

Katarzyna Szczerbińska

## EDUKACJA OSÓB STARSZYCH W ZAKRESIE ZDROWEGO ODŻYWIANIA SIĘ

Właściwe zachowania żywieniowe powinny być stosowane od najwcześniejszych lat życia. Wówczas odnoszą one pożądany skutek, istotnie zwiększając potencjał zdrowia osób wchodzących w okres starości. Pewne modyfikacje sposobu odżywiania się są wskazane również w tym okresie, a ich celem jest dostosowanie żywienia do zmian metabolicznych związanych z wiekiem, zmniejszoną aktywnością fizyczną i schorzeniami. Edukacja osób starszych w tym zakresie jest możliwa i skuteczna pod pewnymi warunkami, które omówiono w niniejszym rozdziale.

Począwszy od lat 90. XX wieku w Polsce zaobserwowano stopniowe zmniejszanie się wskaźników umieralności z powodu choroby niedokrwiennej serca. Jedną z przyczyn tego zjawiska jest zmiana struktury spożycia tłuszczów oraz wzrost spożycia świeżych warzyw i owoców (Zatoński, McMichael, Powles, 1998; Sikora, Pysz, Leszczyńska, 2009). Zdrowe zachowania żywieniowe nie tracą na znaczeniu w podeszłym wieku, poprawiając rokowanie co do zdrowia i życia starszych ludzi. W wyniku projektu HALE (Healthy Ageing: Longitudinal Study in Europe) wykazano, że zastosowanie się do czterech zaleceń zdrowego stylu życia: diety śródziemnomorskiej, umiarkowania w spożyciu alkoholu, utrzymywania aktywności ruchowej i niepalenia tytoniu, zmniejsza o połowę ryzyko zgonu u osób w wieku 70–90 lat (Knoops, de Groot, Kromhout, 2004). Analiza przeżycia osób starszych, przeprowadzona w ramach longitudinalnego badania SENECA (Survey in Europe on Nutrition and the Elderly: Concerted Action) doprowadziła do podobnych wniosków w odniesieniu do osób starszych również w Polsce – niezdrowy tryb życia: palenie tytoniu, jakościowo złe odżywianie się (w ocenie Mediterranean Diet Score), mała aktywność fizyczna zwiększają umieralność od 1,2 do 2,1 razy (Haveman-Nies, de Groot, Staveren, 2003). Badania Anderson i współpracowników, którzy porównywali zachowania żywieniowe i 10-letnie przeżycie osób w wieku 70–79 lat, dowiodły z kolei, że u osób spożywających słodkie i desery względne ryzyko zgonu było większe o 37% w porównaniu z ludźmi w podobnym wieku spożywającymi tzw. zdrowe produkty (owoce, warzywa, drób, ryby, produkty zbożowe oraz produkty mleczne o ograniczonej zawartości tłuszczu). Większe spożycie wymienionych produktów powiązane było

z lepszym stanem odżywienia, wyższą jakością życia i dłuższym czasem przeżycia osób starszych (Anderson i in., 2011). Dlatego warto podejmować działania promujące zdrowy sposób odżywiania się wśród ludzi w starszym wieku, którzy, jak potwierdzają również polskie badania, są zdolni do zmiany swoich nawyków żywieniowych (Szczerbińska i in., 2011).

Zmiana stylu życia osób w podeszłym wieku wydaje się trudna z powodu utrwalonych nawyków i licznych barier: zdrowotnych, psychologicznych, edukacyjnych, społecznych, ekonomicznych i organizacyjnych. W Polsce osoby starsze odnoszą się z większą rezerwą do nowych produktów, żywności specjalnie przetworzonej, tzw. żywności funkcjonalnej (ang. *functional food*), i rzadziej niż osoby młodsze spożywają produkty wzbogacone witaminami, mikroelementami lub probiotyczne (jogurty z żywymi kulturami bakteryjnymi, kwaśne mleko) (20% badanych osób starszych vs 34% młodych). Ludzie w podeszłym wieku pomimo większej świadomości powikłań zespołu metabolicznego rzadziej deklarują chęć zmiany sposobu odżywiania się. Wolą brać lekarstwa niż podejmować wysiłek w kierunku zmiany stylu życia czy sposobu odżywiania (Wądołowska i in., 2009). Zachowują się tak, ponieważ najczęściej nie wiedzą, w jaki sposób mogą poprawić stan swojego zdrowia, i nie wierzą, że w ich wieku poprawa stylu życia w wyniku zmiany sposobu odżywiania się i wzrostu aktywności fizycznej może mieć korzystny wpływ na ich zdrowie. Nie bez znaczenia jest również koszt zdrowej żywności. W cytowanym badaniu około 20% badanych osób starszych obawiało się kosztów związanych z podejmowaniem działań na rzecz zmiany stylu życia.

Zmiana stylu życia w starszym wieku jest możliwa, wymaga jednak szczególnego podejścia i przemyślanej strategii. Na podstawie licznych badań skuteczności programów edukacyjnych dotyczących żywienia wykazano, że sam wiek nie stanowi ograniczenia w przyswajaniu wiedzy na ten temat. Szkolenia ograniczające się do dostarczenia wiedzy i wyćwiczenia określonych umiejętności okazały się natomiast nieskuteczne, a ich rezultaty krótkotrwałe (Sahyoun, Pratt, Anderson, 2004). Podkreśla się, że edukacja żywieniowa nie powinna zawęzać się do instruktażu. Zwykle wymaga stosowania różnych metod dydaktycznych i współpracy interdyscyplinarnej zwłaszcza z lekarzem, pielęgniarką, fizjoterapeutą i psychologiem. Co więcej, wykazano, że powinna być wspomagana przez inne działania zmierzające do zmiany czynników środowiskowych, które wpływają na sposób odżywiania się danej osoby. Dotyczy to szczególnie osób starszych, których zachowania zdrowotne są uwarunkowane rodzajem schorzeń przewlekłych, poziomem niepełnosprawności skutkującej trudnościami w przygotowaniu posiłków, sytuacją materialną i poziomem wsparcia społecznego, poziomem wykształcenia i możliwościami uczenia się.

Wychodząc z założenia, że każda osoba stanowi integralną część środowiska społecznego i fizycznego, Sahyoun i współpracownicy (2004) zapropono-

nowali połączenie podejścia indywidualnego ze środowiskowym w edukacji żywieniowej osób starszych. Opracowany przez nich ekologiczny model interwencji dietetycznej w podeszłym wieku uwzględnia wpływy środowiska społecznego (rodziny, przyjaciół i innych osób, uwarunkowań kulturowych) oraz środowiska fizycznego (tzn. warunków bytowych w miejscu zamieszkania i w najbliższym otoczeniu) na sposób odżywiania się osoby starszej i zmianę jej dotychczasowych zachowań. Zachowania osób w podeszłym wieku w większym stopniu podatne są na wpływy środowiska z powodu ich niesamodzielności (decyzje dotyczące sposobu odżywiania często podyktowane są warunkami życia, rzadziej są wyrazem preferencji osoby starszej). Podejście indywidualne obejmuje dostosowanie interwencji edukacyjnej do stanu zdrowia, sprawności fizycznej, kondycji psychicznej, statusu społecznego i ekonomicznego pacjenta oraz jego możliwości intelektualnych. Sahyoun i współpracownicy (2004) wskazują na konieczność analizy i modyfikacji tych uwarunkowań w ramach programów szkoleń dietetycznych.

Czynniki społeczno-demograficzne mogą zwiększać ryzyko niedostatecznej podaży pożywienia w wieku podeszłym. Najczęściej na niedostatek pożywienia są narażone osoby w wieku 60 lat i więcej, owdowiałe lub rozwiedzione, posiadające niskie wykształcenie i, co za tym idzie, niskie dochody (lub ich brak) oraz osoby należące do mniejszości etnicznych (Bowman, 2007). Wykazano, że samotne zamieszkiwanie osób starszych bez względu na płeć sprzyja ograniczeniom w spożywaniu posiłków (American Dietetic Association, American Society of Nutrition, and Society for Nutrition Education, 2010). Spożywanie posiłków w samotności skłania do zmniejszenia ich liczby i objętości (Sahyoun, 2002), a obniżenie nastroju lub depresja mogą pogłębiać tę sytuację, prowadząc do izolacji społecznej, zmniejszenia zaangażowania w życie rodzinnym i społecznym, pogorszenia samopoczucia i utraty apetytu (Engel i in., 2011). Osłabienie łaknienia w przebiegu depresji ściśle z kolei wiąże się ze zmniejszeniem masy ciała i niedożywieniem osób starszych (Wilson i in., 2005; Donini, Savina, Cannella, 2003). Ubóstwo i niepewność ekonomiczna są głównymi przyczynami niedostatku pożywienia. Kobiety w podeszłym wieku, jako osoby mające przeciętnie niższe niż mężczyźni dochody i wykształcenie oraz częściej mieszkające samotnie, są bardziej narażone na głodowanie lub spożywanie „niepewnej” żywności (tzn. nieświeżej, zepsutej lub produkowanej w złych warunkach albo z niewłaściwych produktów) (Locher i in., 2008). Dzieje się tak, pomimo że ogólnie starsze kobiety prezentują zachowania mniej ryzykowne niż mężczyźni, na przykład częściej myją ręce przed przygotowywaniem posiłku, przywiązują większą wagę do właściwego przechowywania żywności (w lodówce) i unikają spożywania nieświeżej lub ryzykownej żywności (surowych jaj lub niedosmażonego mięsa) (Anderson, Verrill, Sahyoun, 2011).

Jednocześnie wykazano, że osoby starsze są ostrożniejsze – rzadziej niż ludzie w młodszym wieku decydują się na spożycie posiłków, które mogłyby im zaszkodzić. Prawdopodobnie z powodu obawy przed zachorowaniem osoby starsze częściej przywiązują wagę do zdrowego odżywiania się (Pieniak, Verbeke, Scholderer, 2010). Na ich wybory w trakcie zakupów żywności niewątpliwie wpływa poziom wykształcenia (ang. *literacy*), który pozytywnie koreluje z częstością czytania przez nie etykiet na produktach spożywczych (Satia, Galanko, Neuhouser, 2005). Wykazano, że osoby posiadające wyższe wykształcenie mają lepszą znajomość znaczenia spożywania ryb dla zdrowia i częściej zdrowo się odżywiają (Pieniak, Verbeke, Scholderer, 2010). Interpretując te zachowania, należy również pamiętać o różnicach kulturowych, na przykład w Finlandii i Szwecji spożycie probiotycznych produktów mlecznych jest najwyższe w Europie (odpowiednio 91,6% i 55,9% badanych osób w populacji tych krajów), a w Belgii jest zupełnie niepopularne (5% badanych) (Ozen, Pons, Tur, 2010).

Nadine R. Sahyoun (2002) wymienia wiele czynników społecznych, które mogą modyfikować sposób odżywiania się. Ich wpływ zwykle nakłada się na sytuację ekonomiczną i stan zdrowia, które wspólnie przyczyniają się do spożywania przez starsze osoby pokarmów o dobrej lub złej jakości. Na przykład ograniczenie sprawności, zaburzenia wzroku, słuchu mogą prowadzić do izolacji fizycznej i społecznej oraz do trudności w robieniu zakupów i przygotowywaniu posiłków. Zdarza się, że choroby zębów i jamy ustnej utrudniają spożywanie niektórych potraw, co ogranicza wybór żywności i sprawia, że posiłki stają się monotonne. Ma to istotne znaczenie, ponieważ urozmaicenie składu pożywienia korzystnie oddziałuje na łaknienie osób w podeszłym wieku i chroni je przed niedożywieniem (Niedźwiedzka, Wądołowska, 2010). Podobnie stan psychiczny i upośledzenie funkcji poznawczych mogą odgrywać pewną rolę w sposobie odżywiania się – w wyniku pojawiania się w przebiegu chorób psychicznych i otępienia, niedbałości o własne zdrowie, obojętności i lekceważenia zaleceń dietetycznych, nadmiernego łaknienia lub jego braku. Podkreśla się, że uczenie osób starszych właściwego odżywiania się nie może być prowadzone w oderwaniu od sytuacji życiowej i zdrowotnej, w której się znajdują. Dlatego edukacja osób starszych powinna być poprzedzona wywiadem w celu ustalenia tych uwarunkowań.

Zmiana stylu życia osób w starszym wieku zwykle jest wyzwaniem dla personelu medycznego. Przegląd badań dotyczących interwencji edukacyjnych z zakresu żywienia osób starszych wskazuje na kilka istotnych cech, które decydują o ich skuteczności (Sahyoun, Pratt, Anderson, 2004). Szkolenie nie powinno być przeładowane informacją. Najlepiej gdy główne przesłanie jest ograniczone do jednej lub dwóch prostych, praktycznych wiadomości, odpowiadających na specyficzne potrzeby osób edukowanych; towarzyszy

mu wzmacnianie i personalizowanie przekazu oraz prowadzenie zajęć w formie praktycznych ćwiczeń. Na przykład w wypadku konieczności ograniczenia sodu w diecie osób chorych na nadciśnienie tętnicze należy wskazać listę produktów, których trzeba unikać z powodu wysokiej zawartości sodu, i podać konkretne sposoby ograniczania sodu w diecie, jak chociażby gotowanie ziemniaków i jarzyn na parze, doprawianie potraw ziołami, pieprzem, cytryną (Colson, Green, 1991). Podkreśla się znaczenie ułatwienia dostępu pacjentów do poradnictwa prowadzonego przez dietetyków, zapewnienia pacjentom regularnych kontaktów z nimi oraz stosowania właściwych metod edukacyjnych, w tym technik motywowania pacjentów. Umiejętność sprawnego komunikowania się interpersonalnego (w tym nawiązywania i podtrzymywania dobrej relacji) oraz dostosowanie formy, treści i sposobu przekazu do ograniczeń pacjenta wydają się podstawowe w procesie edukowania (Wilczek-Rużyczka, Malinowska-Cieślik, 2010). Stwierdzono, że pacjenci w starszym wieku rzadziej rezygnują z udziału w programach edukacyjnych, gdy stosowane są różnego rodzaju zachęty oraz wzmocnienia głównego przekazu interwencji (Miller i in., 2002a; Miller i in., 2002b; Bernstein i in., 2002). Aktywna relacja interpersonalna pomiędzy pacjentem a pracownikiem medycznym (również dietetyczką/dietetykiem), który zachęca, ułatwia i pomaga pacjentowi pokonywać bariery i trudności związane ze zmianą zachowania, istotnie wpływają na skuteczność edukacji zdrowotnej (Taylor-Davis i in., 2000). Podkreśla się, że lepsze rezultaty można uzyskać, jeśli pacjenta traktujemy po partnersku i, po wytłumaczeniu zasad zdrowego odżywiania się, uczymy go samokontroli w tym zakresie. Wspólnie z nim ustalamy cel, jakim jest zmiana dotychczasowych nawyków żywieniowych, oraz taktykę dochodzenia do niego (Sahyoun, Pratt, Anderson, 2004). Wyznaczony cel nie może być zbyt wygórowany – musi być osiągalny dla pacjenta. Następnie krok po kroku zlecamy kolejne zadania i sprawdzamy poprawność ich wykonania, wychwytyjemy błędy postępowania i korygujemy. W ten sposób stopniowo można poszerzać zakres samokontroli. Pacjent, który posiadał nowe umiejętności, zaczyna wierzyć, że potrafi się zmienić. Po kolejnych udanych próbach zmiany swoich zachowań ma poczucie wpływu na swój stan i odczuwa większe zadowolenie z siebie.

Mary Meck Higgins, komentując przedstawiony przez Sahyoun i współpracowników model edukacji dietetycznej osób starszych, zauważa, że w interwencjach edukacyjnych należy poświęcać więcej uwagi czynnikom, których oddziaływanie wyjaśniają teorie zmiany zachowań zdrowotnych (Higgins, 2004). Teorie te tłumaczą procesy społeczno-poznawcze oraz czynniki decydujące o pojawieniu się i realizacji intencji zmiany (Gromulska, Piotrowicz, Cianciara, 2009). Znajomość tych teorii może znacząco pomóc pracownikom medycznym w zrozumieniu zachowań zdrowotnych pacjentów i motywowaniu ich do zmiany. Poznanie metod stosowanych w edukacji zdrowotnej pacjenta,

które opierają się na wspomnianych teoriach, wyposaża z kolei pracowników w skuteczne narzędzia oddziaływania. Biorąc pod uwagę to, że głównym celem szkoleń dietetycznych jest zmiana zachowań zdrowotnych, niezwykle przydatna okazuje się umiejętność oceny przekonania, intencji i stopnia przygotowania pacjenta do takiej zmiany. Diagnoza zachowań zdrowotnych w kontekście analizy postaw osób starszych wobec zdrowego odżywiania się, częstości przejawiania zachowań antyzdrowotnych oraz gotowości do ich zmiany może skutecznie ułatwić proces zmiany dotychczasowych nawyków żywieniowych na korzystne dla zdrowia.

Często najważniejszym czynnikiem motywującym do zmiany wcześniejszych zachowań jest pojawienie się choroby. Motywowanie osoby zdrowej do zmiany zachowań zdrowotnych jest zwykle trudne. Dlatego obecność lub zagrożenie chorobą są skutecznie wykorzystywane w edukacji zdrowotnej. Tłumaczy to model przekonań zdrowotnych (HBM – ang. *health belief model*), według którego punktem wyjścia zmiany zachowania jest przekonanie o osobistym narażeniu na zachorowanie oraz o poważnych konsekwencjach choroby (Strecher, Rosenstock, 1997). Rozważanie zmiany zachowania poprzedzone jest szacowaniem potencjalnych korzyści i trudności związanych z taką zmianą, czemu towarzyszy oczekiwanie, że korzyści przewyższą przeszkody. Ostatecznie pacjent podejmuje zmianę zachowania zależnie od oceny własnej skuteczności, czyli od poczucia, czy potrafi sprostać zadaniu (tabela 1). Według Bandury (1976) poczucie samoskuteczności jest najistotniejsze dla zapoczątkowania zmiany zachowania i następnie jego podtrzymywania. Osoby przekonane o własnej skuteczności częściej posiadają wysoką samoocenę, samoakceptację i nastawienie optymistyczne, co łączy się z wewnętrznym umiejscowieniem kontroli i poczuciem posiadania wpływu (Juczyński, 2001).

Tabela 1  
Przykłady poczucia własnej skuteczności pacjentów

Poziom poczucia własnej skuteczności	
0	Nie wierzę, że kiedykolwiek się odchudzę.
1	Nie wierzę, że się odchudzę.
2	Myślałam, żeby się odchudzić, ale nie mam siły tego zrobić.
3	Wierzę, że kiedyś zacznę się odchudzać, ale jeszcze nie teraz.
4	Odchudzanie mogę zaczynać od dzisiaj. Wierzę, że mi się uda.

Źródło: opracowanie na podstawie teorii samoskuteczności Bandury.

Model HBM znajduje szczególne zastosowanie w edukacji osób starszych w zakresie zdrowego odżywiania się, ponieważ trafnie tłumaczy zachowania związane z chorobą. Osoby w starszym wieku częściej decydują się na modyfikację swoich nawyków żywieniowych pod wpływem objawów pojawiających się w przebiegu chorób przewlekłych. Model HBM zakłada, że na zachowania zdrowotne pacjentów wpływa ich sposób postrzegania konsekwencji choroby oraz podatności na zachorowanie. Odnosząc to do sposobu odżywiania się, pacjent może nie być świadomy, że spożywanie określonych produktów szkodzi mu, może mieć mylne przekonanie o ich korzystnym wpływie lub uważać, że nie mają one wpływu na jego zdrowie. Znamy wiele przykładów błędnej interpretacji zaleceń żywieniowych, na przykład chorzy na cukrzycę piją soki owocowe przekonani, że nie zawierają cukru, lub uważają, że mogą jeść nieograniczoną ilość owoców. Zdarza się, że osoby dorosłe mają przewlekłe biegunki i traktują je jako wynik błędów dietetycznych, tymczasem nie dopuszczają myśli, że przyczyną może być na przykład przewlekła niewydolność trzustki lub inna choroba. Czasem pacjenci bagatelizują konieczność respektowania zaleceń dietetycznych (na przykład cukrzyk spożywający alkohol) lub ignorują potencjalne skutki niewłaściwego odżywiania się, jakimi są chociażby powikłania otyłości, wzrost ryzyka zachorowania na raka jelita grubego lub spadek odporności w wyniku niedożywienia.

Zasadniczym sposobem korygowania tych postaw jest dostarczenie pacjentowi wiedzy na temat choroby i sposobu żywienia, modyfikowanie sposobu myślenia lub reinterpretacja objawów, nauczenie określonych umiejętności (na przykład przygotowania właściwych posiłków, układania jadłospisu), podawanie przykładów osób, które poradziły sobie z podobnym problemem (modelowanie) oraz perswazja (na przykład przekonywanie pacjenta, że sobie poradzi). W tym celu w trakcie wywiadu należy ustalić stan wiedzy i świadomości skutków określonych nawyków żywieniowych w kontekście stanu zdrowia i istniejących schorzeń.

Wykazano, że łatwiej można zmotywować do zmiany nawyków żywieniowych pacjentów cierpiących na określone schorzenia (to jest odczuwających dolegliwości w związku z chorobą) niż osoby nieodczuwające żadnych dolegliwości. Pacjenci, którzy poszukują informacji i sami zgłaszają się po poradę dietetyczną do lekarza lub dietetyczki, zwykle są bardziej zmotywowani i skuteczniej zmieniają swój sposób odżywiania się (Marcus i in., 2001).

W ostatnich latach stosowano wiele różnych koncepcji teoretycznych do projektowania interwencji edukacyjnych z zakresu żywienia. Spośród nich najbardziej skuteczne okazały się te, w których osoby starsze musiały określić swoją gotowość do zmiany i ustalić cele szkolenia, na przykład w ramach nauki samokontroli (ang. *self-management*), oraz praktycznie przećwiczyć nowe umiejętności (Sahyoun, Pratt, Anderson, 2004). W edukacji zmiany stylu życia

pomocny okazał się transteoretyczny model zmiany zachowań (TTM – ang. *trans theoretical model*), który zakłada, że zmiana zachowań zdrowotnych dokonuje się fazowo, począwszy od nieuświadamiania sobie problemu i nieplanowania zmiany zachowania (ang. *precontemplation*) przez uświadomienie sobie problemu i zastanawianie się nad zmianą zachowania (ang. *contemplation*), robienie przygotowań w celu zmiany zachowania na zalecane (ang. *preparation*), podjęcie działań związanych z nowym zachowaniem (ang. *action*), a skończywszy na regularnym przejawianiu i podtrzymywaniu zalecanego zachowania (ang. *maintenance*) (Prochaska, Di Clemente, 1983; Prochaska, Refdding, Evers, 1997) (tabela 2). Ostatnią fazą zmiany zachowania jest zakończenie (ang. *termination*), które w wypadku pewnych zachowań zdrowotnych nigdy nie następuje, co oznacza, że zawsze może dojść do nawrotu złych nawyków (Prochaska, Velicer, 1997). Na przykład ta faza nie występuje w wypadku zachowań związanych ze zmianą odżywiania się i aktywności fizycznej (Prochaska, Refdding, Evers, 1997).

Tabela 2

Wyjaśnienie kolejnych faz zmiany zachowań zdrowotnych pacjentów w modelu transteoretycznym

Fazy zmiany zachowań zdrowotnych pacjentów	
Nieuświadamianie sobie problemu	Pacjent nie jest świadomy problemu, zaprzecza mu, nie myśli o tym i nie ma zamiaru zmieniać zachowania.
Uświadomienie sobie problemu	Pacjent uświadamia sobie problem, wie, że go dotyczy, ale nie jest przekonany o pilnej potrzebie zmiany swojego zachowania. Być może podejmie ją kiedyś w przyszłości.
Przygotowanie	Pacjent ma przekonanie o potrzebie zmiany zachowania i przygotowuje się do tej zmiany. Ma zamiar podjąć ją wkrótce.
Działanie	Pacjent podjął decyzję i realizuje działania związane ze zmianą zachowania. Nowe zachowanie nie jest jeszcze utrwalone i nie towarzyszy mu silne przekonanie o własnej skuteczności.
Podtrzymywanie nowego zachowania	Pacjent przejawia nowe zachowanie przez co najmniej pół roku. Jest przekonany o swojej skuteczności, ale nadal musi się starać, podejmuje wysiłki, by nie powrócić do poprzedniego zachowania.

Źródło: opracowanie na podstawie teorii TTM (Prochaska, Di Clemente, 1983; Prochaska, Refdding, Evers, 1997).



Przez uświadomienie sobie problemu/zagrożenia dla zdrowia oraz poznanie przyczyn i skutków dokonuje się zmiana przekonań i postawy wobec zalecanego zachowania. Świadomość kształtuje się wskutek oceny, w jakim stopniu dany problem jest ważny i groźny dla zdrowia określonej osoby. Zanim pacjent podejmie decyzję o wprowadzeniu zmian w jadłospisie, szacuje trudności, bariery i korzyści oraz zyski związane ze zmianą dotychczasowego trybu życia. Następnie ocenia własną skuteczność, zdolność przejawiania zalecanego zachowania i przechodzi do działania. W kolejnych fazach (działania i podtrzymywania nowego zachowania) potrzebne jest wsparcie społeczne i ciągłe wzmacnianie nowego zachowania, ponieważ zwłaszcza na początku istnieje ryzyko regresu i powrotu do starych nawyków.

Skuteczność programów promocji zdrowia ukierunkowanych na zmiany zachowań zdrowotnych zależy od właściwego adresowania komunikatów edukacyjnych zależnie od poziomu intencji odbiorców tych treści. Opisany model proponuje dostosowanie metod edukacyjnych odpowiednio do fazy zmiany zachowania, w której znajduje się osoba edukowana (Prochaska, Refdiding, Evers, 1997). W każdej z wymienionych faz stosuje się różne, i często inne, techniki, które mają ułatwić przejście w kierunku ostatniego stadium – utrwalenia nowego zachowania. Dlatego znajomość tych faz wydaje się podstawowa również w planowaniu zmiany sposobu odżywiania się pacjenta. Zanim udzielimy porady, należy ocenić stopień gotowości pacjenta do zmiany zachowań żywieniowych. Jeśli jest on nieświadomy problemu (to znaczy w początkowej fazie zmiany), należy dostarczyć mu informacji na temat zasad prawidłowego żywienia stosownie do stanu jego zdrowia i uświadomić, że problem jego dotyczy i jest dla niego ważny. W kolejnych fazach trzeba zmieniać przekonania i postawę pacjenta oraz przede wszystkim wzmocnić poczucie jego własnej skuteczności, by potrafił pokonać trudności związane ze zmianą nawyków żywieniowych i ich utrzymania.

We wcześniejszych fazach zmiany zachowań stosowane są głównie metody, w których wykorzystuje się znajomość procesów poznawczych (to znaczy opartych na doświadczeniu) (ang. *experiential processes*) (Prochaska, Refdiding, Evers, 1997). Mają one na celu zmianę postrzegania, przekonań, wzmocnienie świadomości zagrożenia. Wśród nich wymienia się:

- zwiększanie świadomości (ang. *consciousness raising*) przez informowanie, przypominanie, konfrontowanie, interpretowanie informacji już znanych, na przykład o powikłaniach otyłości;
- społeczne ułatwienia (ang. *social liberation*) – polegają na tworzeniu społecznych możliwości, które ułatwiają zmianę, na przykład ułatwienie dostępu do konsultacji dietetyka, otwarcie jadłodajni ze zdrową żywnością, dotowanie zdrowej żywności;

- gwałtowne oczyszczenie (ang. *dramatic relief*) – wywoływanie silnej reakcji, która zwykle wiąże się z negatywną emocją (lękiem, smutkiem, zmartwieciem) na skutek pojawienia się informacji lub faktu o wstrząsającej treści, na przykład emocjonalna reakcja na artykuł w prasie na temat amputacji kończyn jako powikłania cukrzycy;
- ponowną samoocenę (ang. *self-re-evaluation*) – polega na dostrzeganiu przez pacjenta zarówno swoich zachowań, które wymagają zmiany, jak również własnych postępów w procesie tej zmiany; skutkiem takiego oddziaływania może być doświadczanie zadowolenia z siebie, gdy poprawiła się sylwetka w wyniku diety niskokalorycznej, ustąpiło zapalenie atopowe skóry w wyniku zmiany diety itp.;
- ponowną ocenę środowiska (ang. *environment re-evaluation*) – polega na analizowaniu problemu w kontekście oddziaływania na najbliższe otoczenie danej osoby, na przykład przez rozważenie wpływu choroby/problemu pacjenta na innych (otyłość stanowi obciążenie fizyczne dla opiekunów, dzieci wstydzą się matki, wnuki – babci, leczenie chorób będących skutkiem braku stosowania się do diety kosztuje itp.).

W późniejszych fazach zmiany zachowania stosuje się metody oparte na procesach behawioralnych, które mają pomóc w dokonaniu się samej zmiany i utrwaleniu zalecanego zachowania. Polegają one na stosowaniu różnego rodzaju wzmocnień oraz wsparcia społecznego i obejmują:

- samouwolnienie (ang. *self-liberation*) – wiąże się z budowaniem w pacjencie wewnętrznego przekonania, że jest zdolny do zmiany zachowania, oraz pewności, że pomimo trudności może sobie poradzić, na przykład pacjent jest przekonany, że wytrwa w programie redukcji masy ciała i będzie regularnie ćwiczyć; samouwolnienie jest zatem wyrazem silnego poczucia własnej skuteczności w wymiarze uogólnionym (Bandura, 1982);
- kontrolę wzmocnień (ang. *stimulus control*), która polega na usuwaniu bodźców łączących się z niezdrowym zachowaniem (na przykład telewizor – piwo i słone orzeszki) i wprowadzaniu zachęt sprzyjających korzystnym dla zdrowia zachowaniom (na przykład spacer w towarzystwie przyjaciół zamiast spotkania przy suto zastawionym stole);
- relacje pomocowe (ang. *helping relationships*) – polegające na łączeniu wsparcia i empatii, otwartości, zaufania w budowaniu dobrych relacji z osobami pomagającymi w zmianie zachowania, na przykład możliwość kontaktu z dietetykiem w formie konsultacji telefonicznych;
- przeciwwarunkowanie (ang. *counter conditioning*) – polega na uczeniu zdrowego reagowania na bodźce, które wcześniej wywoływały zachowania ryzykowne, na przykład w sytuacji stresu zamiast jedzenia słodczy pacjent wychodzi na spacer; takie działanie jest źródłem pozytywnej samooceny i rozwija pewność siebie,

- kierowanie pozytywnymi wzmocnieniami (ang. *contingency management*)
  - wiąże się ze stosowaniem nagród za podejmowane starania w kierunku zmiany zachowania, na przykład źródłem wzmocnienia może być uznanie bliskich, osób z otoczenia, możliwość spędzenia czasu w miłym gronie lub w ciekawy sposób.

Znajomość opisanych powyżej teorii i metod zmiany zachowań zdrowotnych jest bardzo przydatna w pracy dietetyka, ponieważ pozwala poznać przekonania pacjenta, jego intencje i podejmowane działania związane z danym zachowaniem. Interwencja, której celem jest zmiana zachowania zdrowotnego, wymaga bowiem dostosowania działań edukacyjnych do stadium zmiany, w jakim pacjent się znajduje. Skuteczność technik edukacyjnych, wywodzących się z wybranych teorii zmiany zachowań, została potwierdzona w wielu badaniach (Sahyoun, Pratt, Anderson, 2004).

Podsumowując, dietetyczka w ramach szkolenia na temat zasad żywienia pacjentów w starszym wieku powinna zwrócić uwagę na czynniki społeczne, psychologiczne, warunki życia i stan zdrowia, które mogą wpływać na dalszy sposób postępowania. Ważnym elementem stawiania diagnozy jest poznanie przekonań pacjentów i ocena stopnia ich gotowości do zmiany zachowania, to znaczy sprawdzenia, czy uświadamiają sobie swoje problemy i czy podejmowali już jakieś działania w celu zmiany sposobu żywienia. Jeśli pacjent powziął zamiar (na przykład ograniczenia cholesterolu w posiłkach), ale nie podjął jeszcze działań, należy zidentyfikować bariery i doradzić pacjentowi, jak je usunąć. W przypadku gdy pacjent stosuje zalecaną dietę, należy go wspierać w korzystnym zachowaniu przez dopytywanie o postępy, pojawiające się problemy, korygowanie błędów lub reinterpretację objawów, wskazywanie rozwiązań i akcentowanie korzyści wynikających ze zmiany zachowań. Takie podejście zwiększa szansę skuteczności interwencji edukacyjnej, która jest trudna u osób w podeszłym wieku ze względu na utrwalone nawyki dotyczące sposobu odżywiania i często trudne warunki życia. Wymaga ona znajomości zasad edukacji pacjentów i posługiwania się właściwymi metodami edukacyjnymi w celu zmiany zachowań i motywowania starszych pacjentów do realizacji zaleceń dietetycznych.

## Bibliografia

- Anderson A.L., Harris T.B., Tylavsky F.A. i in. (2011), *Dietary patterns and survival of older adults*, „Journal of the American Dietetic Association”, 111, s. 84–91.
- Anderson A.L., Verrill L.A., Sahyoun N.R. (2011), *Food safety perception and practices of older adults*, „Public Health Reports”, 126, s. 220–227.
- Bandura A. (1976), *Social Learning Theory*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall.
- Bandura A. (1982), *Self-efficacy mechanism in human agency*, „The American Psychologist”, 37, s. 122–147.

- Bernstein A., Nelson M.E., Tucker K.L. i in. (2002), *A home-based nutrition intervention to increase consumption of fruits, vegetables, and calcium-rich foods in community dwelling elders*, „Journal of the American Dietetic Association”, 102, s. 1421–1427.
- Bowman S. (2007), *Low economic status is associated with suboptimal intakes of nutritious foods by adults in National Health and Nutrition Examination Survey 1999–2002*, „Nutrition Research”, 27, s. 515–523.
- Colson J.S., Green N.R. (1991), *Effectiveness of a nutrition education program designed for sodium reduction in hypertensive versus normotensive elderly*, „Journal of Nutrition for the Elderly”, 11, s. 31–47.
- Donini L., Savina C., Cannella C. (2003), *Eating habits and appetite control in the elderly: The anorexia of aging*, „International Psychogeriatrics”, 15, s. 73–87.
- Engel J.H., Siewerdt F., Jackson R. i in. (2011), *Hardiness, depression, and emotional well-being and their association with appetite in older adults*, „Journal of the American Geriatrics Society”, 59, s. 482–487.
- Gromulska L., Piotrowicz M., Cianciara D. (2009), *Własna skuteczność w modelach zachowań zdrowotnych oraz w edukacji zdrowotnej*, „Przegląd Epidemiologiczny”, 63, s. 427–432.
- Haveman-Nies A., de Groot L., Staveren A. (2003), *Dietary quality, life factors and healthy ageing in Europe: the SENECA study*, „Age and Ageing”, 32, s. 427–434.
- Higgins M.M. (2004), *A call for research: What works when teaching older adults to improve their nutrition practices?*, „Journal of the American Dietetic Association”, 104(1), s. 69.
- Juczyński Z. (2001), *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Warszawa, Pracownia Testów Psychologicznych.
- Knoops K.T., de Groot L.C., Kromhout D. (2004), *Mediterranean diet, life style factors, and 10-year mortality in elderly European men and women. The HALE project*, „Journal of the American Medical Association”, 292, s. 1433–1439.
- Locher J.L., Ritchie C.S., Robnson C.O. i in. (2008), *A multidimensional approach to understanding undereating in homebound older adults: The importance of social factors*, „Gerontologist”, 448, s. 223–234.
- Marcus A.C., Heimendinger J., Wolfe P. i in. (2001), *A randomized trial of a brief intervention to increase fruit and vegetable intake: A replication study among callers to the CIS*, „Preventive Medicine”, 33, s. 204–216.
- Miller C.K., Edwards L., Kissling G. i in. (2002a), *Evaluation of a theory-based nutrition intervention for older adults with diabetes mellitus*, „Journal of the American Dietetic Association”, 102, s. 1069–1074.
- Miller C.K., Edwards L., Kissling G. i in. (2002b), *Nutrition education improves metabolic outcomes among older adults with diabetes mellitus: Results from a randomized controlled trial*, „Preventive Medicine”, 34, s. 252–259.
- Niedźwiedzka E., Wądołowska L. (2010), *A mini-nutritional assessment of older Poles in relation to the food intake model and food intake variety*, „Advances in Medical Sciences”, 55(2), s. 172–178.
- Ozen A.E., Pons A., Tur J.A. (2010), *Worldwide consumption on functional foods: A systematic review*, „Nutrition Reviews”, 70(8), s. 472–481.
- Pieniak Z., Verbeke W., Scholderer J. (2010), *Health-related beliefs and consumer knowledge as determinants of fish consumption*, „Journal of Human Nutrition and Dietetics”, 23, s. 480–488.

- Position of the American Dietetic Association, American Society of Nutrition, and Society for Nutrition Education: Food and Nutrition Programs for Community-Residing Older Adults* (2010), „Journal of the American Dietetic Association”, 110, s. 463–472.
- Prochaska J.O., Di Clemente C.C. (1983), *Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology”, 51, s. 390–395.
- Prochaska J.O., Refding C.A., Evers K. (1997), *The transtheoretical model and stages of change* [w:] *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*, red. K. Glanz, F.M. Lewis F.M., B.K. Rimer, wyd. 2, San Francisco, Jossey-Bass, s. 60–84.
- Prochaska J.O., Velicer W.F. (1997), *The transtheoretical model of health behavior change*, „American Journal of Health Promotion”, 12, s. 38–48.
- Sahyoun N.R. (2002), *Nutrition education for the healthy elderly population: Isn't it time?*, „Journal of Nutrition Education and Behavior”, 34, s. S42–S47.
- Sahyoun N.R., Pratt C.A., Anderson A. (2004), *Evaluation of nutrition education interventions for older adults: A proposed framework*, „Journal of the American Dietetic Association”, 104, s. 58–69.
- Satia J.A., Galanko J.A., Neuhouser M.L. (2005), *Food nutrition label use is associated with demographic, behavioral, and psychosocial factors and dietary intake among African Americans in North Carolina*, „Journal of the American Dietetic Association”, 105, s. 392–402.
- Sikora E., Pysz M., Leszczyńska T. (2009), *Zmiany podaży podstawowych grup produktów spożywczych w gospodarstwach domowych emerytów i rencistów w latach 1989–2004*, „Żywność. Nauka. Technologia. Jakość”, 5(66), s. 132–147.
- Strecher V.J., Rosenstock I.M. (1997), *The health belief model* [w:] *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*, red. K. Glanz, F.M. Lewis, B.K. Rimer, wyd. 2, San Francisco, Jossey-Bass Pub., s. 41–59.
- Szczerbińska K., Malinowska-Cieślak M., Piórecka B. i in. (2011), *Jak skutecznie zmieniać zachowania zdrowotne pacjentów w starszym wieku*, „Przegląd Lekarski”, 68(12), s. 1183–1189.
- Taylor-Davis S., Smiciklas-Wright H., Warland R. i in. (2000), *Responses of older adults to theory-based nutrition newsletters*, „Journal of the American Dietetic Association”, 100, s. 656–664.
- Wądołowska L., Danowska-Oziewicz M., Stewart-Knox B. i in. (2009), *Differences between older and younger Poles in functional food consumption, awareness of metabolic syndrome risk and perceived barriers to health improvement*, „Food Policy”, 34, s. 311–318.
- Wilczek-Rużyczka E., Malinowska-Cieślak M. (2010), *Psychologia starzenia się* [w:] *Jak promować zdrowy styl życia i zmieniać zdrowotne zachowania osób starszych*, red. K. Szczerbińska, E. Wilczek-Rużyczka, Kraków, Zdrowie i Zarządzanie, s. 69–77.
- Wilson M.M., Thomas D.R., Rubenstein L.Z. i in. (2005), *Appetite assessment: Simple appetite questionnaire predicts weight loss in community-dwelling adults and nursing home residents*, „The American Journal of Clinical Nutrition”, 82, s. 1074–1081.
- Zatoński W.A., McMichael A.J., Powles J.W. (1998), *Ecological study of the reasons for the sharp decline in mortality from ischaemic heart disease in Poland since 1991*, „British Medical Journal”, 316, s. 1047–1051.