, co ma niewątpliwie wpływ na wzrost lub spadek wagi u badanych osób.

### Ogólne zasady żywienia osób starszych

Prawidłowe żywienie jest jednym z najważniejszych czynników jaki pozwala osobom starszym na zachowanie dobrej formy zarówno pod względem fizycznym jak i psychicznym. Dlatego seniorzy powinni przestrzegać

kilku ważnych zasad w codziennym żywieniu. Dla osób w wieku podeszłym nie ustalono jak dotąd żadnych sztywnych zaleceń dietetycznych. Wynika to głównie z mnogości schorzeń zdrowotnych, na które zapadają osoby starsze. Ponadto pojawiają się pewne ograniczenia wynikające z okresu starości takie jak [18]:

- zmniejszenie podstawowej przemiany materii i beztłuszczowej masy ciała;
- niedobory białka mogą być skutkiem pojawiających się problemów z trawieniem i wchłanianiem. By nie dopuścić do tego stanu należy zwiększyć udział spożycia białka pełnowartościowego o około 50%;
- zmniejsza się zapotrzebowanie na tłuszcz, spożycie na niskim poziomie produktów zawierające kwasy omega-3, zawartych w rybach morskich;
- zmniejszone wydzielanie laktazy może doprowadzić do nietolerancji laktozy, a w konsekwencji do dolegliwości ze strony układu pokarmowego, prowadzące do niedoboru wapnia;
- niedostateczne spożycie produktów bogatych w żelazo może skutkować niedoborem tego pierwiastka w organizmie;
- niedobory witaminy B6 i B12 przyczyniają się do przewlekłego zanikowego zapalenie błony śluzowej żołądka, nadmiernego wzrostu liczby bakterii w przewodzie pokarmowym, zakażeniem *Helicobakter pylori*.

Najważniejszą zasadą w odżywianiu osób starszych jest zbilansowana dieta, czyli z jednej strony zapobieganie przekarmianiu, a z drugiej niedożywieniu. Racjonalne żywienie polega także na realizacji zaleceń piramidy zdrowego żywienia. Naukowcy z Tufts University's USDA Human Nutrition Research Center on Aging opublikowali zmodyfikowaną piramidę, która jest skierowana głównie do osób po 60. roku życia [15,19,20].

Piramida składa się z 5 poziomów, które obrazują podstawowe zasady odżywiania. Różni się od piramidy dorosłego człowieka przede wszystkim rekomendowaniem 8 lub więcej szklanek wody dziennie – ludzie starsi słabiej odczuwają pragnienie. Brak odpowiedniej ilości wody w ustroju może powodować zaburzenia w pracy układu nerwowego, regulacji cieplnej i ograniczenia w wydalaniu produktów przemiany materii. Dlatego osoby starsze powinny spożywać dodatkowo niewielkie ilości wody, nawet w sytuacjach, gdy nie odczuwają pragnienia [8]. Flaga na szczycie piramidy informuje o uzupełnieniu diety w suplementację wapnia, witaminy

Tabela I. Produkty i potrawy dozwolone i niedozwolone w diecie łatwostrawnej [20]

Table I. Products and dishes allowed and prohibited in an easily digestible diet [20]

Nazwa produktu (potrawy)	Dozwolone	Niewskazane
Napoje	Mleko odtłuszczone 0,5%, kawa zbożowa z mlekiem, herbata z mlekiem, słaba herbata, soki owocowe i warzywne, siemię lniane	Kawa naturalna, kakao, mocna herbata, napoje alkoholowe, pełne mleko, wody gazowane, czekolada płynna
Pieczywo	Chleb pszenny, bułki, biszkopty na białkach wyroby półcukiernicze	Chleb świeży, żytni, razowy
Dodatki do pieczywa	W ograniczonej ilości masło i margaryna miękka typu „flora”, „kama”, masło roślinne, miód, dżem bez pestek, chudy twaróg, mięso gotowane, chuda szynka, polędwica, cielęce parówki	W większej ilości masło, margaryna, sery tłuste, dojrzewające, topione, całe jaja, konserwy, smalec, pozostałe wędliny, dżem z owoców pestkowych
Zupy	Krupnik, zupy warzywne, przecierane, mleczne na mleku odtłuszczonym, podprawiane zawiesiną	Na wywarach: mięsnych, kostnych, grzybowych, z warzyw kapustnych, strączkowych, tłuste, zasmażane, podprawiane śmietaną
Dodatki do zup	Grzanki, bułka, kasza, ryż, ziemniaki puree, lane ciasto na białkach, drobne makarony, łazanki, jaja, nasiona roślin	Groszek ptysiowy, kluski francuskie, kładzione, grube makarony, łazanki, jaja, nasiona roślin strączkowych
Mięsa ryby, drób	Chude gatunki mięsa: wołowina, cielęcina, konina, mięso z królika, kurczęta, indyk, dorsz, szczupak, pstrąg, flądra	Mięsa tłuste: wieprzowina, baranina, mięso z gęsi, kaczki, dziczyzny, podroby, śledź, łosoś, węgorz, sardynki, potrawy smażone i pieczone
Sosy	Warzywne: pietruszkowy, pomidorowy, koperkowy, chrzanowy, mleczne, podprawiane zawiesiną mąki i mleka	Zasmażane na wywarach mięsnych, kostnych, grzybowych ze śmietaną, podprawiane żółtkiem
Warzywa	Marchew, dynia, kabaczki, pomidory, seler, pietruszka: gotowane, przetarte, podprawiane zawiesinami z mąki i kefiru, oprószane, surowe soki	Kapusta, kalafior, fasola szparagowa, groszek zielony, kalarepa, cebula, czosnek, pory, suche nasiona roślin strączkowych, ogórki, brukiew, rzepa, surówki
Ziemniaki	Gotowane w postaci puree, pieczone	Gotowane podawane w całości, smażone
Owoce	Jagodowe, cytrusowe, dzikiej róży, jabłka, śliwki, banan, brzoskwinie, morele, winogrona	Czereśnie, gruszki, figi, daktyle
Desery	Kisiele, galaretki mleczne, owocowe, kompoty przetarte, musy owocowe, bezy, suflety, soki owocowe, sucharki	Kremy, tłuste ciastka, torty, desery z użytkami, z dodatkiem żółtek, biszkopty na całych jajach, lody

D i B12, gdyż wielu starszym osobom trudno jest dostarczyć odpowiednią ilość tych składników tylko z pożywienia. Sugeruje, że starsze osoby powinny zmniejszyć ilość kalorii, jedząc więcej produktów bogatych w składniki odżywcze zamiast wysokoenergetycznych [24,25].

Wskazany model żywienia u osób w podeszłym wieku wydaje się dieta łatwostrawna. Przykładowe potrawy i produkty tej diety przedstawiono w tabeli I.

## Wyniki badań i ich analiza

Badanie zostało przeprowadzone w dwóch placówkach: Miejskim Domu Pomocy Społecznej (MDPS) oraz Domu Seniora (DS). Badaniu z zastosowaniem

ankiety poddano odpowiednio 30 i 28 pensjonariuszy z placówek. Charakterystyka pensjonariuszy została podana w tabeli II.

Kwestionariusze wypełnione zostały anonimowo w obecności i przy pomocy psychologa (większość pensjonariuszy to osoby w sędziwym wieku, schorowane, często zapadający na demencję).

W badaniu udział wzięło 30 osób (18 kobiet i 12 mężczyzn) w MDPS oraz 28 osób w DS (16 kobiet i 12 mężczyzn), (tabela 2). Ankietyowanych podzielono na 3 grupy wiekowe: od 60 do 74 lat, od 75 do 89 lat oraz grupę powyżej 90 lat. Ponad połowa respondentów jest w wieku od 60 do 74 rokiem życia (55 w MDPS i 62%

Tabela II. Charakterystyka pensjonariuszy i opieki pielęgniarskiej

Table II. Characteristics of residents and nursing care

Miejsce	Udział pensjonariuszy (%)		Liczba zatrudnionych pielęgniarek	Udział grup wiekowych (%)			Czas pobytu (lat)	
	Kobiety	Mężczyźni		wiek	MDPS	DS	>2	>1
MDPS	60	40	3	60-74	55	62	88	12
DS	53	47	2	75-89	29	32	75	15
				>90	16	6	kilka miesięcy	10

w DS) Grupa wiekowa między 75 a 89 rokiem życia obejmuje około 1/3 ankietowanych (odpowiednio 29 i 32%).

Okres przebywania pensjonariuszy był zróżnicowany w poszczególnych ośrodkach. W MDPS 88% badanych przebywa w ośrodku dłużej niż 2 lata a w DS 75%. Tylko 12 i 15% (odpowiednio w MDPS i DS) zamieszkuje ośrodek dłużej niż rok. W DS 10% nie przebywa w ośrodku dłużej niż kilka miesięcy.

Struktura wiekowa pensjonariuszy oraz czas ich przebywania był korzystniejszy w DS, gdyż pensjonariusze powyżej 90 roku życia stanowili 9% ogółu a 10% pensjonariuszy przebywało krótko w ośrodku, zaś w MDPS aż 16% stanowili pensjonariusze powyżej 90 roku życia i wszyscy przebywali w ośrodku co najmniej rok.

Liczba personelu medycznego zatrudnionego do obsługi pensjonariuszy była bardzo ograniczona odpowiednio 3 i 2 osoby w MDPS i DS, co potwierdza ogólnokrajowe braki w tym zakresie (zgodnie z zaleceniami powinna być zachowana proporcja 1:5-6 (1 pielęgniarka na 5-6 pensjonariuszy). Wiele czynności związanych z obsługą pensjonariuszy wykonywały osoby zatrudnione na innych stanowiskach [nie posiadające stosownego wykształcenia w zakresie opieki geriatrycznej] [17].

Osoby starsze bardzo często trafiają do domów opieki społecznej ze względu na brak opieki oraz występujące liczne choroby (tabela III). Świadczą o tym

Tabela III. Zdiagnozowane choroby u pensjonariuszy

Table III. Diagnosed diseases in residents

Choroby	MDPS (%)	DS (%)
Serca	63	59
Choroby stawów	55	34
Nadciśnienie tętnicze	52	72
Cukrzyca	42	64
Choroba Parkinsona	12	15
Choroby nowotworowe	7	17
Choroba Alzheimerera	2	5

następujące dane pensjonariuszy w MDPS i DS: na serce choruje odpowiednio 63 i 59% ankietowanych, problemy ze stawami ma praktycznie co druga osoba w MDPS (55%) i co trzecia w DS. Nadciśnienie tętnicze występuje odpowiednio u 52 i 72% pensjonariuszy, cukrzyca u 42 i 64%, choroba Parkinsona pojawia się u 12 i 15% badanych. W MDPS sporadycznie występują choroby nowotworowe (7%) oraz choroba Alzheimerera (2%). Znacznie więcej chorych na nowotwory i Alzheimerera odnotowano w DS (odpowiednio 17 i 5%). W związku z zapadalnością na powyższe choroby 97% w MDPS i 98% w DS badanych ma dostosowaną specjalną dietę.

Wszyscy pensjonariusze spożywają dziennie więcej niż 4 posiłki (tabela IV). Niespełna połowa w MDPS (45%) i 3/4 w DS (74%) nigdy nie miewa problemów z apetytem. Rzadko i często problem pojawia się odpowiednio u 22 i 26%, a zawsze u 11% pensjonariuszy w MDPS. Aż 93 i 98% pensjonariuszy nie otrzymuje preparatu na poprawę apetytu.

Na problemy z użyciem cierpi średnio co 3/4 pensjonariusz z MDPS (76%) i co drugi z DS (52%). Stąd też u tych osób wszystkie posiłki podawane są w formie płynnej.

Jeśli chodzi o wielkość posiłków aż 67% badanych z MDPS i tylko 13% z DS określa jako zbyt duże, a odpowiednio 33 i 87% za wystarczające. Mimo to ponad połowa pensjonariuszy z MDPS (59%) i 52% w DS zjada więcej niż 90%, a pozostała grupa (41 i 48%) spożywa więcej niż 50% serwowanych dań. Wysoki wskaźnik zjadanych posiłków wynika z ich smaku, który znaczna grupa badanych w MDPS (82%) a w DS tylko 64% określa jako często smaczne. 12% pensjonariuszy w MDPS ocenia smak dań jako często niesmaczny, a zaledwie 6% jako zawsze niesmaczny. W DS, aż 36% ocenia posiłki jako często niesmaczne.

Zbilansowana dieta jest bardzo ważna dla seniorów, ponieważ pomaga im zachować nie tylko dobrą kondycję, ale chroni często przed zapadalnością na liczne choroby. Z badań wynika, że w MDPS 65% badanych

Tabela IV. Ocena wyżywienia pensjonariuszy w badanych ośrodkach  
Table IV. Assessment of the nutrition of residents in the surveyed centers

Wyszczególnienie	MDPS	DS
Liczba posiłków	4	4
Problem z apetytem (%):		
– nie ma	45	74
– rzadko lub często	22	26
– stały	11	–
Udział osób, które nie otrzymują preparatu na poprawę apetytu (%)	93	98
Udział osób mających problemy z żęzieniem (%)	76	52
Ocena posiłków (%):		
– zbyt duże	67	13
– wystarczające	33	87
Spożycie podanej porcji posiłków (%):		
– >90% porcji	59	52
– >50% porcji	41	48
Ocena smakowitości posiłków (%):		
– smaczne	82	64
– często niesmaczne	12	36
– zawsze niesmaczne	6	–
Spożycie warzyw i owoców (%):		
– codziennie	65	56
– nie je w ogóle	30	24
– sporadycznie	5	20
Produkty mleczne w diecie (%):		
– codziennie spożywa	97	98
– nie spożywa	3	2
Produkty mięsne w diecie (%):		
– w większości codziennych posiłków	70	78
– nie znajduje ich w codziennej diecie	30	22
Zmiana wagi pensjonariuszy (%):		
– wzrost	70	37
– spadek	30	63
Poziom samopoczucia (%):		
– wzrost	36	22
– spadek	36	56
– brak zmiany	28	22
Ocena ośrodka przez pensjonariuszy (%):		
– poleca	92	30
– nie poleca	8	70

codziennie zjada porcję warzyw i owoców, zaś w DS udział ten jest niższy (56%). Niepokojące jest to że znaczna grupa pensjonariuszy w obu ośrodkach zjada owoce sporadycznie lub nie zjada ich w ogóle. Produkty mleczne znajdują się w diecie 97 i 98% ankietowanych, pozostali pensjonariusze nie korzystają z nich. 70 i 78% badanych ocenia, że produkty mięsne znajdują się w większości codziennych posiłków, natomiast pozostali nie znajduje ich w ogóle w swojej diecie. Ocena zmiany masy ciała wskazuje, że w MDPS 70% pensjonariuszy przyznało, że ich waga, od momentu trafienia do ośrodka pomocy społecznej, wzrosła a w DS. taki wzrost odnotowano tylko u 37%. natomiast u pozostałych pensjonariuszy masa ciała spadała, ale jak sami określali,

nie ma to związku z posiłkami i dietą, ale uciążliwymi chorobami wyniszczającymi organizm (np. choroba nowotworowa).

Podsumowując poziom samopoczucia u osób zamieszkujących w MDPS pensjonariusze ocenili, że wzrósł i zmalał u tej samej liczby (36%), natomiast 28% badanych stwierdziło, że ich nastrój od momentu trafienia do ośrodka nie uległ zmianie. I tak 92% ankietowanych poleciłoby Miejski Dom Pomocy Społecznej jako miejsce odpowiednie dla osób starszych i samotnych, ponieważ znaleźli w nim odpowiednią, fachową, a przede wszystkim całodobową opiekę, której brakowało im w domu rodzinnym. Ośrodek zapewnił im także świetne wyżywienie oraz rozrywkę. Tylko 8%

ankietowanych zdecydowanie nie poleciliby tego miejsca w ogóle. Badani zwracali uwagę na fakt, że nie chęci, ale trudna sytuacja życiowa (brak opieki spowodowany wyjazdem dzieci za granicę) zmusiła ich do skorzystania z usług domu opieki i nic nie jest w stanie zastąpić im rodziny. Mimo towarzystwa i zapewnianych rozrywek, czują się samotni.

Natomiast u osób zamieszkujących DS poziom samopoczucia zmalał u 56% pensjonariuszy, u 32% badanych nie uległ zmianie, a 22% stwierdziło, że ich nastrój od momentu trafenienia do ośrodka poprawił się. I tak tylko niecałe 30% ankietowanych poleciłoby Dom Seniora jako miejsce odpowiednie dla osób starszych i samotnych, ponieważ znaleźli w nim całodobową opiekę, której brakowało im w domu rodzinnym oraz towarzystwo i rozrywkę. Natomiast liczna grupa, bo aż 70% ankietowanych zdecydowanie nie poleciliby tego miejsca w ogóle. Badani zwracali uwagę na fakt, że pomimo rozrywki i towarzystwa czują się samotni, że brakuje im domowej atmosfery, w której mogliby zapomnieć o obecnej sytuacji. Smak i jakość podawanych potraw mogłyby być na wyższym poziomie.

## Podsumowanie

Z przeprowadzonej analizy wynika, że powody, dla których starsi ludzie zamieszkują domy pomocy społecznej są bardzo podobne: postępująca choroba, brak całodobowej opieki, samotność, niemożność uporania się z domowymi obowiązkami, stwarzanie dla siebie w otoczeniu potencjalnego zagrożenia (zapominanie o włączeniu kuchenki, przeterminowana żywność w lodówce, itp.). Ważnym faktem jest to, że jakość świadczonych usług przez tego typu placówki uzależniona jest od jej statusu, tzn. czy jest to placówka społeczna czy prywatna.

Na przykładzie badań przeprowadzonych w powyższych domach opieki widać wyraźnie, jak dwie pozornie tożsame instytucje różnią się od siebie i jak bardzo jakość świadczonych przez nie usług wpływa na samopoczucie oraz stan fizyczny pensjonariuszy. Mieszkańcy MDPS (placówki społecznej) czują się zaopiekowani pod każdym względem. Zapewniona została im nie tylko rozrywka oraz towarzystwo osób w podobnym wieku, ale przede wszystkim profesjonalna i całodobowa opieka pielęgnacyjna i medyczna. Seniorzy są pod stałą kontrolą lekarza, ale przede wszystkim dietetyka, który dostosowuje jadłospis do indywidualnych potrzeb pacjentów. Choroby, które dotyczą osoby starsze, uniemożliwiają prowadzenie standardowej diety. Dlatego tak ważne

jest, aby pensjonariusze byli pod stałą opieką dietetyka, a dobrze zorganizowana kuchnia przestrzegająca ścisłych jego zaleceń podczas przygotowywania posiłków. Tych właśnie elementów brakuje w przypadku DS (placówka prywatna).

Kolejną istotną kwestią, obok samej opieki związanej ze współpracą z dietetykiem, jest odpowiednie dostosowanie konsystencji potraw do potrzeb osób starszych, szczególnie tych, którzy mają problemy z użębieniem. Pensjonariusze z DS, bardzo często zamieszczali adnotacje dotyczące zbyt małej ilości posiłków w formie płynnej lub też zbyt monotonnego jedzenia serwowanego w tenże sposób (najczęściej podawano zupy mleczne, koktajle na bazie jogurtu, maślanki, kefiru). Niestety trudno w tym miejscu mówić o dobrze zbilansowanej diecie, w której widać ewidentny brak warzyw oraz produktów mięsnych. Osoby przyjmujące posiłki w formie płynnej uskarżały się na brak apetytu oraz deklarowały spożywanie posiłków tylko 3 razy dziennie. Co ważne posiłki nie były także zjadane w 100%. W konsekwencji sytuacja ta doprowadziła do spadku samopoczucia oraz masy ciała u tej grupy pensjonariuszy.

Podsumowując należy stwierdzić, że żywienie osób starszych po 60-tym roku życia w domach opieki społecznej uzależnione jest ściśle od struktury organizacyjnej samej placówki, nie tylko jej wyposażenia, ale przede wszystkim personelu sprawującego opiekę nad mieszkańcami. Dlatego w placówkach prywatnych należałoby także zwrócić uwagę, aby placówki tego typu podlegały tak samo rygorystycznym kontrolom oraz zatrudniały odpowiednio wykwalifikowany personel do opieki nad osobami w podeszłym wieku. Pensjonariusze nie szukają w tego typu domach jedynie rozrywki i poczucia bliskości, ale przede wszystkim fachowej i profesjonalnej opieki, która umożliwi im, mimo licznych chorób, dożyć sędziwego wieku.

Konflikt interesów / Conflict of interest  
Brak/None

Adres do korespondencji / Correspondence address

✉ Barbara Krzysztofik

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Krośnie  
ul. Dmochowskiego 12, 38-400 Krosno

☎ (+48 13) 437 55 00

✉ krzysztofikb@gmail.com

**Piśmiennictwo/References**

1. Kocemba J, Grodzki T. Zarys Gerontologii Klinicznej. Wydawnictwo Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego Uniwersytetu Jagiellońskiego Kraków 2000.
2. Galus K, Kocemba J. MSD podręcznik geriatrii. Wydawnictwo Urban & Partner Wrocław 1999.
3. Hayflick L. Jak i dlaczego się starzejemy. Wydawnictwo „Książka i Wiedza” Warszawa 1998.
4. Galus K. Geriatria. Wybrane zagadnienia. Wydawnictwo Elsevier Urban& Partner Wrocław 2007.
5. Kolanowski W. Żywność a choroby cywilizacyjne i starzenie się organizmu. Żywność, Żywnienie, Prawo A Zdrowie 2000;3(3):11-319.
6. Knypl K. Wpływ jonów magnezu, wapnia i potasu na układ krążenia. Geriatria Polska 2005;1(2):65-8.
7. Wądołowska L, Cichon R, Słowińska M, Waluś A. Realizacja zaleceń piramidy prawidłowego żywienia oraz spożycie produktów Mlecznych przez osoby starsze. Żywnienie Człowieka i Metabolizm 2002;29(1/2):43-55.
8. Wiśniewska-Roszkowska K. Geriatria. Wydawnictwo PZWL 1997.
9. Grodzicki T, Kocemba J, Skalska A. Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. Wydawnictwo VIA MEDICA 2006.
10. Pedich W, Żakowska-Wachelko B. Podręcznik geriatrii dla lekarzy. Wydawnictwo PZWL 1988.
11. Banach M. Rola statyn w leczeniu chorób układu krążenia u osób w podeszłym wieku. Geriatria Polska 2005;1:9-21.
12. Kupisz-Urbańska M, Broczek K, Mossakowska M. Ocena sprawności ruchowej polskich stulatków- wybrane zagadnienia. Gerontologia Polska 2006;14(1):36-40.
13. Robinson F. Korzystny wpływ odpowiedniego odżywiania na zdrowie w procesie starzenia, Brytyjska Fundacja ds. Wyżywienia 2018.
14. Ożga E, Małgorzewicz S. Ocena odżywiania osób starszych, Geriatria Polska 2013;7:1-6.
15. <http://www.z-pamietnika-dietetyka.pl/2015/02/zywnienie-osob-starszych.html>.
16. Stachoń A.J. Jak się starzejemy. Wszechświat 2006;107(1-3):24-7.
17. <https://www.infor.pl/prawo/prawa-seniora/opieka-nad-seniorem/3081530,Wyzsze-standardy-opieki-w-prywatnych-placowkach-od-2020-r.html>.
18. <http://dietetycy.org.pl/zywnienie-geriatrii/>.
19. <http://zdrowsze-zywnienie.blog.onet.pl/2015/07/30/prawidlowe-zywnienie-w-dps-znaczenie-prawidlowego-zywnienia-w-domach-pomocy-spoecznej-na-terenie-województwa-podkarpackiego/>.
20. <http://mdps.rybnik.pl>.