

Katarzyna Szczerbińska, Beata Piórecka,
Marta Malinowska-Cieślik

Fazy gotowości do zmiany zachowań i ich uwarunkowania a zachowania w sferze aktywności fizycznej i żywienia wśród starszych pacjentów objętych w Krakowie opieką pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych. Implikacje dla promocji zdrowia

Słowa kluczowe: osoby starsze, zachowania zdrowotne, aktywność fizyczna, żywienie, stadia zmiany zachowania, edukacja zdrowotna

■ Wprowadzenie

Czynniki sprzyjające rozwojowi chorób przewlekłych są ściśle powiązane ze stylem życia charakterystycznym dla wysoko rozwiniętych społeczeństw, tj. siedzącym trybem życia oraz nieprawidłowo zbilansowaną dietą, nadmiarem stosowanych używek oraz wysokim poziomem stresu. Dotyczą one również Polaków, o czym świadczą dane z „Wieloośrodkowego ogólnopolskiego badania stanu zdrowia ludności” – WOBASZ, przeprowadzonego na reprezentatywnej grupie osób w wieku 20–70 lat, zrealizowanego w ramach programu Ministerstwa Zdrowia Polcard 2003–2005. Na ich podstawie oszacowano, że w Polsce łącznie na nadwagę i otyłość (ang. *body mass index* – BMI ≥ 25 kg/m²) cierpi 61,6% mężczyzn i 50,3% kobiet, a mała aktywność fizyczna charakteryzuje ponad 50% dorosłych Polaków. Wykazano ponadto, że 33% kobiet i 42% mężczyzn choruje na nadciśnienie tętnicze [1], a częstość występowania cukrzycy rośnie wraz z wiekiem i u ludzi powyżej 65. roku życia sięga 25–30% [2]. Około 35% osób dorosłych (37% kobiet i 32% mężczyzn) spędza swój wolny czas w sposób pasywny i nie wykonuje regularnych ćwiczeń (zdefiniowanych jako trwające 30 minut regularne ćwiczenia poza aktywnością związaną z wykonywaniem zawodu i codziennych zajęć domowych), a 17% ćwiczy tylko okresowo [3].

W okresie starości następuje kumulacja chorób będących wynikiem niezdrowego stylu życia. W populacji

osób starszych obserwuje się częstsze występowanie chorób układu krążenia, cukrzycy, otyłości i osteoporozy [4]. Uważa się, że występowanie tych chorób, nasilenie ich objawów oraz powikłania można zmniejszyć poprzez propagowanie aktywności fizycznej i zdrowego żywienia w każdym okresie życia – również wśród ludzi w podeszłym wieku.

Aktywność fizyczna osób starszych ma ściśle związek z ogólnym funkcjonowaniem fizycznym oraz psychicznym i wywiera znaczący wpływ na jakość ich życia [5]. Centre for Diseases Control and Prevention oraz American College of Sports Medicine zalecają, by podejmować lekkie lub umiarkowanie lekkie zajęcia w czasie wolnym (ang. *leisure-time physical activity* – LTPA) przez więcej niż 30 minut dziennie przez co najmniej 5 dni w tygodniu [6, 7]. Pomimo powszechnie znanych korzyści wynikających z aktywności fizycznej w Stanach Zjednoczonych jedynie 36,3% osób w wieku 65 lat i więcej stosuje się do tego zalecenia. W Polsce w badaniu epidemiologicznym dużej próby – 1910 osób starszych, gdzie osoby w wieku 65–74 lat, 75–89 lat oraz 90 i więcej lat stanowiły odpowiednio 57,7%, 39,5% i 2,8% – wykazano, że 88% osób podejmowało zróżnicowaną aktywność fizyczną. Około 6% osób charakteryzowało się lekką aktywnością (tj. częściowym wykonywaniem prac domowych, np. zakupami, sprzątaniami, przygotowaniem posiłków, spacerami). Aktywność o średnim natężeniu (samodzielne wykonywanie prac

domowych, sporadyczny udział w ćwiczeniach fizycznych, uprawianie działki) realizowało 39% osób. Aktywność wymagająca znacznego wysiłku (uprawianie sportu, regularne podejmowanie aktywności fizycznej w formie gimnastyki i inne) prezentowało 43% osób starszych [8]. W przytoczonym badaniu osoby w starszym wieku z prawidłowym BMI stanowiły jedynie 47% ogółu badanych, z nadwagą i otyłością – 45% oraz z niedowagą – 8%. Kobiety przeważały w grupie z nadwagą i otyłością (49% i 38%). Oba te problemy zdrowotne stwierdzano częściej u osób starszych mieszkających na terenach wiejskich niż w miastach (48% i 44%) [8].

W okresie ostatnich 20 lat w ramach promocji zdrowia podjęto szeroko zakrojone działania propagujące zdrowy styl życia. W ich wyniku uzyskano znaczną poprawę w postaci zmniejszenia liczby palących tytoń, zmianę charakterystyki spożycia tłuszczów i wzrost zainteresowania rekreacją i uprawianiem sportów (np. biegów, marszów, pływania, korzystania z klubów fitness) [9–11]. Działania te objęły głównie młodsze grupy wiekowe. Zmiana zachowań osób starszych nadal pozostaje wyzwaniem dla instytucji zajmujących się zdrowiem publicznym. Zwraca się uwagę, że adresatem interwencji powinny być zwłaszcza osoby o niskim poziomie wykształcenia i będące w trudnej sytuacji społeczno-ekonomicznej z powodu przeciętnie gorszego stanu zdrowia i niskiej świadomości. Jest to grupa szczególnie narażona na skutki braku aktywności fizycznej [3].

Skuteczność programów promocji zdrowia zależy od właściwego adresowania komunikatów edukacyjnych zależnie od poziomu przygotowania odbiorców tych działań do zmiany zachowań. Sposób klasyfikowania gotowości do zmiany opisali Prochaska i Di Clemente, formułując transteoretyczny model zmiany (ang. *trans theoretical model* – TTM), który przeprowadza nas przez kolejne fazy:

- stadium braku świadomości problemu i nieplanowania zmiany zachowania (ang. *precontemplation*);
- stadium uświadomienia sobie problemu i zastanawiania się nad zmianą zachowania (ang. *contemplation*);
- stadium przygotowania do podjęcia zalecanego zachowania (ang. *preparation*);
- stadium działania i podejmowania zalecanego zachowania (ang. *action*);
- stadium regularnego przejawiania i podtrzymywania zalecanego zachowania (ang. *maintenance*) [12, 13].

W każdej z wymienionych faz stosuje się różne i często inne techniki, które mają ułatwić przejście do ostatniego stadium utrwalenia nowego zachowania, dlatego znajomość tych faz wydaje się kluczowa w planowaniu interwencji u pacjenta. Z kolei Spiller zwraca uwagę na konieczność badania przekonań związanych z zachowaniami zdrowotnymi, ponieważ zmiana zachowania zwykle jest poprzedzona zmianą postawy [14].

Zmiana stylu życia osób w starszym wieku wydaje się trudna z powodu utrwalaonych nawyków i licznych barier: zdrowotnych, mentalnych (edukacyjnych), organizacyjnych, ekonomicznych [15]. Jest ona możliwa, wymaga jednak szczególnego podejścia i przemyślanej strategii. Diagnoza zachowań zdrowotnych w kontekście

analizy: postaw osób starszych wobec zdrowego odżywiania się i aktywności fizycznej, częstości przejawiania tych zachowań oraz gotowości do ich zmiany, może skutecznie ułatwić proces przemiany w kierunku realizacji działań korzystnych dla zdrowia.

Kwestia oceny zachowań zdrowotnych przez pacjentów w starszym wieku i ich gotowości do zmiany stała się tematem projektu edukacyjno-badawczego o akronimie CHANGE zatytułowanego „Nowe cele promocji zdrowia osób starszych” (ang. *Care of Health Advertising New Goals for Elderly people*). Projekt ten był realizowany w latach 2008–2010 w kilku krajach Unii Europejskiej w ramach grantu finansowanego przez Dyrektoriat Generalny Komisji Europejskiej dla Edukacji i Kultury (*Lifelong Learning Programme*). W Polsce przeprowadzono badanie zachowań zdrowotnych pacjentów w starszym wieku zamieszkałych w środowisku domowym miasta Krakowa i pozostających pod stałą opieką pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych. Celem prezentowanej pracy jest ocena gotowości tych pacjentów do zmiany zachowań w sferze aktywności fizycznej i żywienia oraz psychospołecznych uwarunkowań tych zachowań.

Metoda i materiał

W lipcu 2010 roku osiem odpowiednio przeszkolonych pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych przeprowadziło badanie sposobu żywienia i aktywności fizycznej swoich starszych pacjentów oraz ich gotowości do zmiany zachowań zdrowotnych w tym zakresie. W celu przeprowadzenia badania opracowano kwestionariusz wywiadu, który składał się z 22 pytań zamkniętych i półotwartych. Przygotowując narzędzie badawcze, wykorzystano Kwestionariusz Częstotliwości Spożycia wybranych produktów i potraw (*Food Frequency Questionnaire* – FFQ) w celu oceny zachowań żywieniowych. Ponadto w narzędziu zamieszczono pytania dotyczące przejawiania różnych form aktywności ruchowej. Badani udzielali odpowiedzi na te pytania w pięciostopniowej skali (codziennie lub prawie codziennie, tzn. co najmniej 5–6 razy w tygodniu; 3–4 razy w tygodniu; 1–2 razy w tygodniu; rzadziej niż raz w tygodniu; rzadziej niż raz w miesiącu lub wcale). W celu oceny gotowości do zmiany zachowania w zakresie podejmowania regularnych ćwiczeń oraz unikania żywności wysokotłuszczowej i spożywania żywności bogatej w błonnik przyjęto uproszczony pomiar stadium zmiany zachowania (ang. *staging algorithms*), pochodzący z modelu transteoretycznego [16, 17]. Do oceny znaczenia regularnych ćwiczeń i zdrowego odżywiania się, stopnia zdecydowania na zmianę w kierunku zdrowych zachowań oraz skłonności do złych nawyków zastosowano 6 skal pochodzących z dwóch włoskich narzędzi opracowanych i opublikowanych przez Spillera i wsp. (2009) [14]. Ponadto pielęgniarki wykonały u badanych osób pomiary masy i wysokości ciała oraz obwodu pasa w celu obliczenia i interpretacji BMI oraz wskaźnika talia/wzrost (ang. *waist to height ratio* – WHtR).

Kryterium włączenia do badania był wiek 60 lat i powyżej oraz pozostawanie pod stałą opieką pielęgniarki

środowiskowo-rodzinnej. Z badania wykluczono osoby przebywające w instytucjach (w zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, hospicjum, szpitalu i zamieszkałe w domach pomocy społecznej) oraz mające zaburzenia funkcji poznawczych. Pielęgniarki proponowały udział w badaniu kolejnym wizytowanym przez siebie pacjentom, którzy spełniali powyższe kryteria. Spośród 125 osób na udział w badaniu zgodziło się 108 (86,4%). Kwestionariusze były wypełniane przez pacjentów z pomocą pielęgniarek, które dbały o kompletność zbieranych danych. Dzięki temu wszystkie kwestionariusze wstępnie mogły być zakwalifikowane do analizy. Badanie uzyskało zgodę Komisji Bioetycznej UJ. Wszystkie osoby badane otrzymały informację na temat zasad ich udziału w projekcie badawczym i udzieliły pisemnej świadomej zgody na swój udział.

W analizie statystycznej w celu określenia związków między zmiennymi zastosowano korelacje Pearsona (r) i Spearmana (R). Przedstawione wyniki są istotne statystycznie przy założeniu prawdopodobieństwa ich odrzucenia mniejszego od 0,05.

Wyniki

Charakterystyka grupy badanych

W badaniu uczestniczyło 108 osób w wieku od 60 do 87 lat (średnia 69,6 lat; SD 7,4), w tym 74 kobiety (68,5%) oraz 34 mężczyzn (31,5%). W grupie badanych przeważały kobiety. Wśród badanych zdecydowaną większość stanowiły osoby mieszkające w mieście (89,8% kobiet i 91,2% mężczyzn) wraz z rodziną (67,1% kobiet i 88,3% mężczyzn). Osoby mieszkające samotnie stanowiły około jedną czwartą badanych (32,9% kobiet i 11,8% mężczyzn). W badanej grupie 45,2% kobiet pozostawało w związku małżeńskim, 41,1% było wdowami, a 11,0% to osoby rozwiedzione lub w separacji. W grupie mężczyzn żonaci stanowili zdecydowaną większość (73,5%), wdowcami było 17,7% badanych. Z powodu braku tego typu danych dotyczących populacji pacjentów w wieku 60 lat i więcej, będących pod opieką pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych w Krakowie, możemy przedstawioną charakterystykę odnosić jedynie

do populacji ogólnej osób starszych w Polsce. Rozkład płci i kategorii stanu cywilnego badanych odpowiadał przeciętnemu w tej grupie wiekowej w kraju [4].

Poziom wykształcenia istotnie wpływa na preferowany styl życia. W badanej grupie 66,2% kobiet określiło swoje wykształcenie jako średnie i 10,8% jako wyższe. Wśród mężczyzn wykształcenie średnie podawało 44,2% badanych, a wyższe 29,4%. W porównaniu z ogółem populacji osób powyżej 60. roku życia w Polsce badane osoby częściej miały wykształcenie wyższe (16,6% vs 10,6% według Głównego Urzędu Statystycznego – GUS) i średnie (59,2% vs 43,8% według GUS), co mogło być wynikiem wykluczenia z badania osób z zaburzeniami funkcji poznawczych oraz większej gotowości do udziału w wypełnianiu kwestionariuszy osób z wykształceniem ponadpodstawowym [18].

Najczęściej występującymi chorobami w grupie badanych było nadciśnienie tętnicze (68,9% kobiet i 61,8% mężczyzn) oraz choroby układu sercowo-naczyniowego (39,29% kobiet i 47,1% mężczyzn). Odnosząc charakterystykę badanych do danych GUS na temat stanu zdrowia populacji starszych ludzi w Polsce z 2009 roku, należy zauważyć, że badana grupa pacjentów częściej zgłaszała występowanie niektórych chorób przewlekłych. Na przykład cukrzyca była podawana przez 21,6% kobiet i 20,3% mężczyzn w badanej grupie, a w ogólnej populacji starszych ludzi w Polsce występowała u 17,1% kobiet i 13,5% mężczyzn. Podobnie otyłość (według kryterium BMI) częściej występowała w grupie badanych pacjentów niż w populacji (u 41,1% vs 23,4% kobiet i 26,5% vs 20,1% mężczyzn) [4].

W ocenie stanu odżywienia badanych osób średnia wartość wskaźnika BMI dla ich ogółu świadczyła o nadmiarze masy ciała (28,47 kg/m²; SD 5,42) (Tabela I). Przyjmując kryteria BMI w badanej grupie, kobiety częściej niż mężczyźni miały otyłość (41,1% vs 26,5%), a rzadziej nadwagę (31,5% vs 41,2%) i masę ciała w normie (27,4% vs 32,4%). W rozpoznaniu typu rozmieszczenia tkanki tłuszczowej wykorzystano wskaźnik WHtR, którego średnia wartość dla ogółu badanych wyniosła 0,56 (SD 0,09) i wskazywała na występowanie otyłości centralnej wśród badanych osób, sprzyjającej rozwojowi chorób układu krążenia oraz cukrzycy.

| | Kobiety – średnia (SD) | Mężczyźni – średnia (SD) | Razem – średnia (SD) |
|-----------------------------------|---------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| Wiek, N = 108 | 69,16 (± 7,06) | 70,58 (± 8,14) | 69,6 (± 7,41) |
| Wzrost (cm), N = 108 | 160,94 (± 5,83) | 172,53 (± 5,88) | 164,6 (± 7,94) |
| Waga (kg), N = 107 | 74,45 (± 15,09) | 83,29 (± 15,84) | 77,3 (± 15,81) |
| Obwód pasa (cm), N = 107 | 90,47 (± 13,19) | 97,76 (± 15,93) | 92,8 (± 14,46) |
| WHtR, N = 107 | 0,56 (± 0,09) | 0,57 (± 0,09) | 0,56 (± 0,09) |
| BMI (kg/m ²), N = 107 | 28,71 (± 5,59) | 27,96 (± 5,06) | 28,47 (± 5,42) |

Tabela I. Charakterystyka cech antropometrycznych badanej grupy osób starszych z uwzględnieniem płci.

SD – odchylenie standardowe (standard deviation)

Ocena aktywności fizycznej pacjentów w starszym wieku

Spacer, marsz, chodzenie były zdecydowanie najczęstszą formą aktywności ruchowej (68,5% badanych chodziło codziennie lub prawie codziennie, tzn. 5–7 razy w tygodniu). Pozostałe formy aktywności były rzadkie lub prawie wcale niewykonywane. Około 70,4% badanych osób starszych w ogóle nie wykonywało żadnych ćwiczeń gimnastycznych (**Rysunek 1**). Zaledwie 7,4% badanych chodziło na basen co najmniej raz w miesiącu. Około 21,3% respondentów jeździło jednak na rowerze. Natomiast prawie nikt nie chodził na tańce (tylko 2 osoby) i nie korzystał z programów ćwiczeń Pilatesa czy tai-chi (jedna osoba uczęszczała na zajęcia).

Najczęstszym celem spaceru było wyjście na zakupy do sklepu (86,1%) lub na rynek (61,1%), do kościoła (66,7%), do lekarza (61,1%) i na pocztę lub do banku (59,3%). Nieco rzadziej udawano się z wizytą do przyjaciół lub rodziny (50,0%), a najrzadziej do fryzjera (37,0%), na spacer z psem (20,4%) i do kina lub teatru (13,0%). Poza wymienionymi 5 osób chodziło do pracy na piechotę, 4 wychodziły do ogrodu, 4 na działkę, rzadziej – w pojedynczych przypadkach do parku, do lasu, na spacer, na podwórko lub do samochodu. Jak widać, większość spacerów była związana z wykonywaniem codziennych czynności gospodarczych.

U ponad połowy badanych (51,4%) czas trwania pojedynczego spaceru był krótszy niż pół godziny, przy czym kobiety częściej zgłaszały, że zwykle idą dłużej (52,1% vs 41,3% mężczyzn). Około 17,7% mężczyzn i tylko 11,0% kobiet wychodziło na ponadgodzinny spacer.

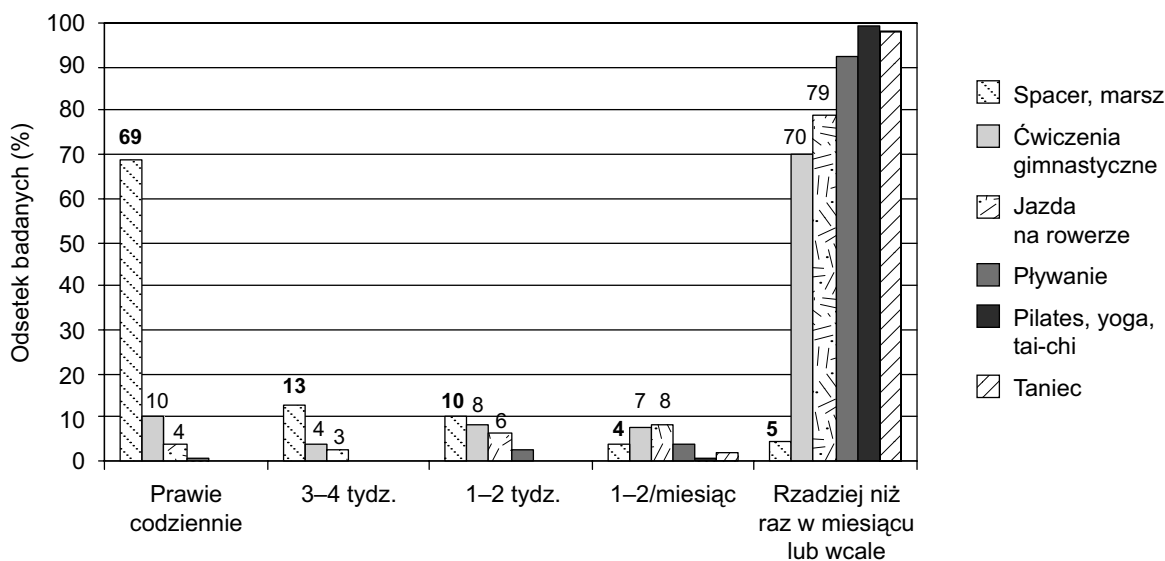
Zachowania żywieniowe starszych pacjentów

Badana grupa pacjentów w starszym wieku codziennie spożywała produkty dostarczające węglowodanów, takie jak makarony, chleb, kasze lub ryż (72,2% osób),

które w ostatnich latach wypierają ziemniaki z posiłków Polaków. Częstość spożycia ziemniaków wahała się pomiędzy prawie codziennie (41,7%) a 3–4 razy w tygodniu (36,1%). Wśród innych produktów spożywczych często wchodzących w skład codziennego jadłospisu wymieniano mleko (56,6%), oleje roślinne (52,8%), warzywa i rośliny strączkowe (47,2%), świeże owoce i soki (46,3%) oraz cukier jako dodatek do napojów (53,7%). Spośród mięs najczęściej, tzn. 1–4 razy w tygodniu, spożywany był drób (33,3% osób 3–4 razy w tygodniu oraz 40,7% osób 1–2 razy w tygodniu). Natomiast wołowinę, wieprzowinę lub inne mięsa czerwone jadano zwykle 1–2 razy w tygodniu (36,1% osób), rzadziej (1–2 razy w miesiącu – 36,1% osób) lub prawie wcale (17,6%). Podobnie rzadko badani spożywali ryby (30,6% 1–2 razy w miesiącu lub 38,9% osób 1–2 razy w tygodniu). Jaja zwykle jadano 1–2 razy w tygodniu (46,7% osób). Z kolei częstość spożycia ciast i słodczy rozłożyła się równomiernie w poszczególnych grupach częstości (**Tabela II**).

Osoby w starszym wieku mają zaburzenia ośrodka pragnienia, które są odpowiedzialne za zmniejszone uczucie zapotrzebowania na płyny. Uzupełnianie płynów w starszym wieku jest szczególnie ważne zwłaszcza w okresie letnim. W naszym badaniu około 59,9% pacjentów przyjmowało 2–4 szklanki wody, a 61,2% przyjmowało 3–4 szklanki innych napojów niealkoholowych (tj. soków, kompotów, napojów gazowanych, herbaty, kawy itp.) dziennie. W rezultacie najczęściej (26,9%) badani wypijali 7 szklanek płynów łącznie z wodą (1400 ml). Większość osób starszych (53,8%) przyjmowała 7–9 szklanek płynów łącznie z wodą (1400–1800 ml), 5,5% – 2 litry i więcej, ale aż 36,1% badanych piło jedynie 6 szklanek dziennie lub mniej (400–1200 ml), przy czym 5,6% – niecały litr (mniej niż 800 ml) (**Rysunek 2**).

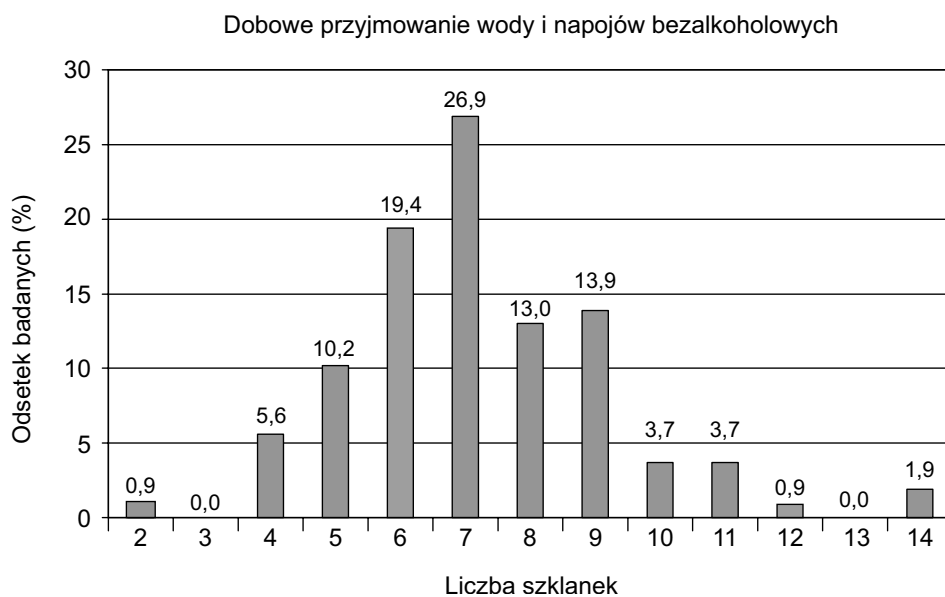
Około 75,0% badanych osób starszych spożywało alkohol rzadziej niż raz w miesiącu lub wcale, około 15,7% – 1–2 razy w miesiącu, 4,6% – 1–2 razy w tygo-



Rysunek 1. Częstość podejmowania różnych form aktywności ruchowej na podstawie relacji pacjentów w starszym wieku.

| Produkty żywnościowe | Codziennie | 3–4 razy w tygodniu | 1–2 razy w tygodniu | 1–2 razy w miesiącu | Rzadziej niż raz w miesiącu |
|---|------------|---------------------|---------------------|---------------------|-----------------------------|
| Makaron, kasze, ryż, chleb | 72,2% | 16,7% | 7,4% | 2,8% | 0,9% |
| Ziemniaki | 41,7% | 36,1% | 17,6% | 0,9% | 3,7% |
| Mleko, sery i inne produkty mleczne | 56,6% | 22,2% | 17,6% | 1,9% | 2,8% |
| Białe mięso (kurczak, indyk, królik) | 15,7% | 33,3% | 40,7% | 7,4% | 2,8% |
| Czerwone mięso (wołowina, cielęcina, wieprzowina) | 0,9% | 9,3% | 36,1% | 36,1% | 17,6% |
| Ryby i produkty rybne (w tym owoce morza) | 9,3% | 9,3% | 38,9% | 30,6% | 12,0% |
| Masło i inne tłuszcze zwierzęce (boczek, tłuszcz wieprzowy) | 38,0% | 19,4% | 10,2% | 12,0% | 20,4% |
| Tłuszcze roślinne, olej, oliwa i margaryna | 52,8% | 24,1% | 11,1% | 6,5% | 5,6% |
| Jaja | 14,0% | 16,8% | 46,7% | 15,9% | 6,5% |
| Świeże owoce i soki | 46,3% | 20,4% | 13,9% | 8,3% | 11,1% |
| Warzywa i rośliny strączkowe | 47,2% | 16,7% | 19,4% | 12,0% | 4,6% |
| Słodycze i ciastka | 19,4% | 15,7% | 25,9% | 17,6% | 21,3% |
| Cukier (tyżeczki dodane do kawy, herbaty itp.) | 53,7% | 3,7% | 3,7% | 0,9% | 38,0% |

Tabela II. Częstość spożycia wybranych produktów żywnościowych przez badane osoby starsze.



Rysunek 2. Liczba szklanek płynów (wody i płynów bezalkoholowych, tj. soków, kompotów, napojów gazowanych, herbaty, kawy itp.) przyjmowana w ciągu doby (standardowa objętość 200 ml).

dniu i jedynie 0,9% 3–4 razy w tygodniu. Jednak około 3,7% spośród badanych pacjentów piło alkohol prawie codziennie.

Zachowania zdrowotne a zadowolenie z życia i postrzeganie własnej kondycji fizycznej i sylwetki/budowy ciała

Okolo 27,1% badanych pacjentów było zadowolonych ze swojej kondycji fizycznej. Z kolei około 31,9% wyrażało małe zadowolenie lub brak zadowolenia. To zadowo-

lenie było statystycznie istotnie skorelowane z częstością wykonywania ćwiczeń fizycznych ($R = 0,32$; $p < 0,05$), jazdy na rowerze ($R = 0,28$; $p < 0,05$) oraz chodzenia, marszerowania lub spacerowania ($R = 0,19$; $p < 0,05$).

Jednocześnie na skali pozawerbalnej (za pomocą znaków mimicznych) 62,3% badanych wyrażało dobre lub bardzo dobre ogólne samopoczucie (i jedynie 4,7% złe lub bardzo złe). Nieco mniej respondentów (47,7%) zgłaszało duże lub bardzo duże ogólne zadowolenie z życia (i podobnie tylko 5,6% małe lub jego brak). Należy podkreślić, że osoby, które częściej jeździły na rowerze

lub pływały, miały lepsze ogólne samopoczucie (odpowiednio $R = 0,24$ i $0,33$; $p < 0,05$) i wyższą satysfakcję z życia (odpowiednio $R = 0,29$ i $0,29$; $p < 0,05$). Wykazano ponadto, że zadowolenie z własnej kondycji fizycznej wiązało się z częstszym spożywaniem produktów zbożowych ($R = 0,24$) i ryb ($R = 0,20$) oraz niższymi wartościami BMI ($R = 0,28$; $p < 0,05$) i WHtR ($R = 0,22$; $p < 0,05$).

Postrzeganie własnej masy ciała (stopnia otyłości) było zależne od płci i wysoce korelowało ze wskaźnikami BMI ($R = 0,73$; $p < 0,05$) i WHtR ($R = 0,65$; $p < 0,05$) (**Rysunek 3**). Średnia BMI dla osób deklarujących prawidłową masę ciała utrzymywała się w normie (24,97; SD 3,44), chociaż odchylenie standardowe wskazuje na rozrzut powyżej normy. Osoby uważające, że mają nadwagę, miały też wyższe wartości BMI (śr. 31,95; SD 4,49). Wskaźnik BMI w obu tych grupach różnił się istotnie statystycznie ($p < 0,001$). Z kolei średnia WHtR dla osób deklarujących prawidłową masę ciała wyniosła nieco ponad normę (śr. 0,52; SD 0,05), a dla osób zgłaszających nadwagę była istotnie wyższa (śr. 0,61; SD 0,08; $p < 0,001$).

Wykazano zbieżność postrzegania własnej masy ciała (stopnia otyłości) z opinią badanych na temat korzystnego wpływu na zdrowie zmniejszenia masy ciała ($R = 0,42$; $p < 0,05$). Przekonanie o tym, że redukcja masy ciała byłaby zdecydowanie lub bardzo korzystna dla zdrowia, wyraziło 44,4% (spośród 90) ogółu respondentów, w tym opinie kobiet i mężczyzn nie różniły się istotnie. Wśród badanych, którzy uważali, że mają nadwagę, odsetek osób przekonanych o zdrowotnych korzyściach zmniejszenia masy ciała był jeszcze wyższy (57,9%; 33 spośród 57 osób), przy czym opinie kobiet i mężczyzn były zgodne. Przekonanie to było tym większe, im wyższe były wartości BMI ($R = 0,45$; $p < 0,05$) i WHtR ($R = 0,39$; $p < 0,05$). Co ciekawe, wysoka satysfakcja

z życia powiązana była ze zdrowym odżywianiem się, wyrażającym się częstszym spożyciem drobiu ($R = 0,30$; $p < 0,05$), ryb ($R = 0,31$; $p < 0,05$), nabiału ($R = 0,20$; $p < 0,05$), świeżych owoców ($R = 0,26$; $p < 0,05$) i warzyw ($R = 0,27$; $p < 0,05$).

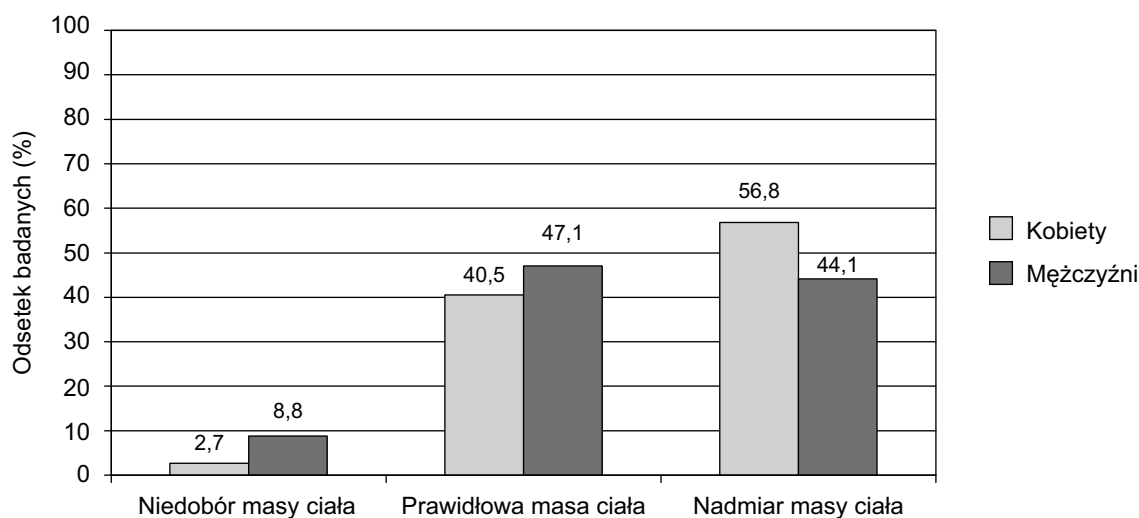
Przekonania zdrowotne starszych pacjentów a przejawianie aktywności fizycznej i zdrowego odżywiania

W celu oceny przekonań osób starszych zastosowano pytania z kwestionariusza Spillera i wsp. [14]. Dotyczyły one ważności aktywności fizycznej i zdrowego odżywiania się, determinacji do zmiany oraz skłonności do niezdrowych zachowań. Prawie połowa badanych starszych pacjentów (49,0%) nie przywiązywała wagi, demonstrując tym samym słabe przekonanie do wykonywania regularnych ćwiczeń. Natomiast zdrowe odżywianie się miało dla nich zdecydowanie większe znaczenie (**Rysunek 4**).

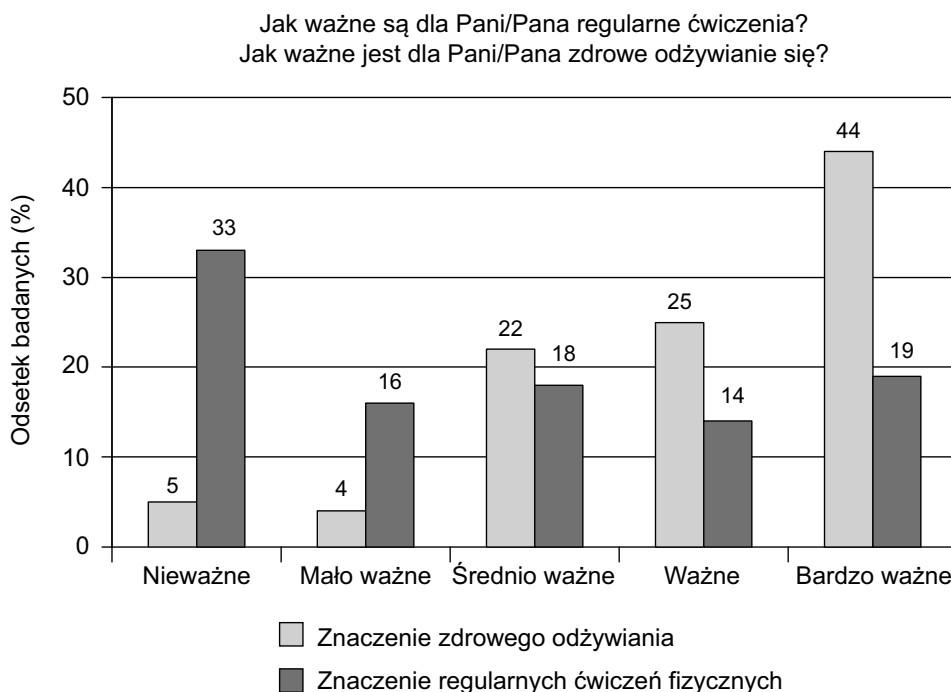
Dla 69,4% badanych pacjentów zdrowe odżywianie było ważne lub bardzo ważne. Pomimo tego liczba zdecydowanych, by zacząć zdrowo się odżywiać, była bardzo niska (21,3%). Około jedna trzecia osób starszych wykazywała brak zdecydowania co do rozpoczęcia regularnych ćwiczeń lub zdrowego odżywiania się, co jest wyrazem braku ich gotowości do zmiany wspomnianych zachowań (**Rysunek 5**).

Z kolei liczba pacjentów odczuwających pokusę, która skutkuje skłonnością do jedzenia niezdrowo oraz do siedzącego trybu życia, nie była wysoka (odpowiednio 16,7% vs 21,3%). Ponad 70% badanych twierdziło, że nie ma lub odczuwa jedynie małą ochotę na tłuste jedzenie i nieco ponad połowa badanych – że nie ma tendencji do unikania aktywności fizycznej lub ta tendencja jest bardzo słaba (**Rysunek 6**).

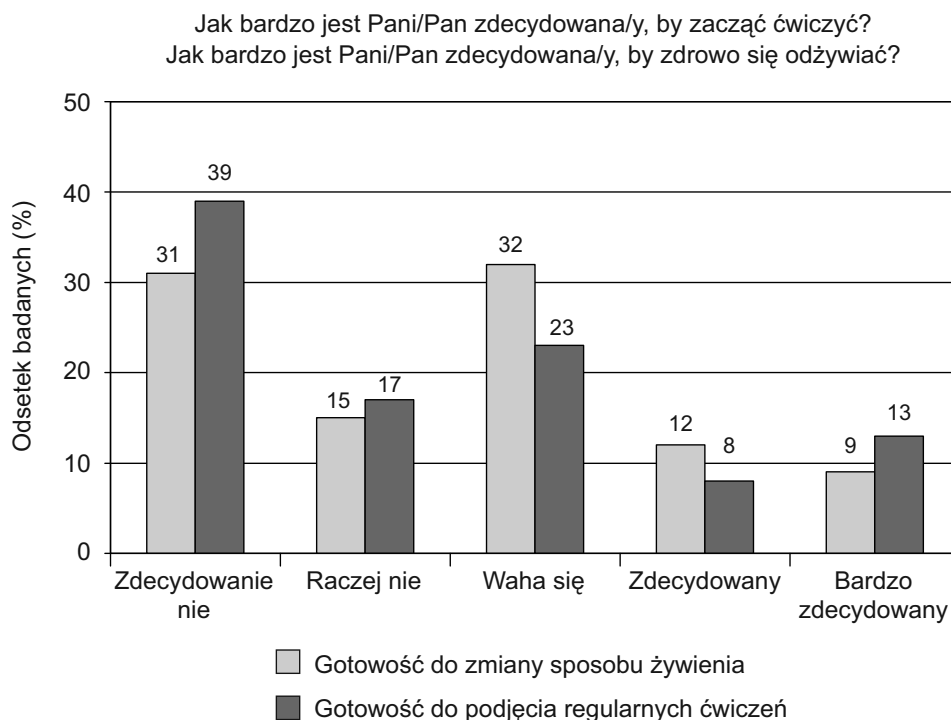
Osoby, które częściej ćwiczyły i pływały, prezentowały silniejsze przekonania dotyczące znaczenia aktyw-



Rysunek 3. Samoocena masy ciała w opinii badanych osób starszych zależnie od płci ($N = 108$).



Rysunek 4. Ocena ważności aktywności fizycznej i zdrowego odżywiania się przez badane osoby starsze.

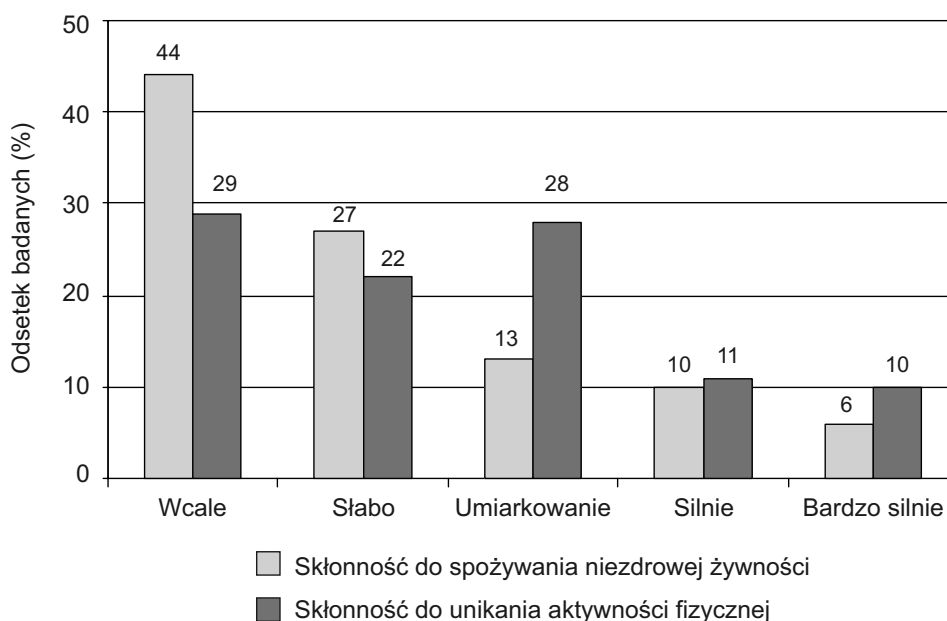


Rysunek 5. Zdecydowanie i gotowość do zdrowego odżywiania się i podjęcia regularnych ćwiczeń w grupie badanych osób starszych.

ności fizycznej (twierdząc, że regularne ćwiczenia są dla nich ważne) (R odpowiednio 0,39; 0,22; $p < 0,05$) oraz były bardziej zdecydowane, by przejawiać aktywność fizyczną (R odpowiednio 0,37; 0,31; $p < 0,05$). Osoby

by, które deklarowały ponadto mniejszą skłonność do prowadzenia siedzącego trybu życia, częściej ćwiczyły i wybierały się na dłuższe spacerunki (R odpowiednio -0,27; -0,21; $p < 0,05$).

Jak bardzo kusi Panią/Pana mało aktywne, pozbawione aktywności fizycznej życie?
Jak wielką ma Pani/Pan ochotę na tłuste jedzenie?



Rysunek 6. Skłonność do niezdrowego odżywiania się i unikania regularnej aktywności fizycznej wśród badanych osób starszych.

Pacjenci, którzy deklarowali, że zdrowe jedzenie jest dla nich ważne, częściej spożywali warzywa i rośliny strączkowe ($R = 0,35$; $p < 0,05$), przetwory mleka ($R = 0,27$; $p < 0,05$), ryby, w tym owoce morza ($R = 0,23$; $p < 0,05$), świeże owoce i soki ($R = 0,23$; $p < 0,05$), drób lub inne białe mięso ($R = 0,19$; $p < 0,05$). Większą gotowość do zmiany sposobu żywienia deklarowały tylko osoby z wyższym wskaźnikiem BMI ($R = 0,23$; $p < 0,05$) oraz te, które rzadziej spożywały świeże owoce i soki ($R = -0,20$). Można zatem przyjąć, że miały one świadomość problemu i potrzebę zmiany. Badani, którzy częściej konsumowali potrawy mięsne (z wołowiny, wieprzowiny itp.) ($R = 0,20$; $p < 0,05$) i tłuszcze zwierzęce ($R = 0,23$; $p < 0,05$), również częściej zgłaszali, że odczuwają silną pokusę spożywania tłustych posiłków. Przekonania o tym, że zdrowe żywienie jest ważne oraz skłonność do spożywania niezdrowych (tłustych) pokarmów, nie zależały od BMI i WHtR. Jedyne poziomy determinacji do zmiany swojego sposobu żywienia był skorelowany z BMI.

Fazy zmiany zachowań zdrowotnych pacjentów w starszym wieku a przejawianie przez nich regularnej aktywności fizycznej i zdrowego odżywiania się

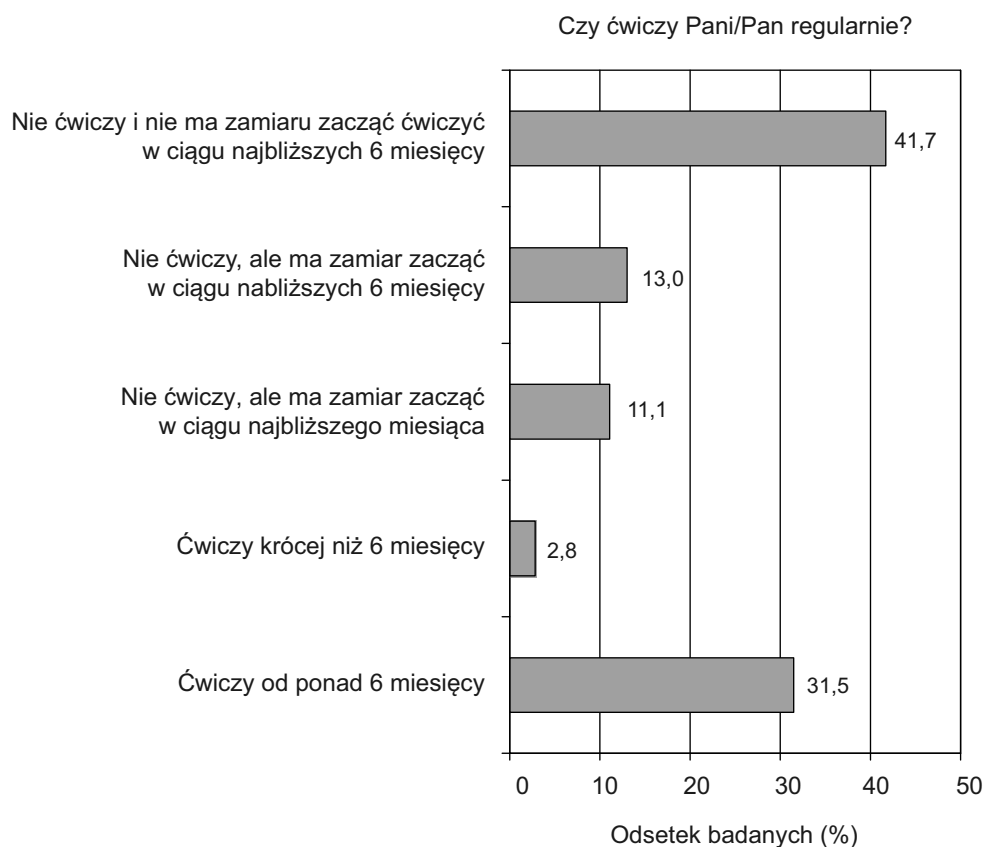
Określenie fazy zmiany zachowania zdrowotnego jest bardzo ważne ze względu na możliwość doboru odpowiednich metod edukacyjnych zwiększających skuteczność interwencji w zakresie promocji zdrowia. W tym celu w badaniu zastosowano trzy pytania dotyczące ak-

tywności fizycznej i zdrowego żywienia. **Rysunki 7–9** przedstawiają rozkłady odpowiedzi pacjentów odnoszących się do wyróżnionych przez model transteoretyczny faz zmiany trzech analizowanych zachowań: polegających na regularnej aktywności fizycznej, unikaniu pokarmów z wysoką zawartością tłuszczu i spożywaniu produktów wysokobłonnikowych [13].

Na użytek badania faz zmiany wymienionych zachowań zdefiniowano je w sposób następujący: przyjęto, że regularne ćwiczenia to jakakolwiek aktywność fizyczna (np. szybki spacer, gimnastyka, jazda na rowerze, pływanie, tańczenie, praca w ogrodzie itp.) wykonywana w sposób zaplanowany w celu poprawy sprawności fizycznej przynajmniej 2–3 razy w tygodniu przez 20 minut za każdym razem.

Stwierdzono, że z jednej strony prawie połowa badanych starszych pacjentów (41,7%) pozostawała w stadium prekontemplacji (w fazie „nieuświadomienia”) w odniesieniu do regularnej aktywności fizycznej, tzn. nawet nie rozważała rozpoczęcia ćwiczeń. Z drugiej strony około 31,5% badanych deklarowało stałą realizację tego rodzaju aktywności (faza „utrzymywania”), co świadczy o utrwaleniu korzystnego zachowania (Rysunek 7). Wykazano zbieżność pomiędzy fazą zmiany zachowania polegającego na realizacji regularnych ćwiczeń i przeciętnym czasem trwania chodzenia ($R = 0,28$; $p < 0,05$) oraz częstością wykonywania ćwiczeń gimnastycznych ($R = 0,49$; $p < 0,05$), pływania ($R = 0,28$; $p < 0,05$) i maszerowania ($R = 0,21$; $p < 0,05$).

W badaniu przyjęto, że żywność o wysokiej zawartości tłuszczów to żywność zawierająca tłuszcz zwierzę-



Rysunek 7. Fazy zmiany aktywności fizycznej u badanych osób starszych.

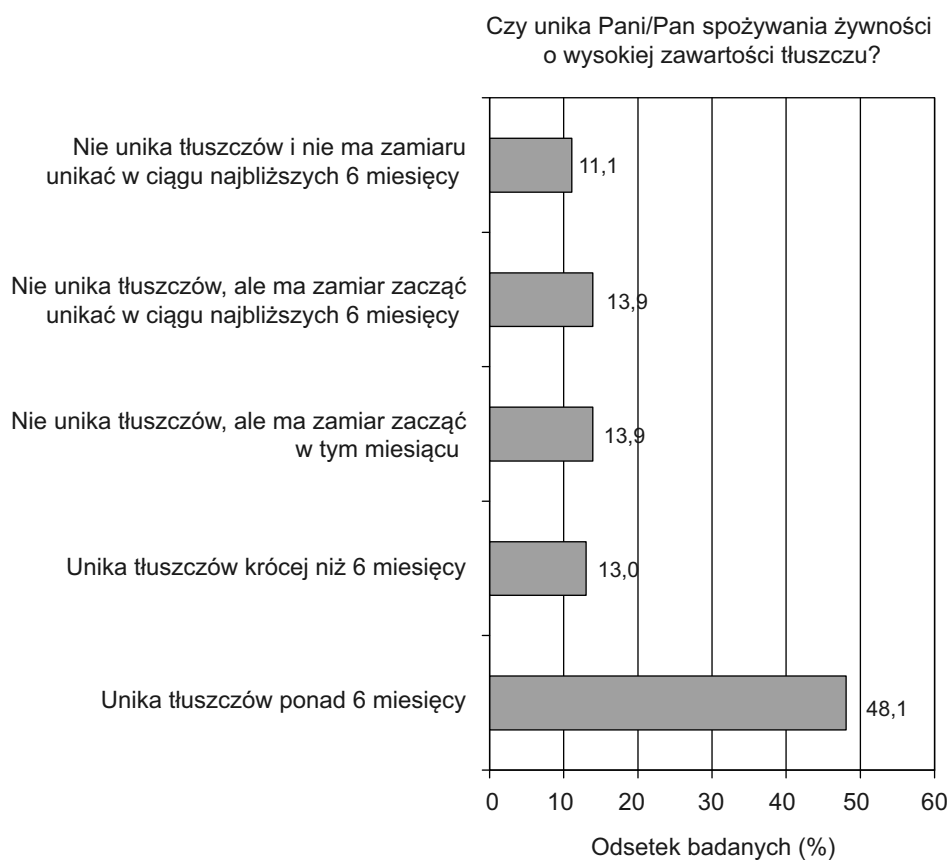
cy (np. masło, smalec, słonina, boczek) i/lub duże ilości tłuszczu roślinnego w postaci oleju lub oliwy. Wykazano, że prawie połowa badanych osób starszych (48,1%) już od dłuższego czasu unikała żywności o wysokiej zawartości tłuszczu, co świadczy o utrwaleniu tego korzystnego zachowania (faza „utrzymywania” zachowania). Jednak druga połowa badanych znajdowała się w różnych fazach zmiany, w tym w stadium „nieuświadomienia” sobie problemu pozostawało nadal 11,1% osób (Rysunek 8). Zatem tylko ta grupa wymagała podstawowej edukacji na temat szkodliwości posiłków z dużą zawartością tłuszczu.

Ponadto stwierdzono pozytywny związek między fazą zmiany zachowania (według TTM) polegającego na unikaniu tłustych pokarmów i częstszym spożywaniem przetworów mleka ($R = 0,40$; $p < 0,05$), ryb, w tym owoców morza ($R = 0,31$; $p < 0,05$), słodczy i ciastek ($R = 0,24$; $p < 0,05$), produktów zbożowych ($R = 0,20$; $p < 0,05$) oraz rzadszym spożyciem czerwonego mięsa ($R = -0,23$; $p < 0,05$), masła i tłuszczów zwierzęcych ($R = -0,30$; $p < 0,05$) oraz jaj ($R = -0,28$; $p < 0,05$).

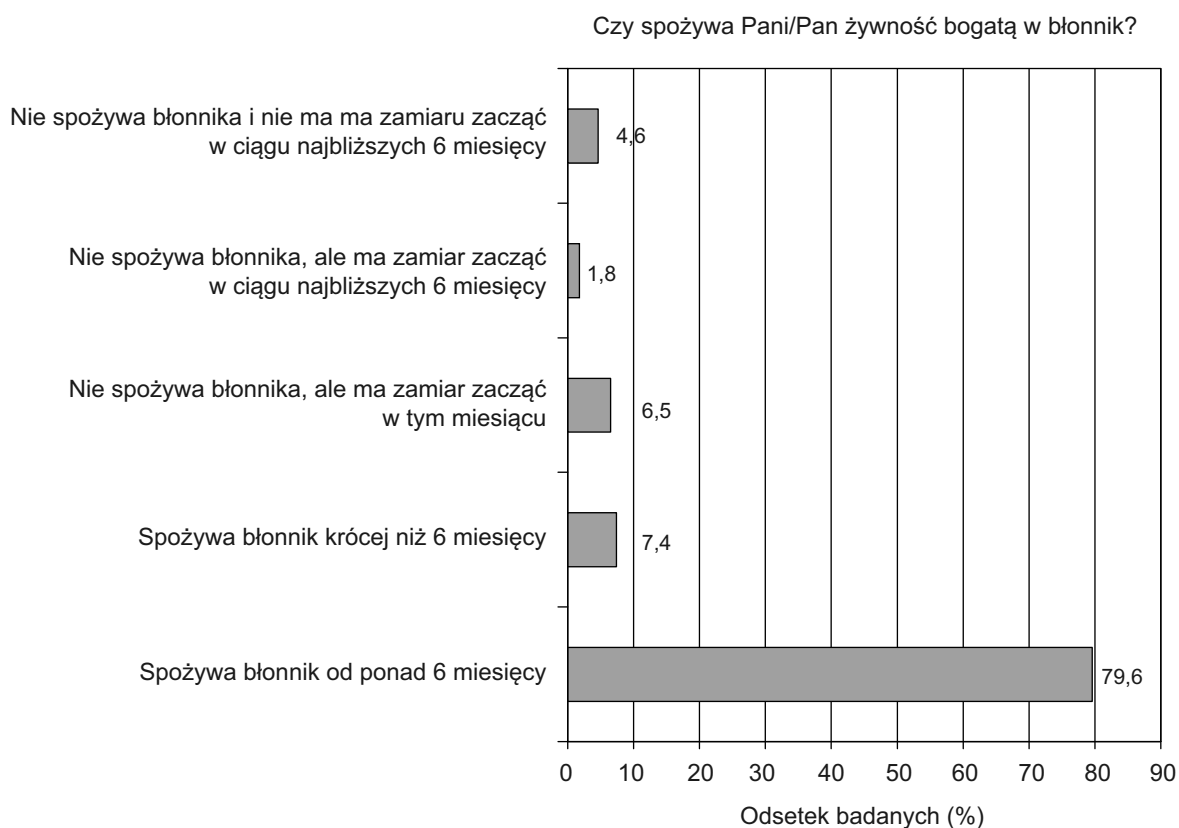
Błonnik znajduje się w pełnych ziarnach, w fasoli, orzechach, owocach i warzywach. Poniżej przedstawiono rozkład częstości odpowiedzi badanych osób starszych odnoszących się do poszczególnych faz zmiany zachowania

polegającego na spożywaniu żywności bogatej w błonnik (Rysunek 9). Według relacji badanych pacjentów prawie 80% z nich od długiego czasu spożywało produkty wysokobłonnikowe, co świadczy o utrwalonej realizacji pożądanego zachowania zdrowotnego. Co więcej, wykazano istotne statystycznie korelacje między fazą zachowania polegającego na spożywaniu żywności bogatej w błonnik i częstszym spożywaniem warzyw ($R = 0,47$; $p < 0,05$), świeżych owoców i soków ($R = 0,45$; $p < 0,05$), ryb, w tym owoców morza ($R = 0,36$; $p < 0,05$), oraz przetworów mleka ($R = 0,34$; $p < 0,05$). Analizując fazy zmiany odnoszące się do zdrowego odżywiania się, nie wykazano natomiast związku wartości BMI i WHtR z fazą gotowości do unikania tłuszczów i spożywania produktów wysokobłonnikowych.

Uzyskane wyniki wskazują, że zadawanie pacjentowi powyższych pytań dotyczących jego przekonań oraz intencji przejawiania aktywności fizycznej i stosowania zaleceń zdrowego odżywiania się może mieć znaczenie diagnostyczne. Jego odpowiedzi pozwalają określić, w jakim stopniu jest on przekonany i skłonny do zmiany oraz utrzymania zalecanego zachowania. Co więcej, mogą pomóc pielęgniarce dostosować techniki przydatne w modyfikacji wspomnianych zachowań zdrowotnych.



Rysunek 8. Fazy zmiany zachowania polegającego na unikaniu żywności o wysokiej zawartości tłuszczu u badanych osób starszych.



Rysunek 9. Fazy zmiany zachowania polegającego na spożywaniu żywności bogatej w błonnik u badanych osób starszych.

Dyskusja

Zalecenia dla programów promocji zdrowia w kontekście wyników oceny zachowań żywieniowych pacjentów w starszym wieku

Niewłaściwa dieta to jeden z głównych czynników wzrostu liczby osób z nadmiarem masy ciała. W Polsce jednym z problemów żywieniowych u dużej części ludzi starszych jest zwiększone w stosunku do zaleceń spożycie tłuszczów, głównie pochodzenia zwierzęcego, oraz cukrów prostych. Często też obserwuje się nadmierne spożycie mięsa i jego przetworów z jednoczesnym zmniejszonym spożyciem produktów skrobiowych, co w połączeniu ze zmniejszonym spożyciem świeżych warzyw i owoców jest przyczyną niedoborów witamin antyoksydacyjnych i błonnika pokarmowego [19]. Począwszy od lat dziewięćdziesiątych XX wieku odnotowano jednak zmniejszanie się wskaźników umieralności z powodu choroby niedokrwiennej serca, co przypisuje się głównie zmianom w zakresie rodzaju spożywanych tłuszczów oraz zwiększeniu konsumpcji świeżych warzyw i owoców [10]. Według analiz danych z Roczników Statystycznych GUS, wykonanych przez Sikorę i wsp., proces urynkowania gospodarki w Polsce spowodował wiele zarówno pozytywnych, jak i negatywnych zmian w podaży grup produktów spożywczych w gospodarstwach emerytów i rencistów. Do pozytywnych zmian należy zaliczyć znaczne zmniejszenie spożycia masła i cukru, przy równoczesnym wzroście konsumpcji owoców [9]. W badanej przez nas grupie tylko 38% osób starszych codziennie jadło masło i tłuszcze zwierzęce, natomiast około 53% wskazywało codzienne stosowanie olejów roślinnych i margaryn, co jest potwierdzeniem pozytywnych zmian w zakresie wyboru tłuszczów. Jest to wynik jednak niesatysfakcjonujący w kontekście zestawień międzynarodowych. W badaniu porównawczym zachowań żywieniowych Polaków i Niemców tylko 50% starszych mężczyzn z Krakowa oraz aż 80% Niemców w podobnym wieku wybierało margaryny do smarowania pieczywa [20]. Oprócz tłuszczów roślinnych w diecie osób starszych należy uwzględniać inne źródła korzystnych wielonienasyconych kwasów tłuszczowych, m.in. tłuste ryby morskie, orzechy czy nasiona roślin strączkowych. Istotny jest też wybór odpowiedniego źródła białka, który dla osoby starszej powinien być uzależniony od indywidualnych zaleceń związanych z chorobą współistniejącą. Badani przez nas pacjenci ograniczali spożycie czerwonego mięsa, które pojawiało się w ich jadłospisie średnio raz na tydzień, co jest pożądanym zachowaniem. Niestety ryby, których częstość spożycia według zaleceń dotyczących profilaktyki chorób układu krążenia powinna wynosić 2–3 razy w tygodniu, były spożywane zbyt rzadko (39% osób 1–2 razy w tygodniu i 31% badanych 1–2 razy w miesiącu). W badaniu Sikory i wsp. konsumpcja mięsa oraz ryb i produktów rybnych w gospodarstwach emerytów i rencistów wahała się w analizowanym przedziale lat 1989–2004, jednak spożycie mięsa wykazywało tendencję wzrostową, natomiast konsumpcja ryb malejącą [9].

Kolejną, wskazywaną przez wspomnianych badaczy, negatywną zmianą jest znaczne zmniejszenie konsumpcji nabiału, produktów zbożowych ogółem oraz ziemniaków. Zmiana struktury spożycia produktów zbożowych dotyczy szczególnie zmniejszenia spożycia mąki i pieczywa, przy równocześnie rosnącym udziale makaronów [9]. Badani przez nas pacjenci codziennie spożywali produkty dostarczające węglowodanów, tj. makarony, chleb, kasze oraz ziemniaki, co jest zgodne z ogólnymi zaleceniami żywienia. Nie pytano o rodzaj wybieranych produktów zbożowych, ponieważ wybór źródeł błonnika pokarmowego w tej grupie w dużej mierze zależy od występowania chorób i związanych z nimi przeciwwskazań. Prawie połowa (odpowiednio 46% i 47%) respondentów codziennie spożywała świeże owoce i soki oraz warzywa. Pozostali badani nie wypełniali jednak zalecenia codziennego jadańia tych produktów, a w porównaniu z danymi z ogólnopolskiego badania stanu zdrowia ludności ich spożycie było rzadsze. Według GUS w Polsce ponad 60% osób w wieku co najmniej 60 lat codziennie jadło świeże owoce i warzywa [4]. Podobnie w badaniach zachowań żywieniowych osób po 60. roku życia zamieszkałych w Krakowie wykazano niezadowalający udział owoców, przewagę spożycia warzyw gotowanych w porównaniu z surowymi oraz ryzyko niedoborów wapnia [21]. Analiza 24-godzinnych wywiadów żywieniowych grupy starszych mieszkańców Krakowa potwierdziła również niedoborowe spożycie witamin antyoksydacyjnych oraz z grupy B, a wśród składników mineralnych niedobór wapnia, magnezu i żelaza [22].

Niedobory tych ostatnich i witamin D, C, B₆ w diecie wraz z wysoką podażą fosforanów i białek zwierzęcych w połączeniu z rzadko podejmowaną aktywnością ruchową przyczyniają się do rozwoju osteoporozy u ludzi starszych [23]. Formą zapobiegania jest dostarczanie odpowiedniej ilości wapnia. W modelowej racji pokarmowej dla osób powyżej 60. roku życia zaleca się 3 porcje mleka lub fermentowanych napojów i przetworów mlecznych w ciągu dnia [24]. W prezentowanym przez nas badaniu nieco ponad połowa pacjentów zgłaszała codzienne spożycie mleka i jego przetworów. Pozostałe osoby nabiał przyjmowały rzadziej, co wydaje się niewystarczające w kontekście wspomnianych zaleceń.

Większość badanych przez nas pacjentów przyjmowała około 1400–1800 ml płynów, ale aż około 36% wypijało nie więcej niż 6 szklanek wody lub innych płynów dziennie, przy czym prawie 6% badanych przyjmowało niecały litr (tzn. 800 ml lub mniej). W zaleceniach osoby starsze powinny codziennie wypijać około 2000 ml płynów i stanowi to podstawę prawidłowego żywienia osób powyżej 70. roku życia [25]. Podsumowując, badana przez nas grupa pacjentów w starszym wieku prezentowała gorsze nawyki żywieniowe niż ogólna populacja osób powyżej 60. roku życia w Polsce. Być może jest to związane z częstszym występowaniem u nich schorzeń przewlekłych i otyłości. Należy przy tym podkreślić, że postrzeganie własnej sylwetki przez badane osoby było adekwatne do wartości BMI i WHtR, jak również przekonanie o potencjalnych korzyściach zdrowotnych

wynikających ze zmniejszenia masy ciała dodatnio korelowało z wartościami tych wskaźników.

Badanie faz gotowości do zmiany stylu życia wykazało, że większość badanych pacjentów prezentowała korzystne zachowania żywieniowe w zakresie ograniczania tłuszczów w diecie i zwiększania podaży produktów wysokobłonnikowych. W kontekście wyników naszego badania jedynie około 11% badanych nadal wymaga edukacji na temat znaczenia redukcji tłuszczów w diecie. W stosunku do pozostałych osób należy stosować inne metody edukacyjne, które wzmacniają poczucie samoskuteczności i podają praktyczne sposoby, jak przygotować smaczne, tanie i zdrowe posiłki. Zdecydowana większość badanych (około 61%), realizując zalecenia unikania tłuszczów w posiłkach, wymagała ponadto wsparcia w utrzymaniu nowego zachowania, podobnie jak pacjenci deklarujący długotrwałe spożywanie pokarmów wysokobłonnikowych (prawie 80% badanych). Pozostali badani byli w różnych fazach zmiany i sposób oddziaływania na ich zachowania wymagał dywersyfikacji metod zależnie od stadium.

W kontekście tych wyników celem programów promocji zdrowia w zakresie redukcji tłuszczów w diecie oraz spożywania produktów wysokobłonnikowych powinno być przede wszystkim wprowadzanie różnego rodzaju ułatwień w realizacji tych zaleceń (np. podawanie praktycznych przykładów przepisów posiłków, wprowadzanie informacji na etykietach na temat zawartości tłuszczu czy błonnika pokarmowego) oraz udzielanie wsparcia. Należy przy tym pamiętać, że wysoka samoocena stanu zdrowia pozytywnie wpływa na zachowania konsumenckie osób starszych, głównie zwiększając częstość dokonywania zakupów oraz wielkość wydatków na cele zdrowotne [26].

Widzimy, że w wyniku wieloletniej polityki zmiany struktury spożycia tłuszczów dokonała się zmiana w świadomości Polaków co do sposobu żywienia. Obecnie wiele osób wie, na czym polega dieta z ograniczeniem cholesterolu lub bogata w błonnik. Znajduje to odzwierciedlenie w znacznie wyższym poziomie motywacji do zmiany, który lokuje odpowiednio około połowę i trzy czwarte badanych osób starszych wśród stosujących wspomniane zalecenia dietetyczne od dłuższego czasu, co świadczy o utrwaleniu korzystnej zmiany. Znacznie mniejsza świadomość dotyczy roli aktywności fizycznej w zachowaniu dobrego zdrowia – była ona udziałem mniej niż połowy badanych pacjentów.

Zalecenia dla programów promocji zdrowia w kontekście wyników oceny aktywności fizycznej pacjentów w starszym wieku

W niniejszym badaniu najczęstszą formą aktywności pacjentów w starszym wieku było chodzenie, spacer lub maszerowanie (69% codziennie). Jednak ponad połowa badanych, jeśli wychodziła z domu w jakimś celu, to na krócej niż pół godziny. Porównanie tych wyników z danymi GUS, gdzie 74% osób starszych chodziło lub spacerowało codziennie przeciętnie przez 45–60 minut, świadczy o tym, że badana przez nas grupa pacjentów prezentowała niższą aktywność fizyczną [4]. Pozostałe

formy ćwiczeń czy rekreacji były zdecydowanie rzadsze, chociaż biorąc pod uwagę wiek badanych oraz stan zdrowia kwalifikujący ich do opieki pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej, jazda na rowerze przynajmniej raz w miesiącu w przypadku około 21% badanych nie jest złym wynikiem. Badani nie znali natomiast programów usprawniających typu ćwiczenia Pilatesa, tai-chi i rzadko chodzili na basen (7% przynajmniej raz w miesiącu) i sporadycznie na tańce.

Ze względu na brak podobnych analiz dotyczących ocenianej przez nas populacji trudno jest odnosić te wyniki do innych badań. W mieszanej populacji gliwickiej 106 pacjentów w wieku 60 lat i więcej przebywających w szpitalu oraz w mieszkaniach 14% badanych relacjonowało, że jeździło wcześniej na rowerze i mniej niż 1% badanych pływało [27]. Z kolei badania młodszej grupy wiekowej (60–69 lat) wykazały większy odsetek osób, które spacerowały lub wykonywały ćwiczenia (49% kobiet) oraz jeździły na rowerze (29% mężczyzn) [28]. Warto zaznaczyć, że osoby, które miały styczność z rekreacją fizyczną we wcześniejszych latach życia, prezentują wyższy poziom aktywności fizycznej [29].

Przegląd literatury przedmiotu wykazał, że aktywność fizyczna, a zwłaszcza chodzenie/spacer, może zmniejszyć ograniczenia sprawności fizycznej osób w starszym wieku [30]. Na przykład, przejście jednej mili tygodniowo powoduje istotne spowolnienie ubytku sprawności fizycznej [31]. Z tego powodu zaleca się codzienne spacerowanie przez 20–60 minut. Ćwiczenia aerobowe, jak marsz, pływanie, jazda na rowerze wskazane są 2–3 razy w tygodniu przez co najmniej 20–30 minut, a ćwiczenia gimnastyczne i rozciągające oraz tai-chi codziennie przez 5–10 minut [32–36]. W naszym badaniu starsi pacjenci, którzy częściej spacerowali/chodzili, wykonywali ćwiczenia fizyczne lub jeździli na rowerze, byli bardziej zadowoleni ze swojej kondycji fizycznej. Na podstawie wielu przeglądów literatury przedmiotu podkreśla się znaczenie zależności ogólnego samopoczucia (ang. *psychological well-being*) od aktywności fizycznej [37]. Netz i wsp. (2005) na podstawie metaanalizy badań wykazali korzystny wpływ aktywności fizycznej na różne aspekty stanu psychicznego: ogólny dobrostan, poczucie własnej skuteczności, postrzeganie siebie (własnej wartości) oraz odczuwanie niepokoju [38]. Polskie badania osób w wieku powyżej 60 lat potwierdzają, że samoocena i poczucie zadowolenia ze swojego stanu zdrowia zależą w większym stopniu od poziomu ich sprawności funkcjonalnej niż od współwystępowania chorób [39]. Również w naszym badaniu pacjenci w starszym wieku, którzy częściej jeździli na rowerze lub pływali, mieli lepsze ogólne samopoczucie. Ponadto wykazywali oni wyższą satysfakcję z życia.

Prawie połowa przez nas badanych pacjentów nie planowała zmiany zachowań w kierunku regularnej aktywności fizycznej. Jak pokazało badanie faz zmiany zachowania, wynika to z braku świadomości, jak ważne jest codzienne podejmowanie aktywności ruchowej i jakie konsekwencje mogą być wynikiem braku wysiłku fizycznego. Zatem celem programów promocji zdrowia w tym zakresie powinno być, przede wszystkim, zwiększenie

szanie świadomości i wiedzy osób starszych, a zwłaszcza pacjentów w starszym wieku, na temat dozwolonych i zalecanych form aktywności fizycznej oraz korzyści zeń wynikających. To ułatwiłoby im przejście z fazy nieświadomości (prekontemplacji – nieplanowania zmiany zachowania) do fazy świadomości (kontemplacji – rozważania zmiany zachowania) i fazy przygotowania do zmiany zachowania. Na tym etapie można stosować wiele metod edukacyjnych opartych na perswazji w celu zmiany przekonań, np. omawianie korzyści i barier utrudniających zmianę zachowania, wzmacnianie poczucia własnej skuteczności, modelowanie (poprzez podawanie dobrych przykładów innych starszych osób, które ćwiczą) i odwoływanie się do wewnętrznej motywacji [40].

Na podstawie analizy korelacji wykazano, że pacjenci w starszym wieku, którzy odżywiali się zdrowo (tzn. częściej spożywali drób, ryby, nabiał, świeże owoce i warzywa) i przejawiali wyższą aktywność fizyczną (zwłaszcza jeżdżąc na rowerze lub pływając), mieli niższe wartości BMI i WHtR, lepsze ogólne samopoczucie i częściej byli zadowoleni z życia. Osoby, które częściej ćwiczyły lub pływały, również przywiązywały większą wagę do aktywności fizycznej, były bardziej zdeterminowane do działania i mniej podatne na zaniechania w tym zakresie. Nieco inna sytuacja dotyczyła odżywiania się. Starsi pacjenci, którzy przywiązywali dużą wagę do zdrowego odżywiania się, częściej spożywali zalecane produkty. Jednak bardziej zdeterminowane do zmiany sposobu żywienia były tylko osoby z wyższym wskaźnikiem BMI, a większą skłonność do niezdrowego jedzenia zgłaszały pacjenci, którzy częściej spożywali posiłki mięsne i tłuszcze zwierzęce. Te wyniki pozwalają zarysować sylwetkę pacjenta prezentującego zdrowe zachowania, które wzajemnie się wzmacniają.

Zastosowanie fazowego modelu zmian zachowań w naszym badaniu wykazało znaczne zróżnicowanie gotowości starszych pacjentów do zmiany zachowań związanych z aktywnością fizyczną i żywieniem. Konsekwencją tego wyniku powinno być przyjęcie różnych strategii edukacyjnych w promocji tych zachowań zdrowotnych. We wcześniejszych fazach stosowane są głównie metody zmierzające do zmiany spostrzegania, przekonań, wzmocnienia świadomości zagrożenia [12]. Wśród nich wymienia się: zwiększanie świadomości, dramatyczne oczyszczanie, ponowną ocenę środowiska, ponowną samoocenę i społeczne ułatwienia. W późniejszych fazach stosowanie metod opartych na wzmocnieniu i wsparciu społecznym ma pomóc w dokonaniu się zmiany zachowania i jego utrwaleniu. Zalicza się do nich: kontrole wzmocnień, relacje pomocowe, przeciwwarunkowanie, kierowanie pozytywnymi wzmocnieniami i samouwolnienie [41]. Należy zaznaczyć, że chociaż ocena skuteczności tego typu działań w odniesieniu do pacjentów w starszym wieku nie była przedmiotem naszego badania, wymienione metody znalazły powszechne uznanie i mogą być polecane w praktyce, także w tej grupie.

Podsumowanie

Ewa Kozdroń na podstawie własnych doświadczeń badawczych stwierdziła, że w Polsce nie ma jednolitego programu promującego aktywizację ruchową osób starszych [34]. Rekreacja ludzi w tym wieku zwykle kojarzona jest z ich rehabilitacją lub działalnością uzdrowiskową, a działalność programowa wielu (z wyjątkiem uniwersytetów trzeciego wieku) instytucji, związków, stowarzyszeń i klubów działających na rzecz seniorów nie uwzględnia systematycznych zajęć ruchowych. Kluby fitness czasami oferują zajęcia dla osób powyżej 50. roku życia, jednak brak punktów konsultacyjnych oraz stosunkowo wysoki koszt zajęć (jak na kieszeń emeryta) utrudniają powszechny udział osób starszych. Badaczka podnosi również kwestię braku właściwej polityki społeczno-zdrowotnej na wszystkich szczeblach administracji publicznej, efektywnej edukacji zdrowotnej w całym cyklu życia, powszechnego dostępu do zajęć z zakresu kultury fizycznej dostosowanych do możliwości zdrowotnych, sprawnościowych i finansowych osób starszych [42]. Podsumowując, brakuje kompleksowych programów promujących różne formy aktywności fizycznej dla ludzi w starszym wieku. Naszym zdaniem dotyczy to zwłaszcza pacjentów, którzy z powodu ograniczeń zdrowotnych nie mogą uczestniczyć w każdej formie tej aktywności i zwykle muszą mieć program dostosowany do ich możliwości.

Zasadniczym wnioskiem z przedstawionego przez nas badania jest stwierdzenie zdecydowanie większych zapóźnień w zakresie aktywności fizycznej w porównaniu z zachowaniami zdrowotnymi w zakresie odżywiania się oraz konieczność dywersyfikacji działań promujących zdrowie w zależności od fazy gotowości starszych pacjentów do zmiany zachowań zdrowotnych.

Biorąc pod uwagę wyższy stopień gotowości zbadanych pacjentów do zmiany nawyków żywieniowych, można z poziomu edukacji uświadamiającej przejść do planowania interwencji polegających np. na:

- praktycznym uczeniu przygotowywania posiłków (np. w formie programów TV proponujących przepisy zdrowej kuchni możliwe do wykonania z tanich rodzimych produktów i dostosowane do określonych schorzeń);
- udzielaniu praktycznych rad (w ramach poradni konsultacyjnych);
- wprowadzaniu konkretnych ułatwień i przepisów prawnych wspierających realizację zaleceń żywieniowych (np. etykiet informujących o składzie produktów spożywczych).

Zaledwie jedna trzecia badanych ćwiczyła regularnie od wielu miesięcy, a niemal połowa nie przejawiała nawet zamiaru podejmowania aktywności fizycznej w formie regularnych ćwiczeń. Wynika stąd konieczność bardziej aktywnego promowania aktywności ruchowej. Biorąc pod uwagę bardzo niski poziom gotowości do zmiany, działania promujące zdrowe zachowania wśród starszych pacjentów powinny zmierzać do uruchomienia programów uświadamiających znaczenie aktywności fizycznej oraz edukujących na temat dozwolonych

i zalecanych form sportu i rekreacji w podeszłym wieku stosownie do stanu zdrowia, indywidualnych preferencji i możliwości. Powinny one być kierowane do osób starszych, jak również do pracowników opieki zdrowotnej i społecznej, sektora uzdrowiskowego oraz organizacji zajmujących się rekreacją (w tym pracowników klubów fitness).

Zarówno w odniesieniu do aktywności fizycznej, jak i zdrowego żywienia konieczne są działania umożliwiające realizację zaleceń związanych ze zdrowym stylem życia, np. porozumienie władz samorządowych i organizacji działających na rzecz osób starszych w celu organizacji zajęć w salach gimnastycznych w szkołach (tak jak to się dzieje we Włoszech w ramach tzw. APA-day), tworzenie sieci jadłodajni ze zdrowymi posiłkami, wypożyczalni sprzętu do ćwiczeń, budowa ścieżek rowerowych, urzędzeń gimnastycznych na terenach rekreacyjnych, promowanie ośrodków fitness oferujących programy dla osób starszych, uwzględniające ich zdrowotne ograniczenia. W strategiach promowania aktywnego i zdrowego stylu życia podnosi się znaczenie działań edukacyjnych, interwencyjnych oraz kampanii populacyjnych jako najbardziej kompleksowych i skutecznych w zmienianiu świadomości i motywowaniu do zmiany zachowań zdrowotnych [43].

Wnioski

1. Wykazano, że większość badanych pacjentów w starszym wieku przejawiała siedzący tryb życia i niski poziom gotowości do zwiększania regularnej aktywności fizycznej. Spośród wszystkich badanych aż 42% starszych osób było w fazie nieświadomości sobie znaczenia aktywności fizycznej dla zdrowia.
2. Świadomość znaczenia zdrowego żywienia wśród badanych pacjentów była wysoka, a długotrwała realizacja zaleceń żywieniowych w postaci ograniczania tłuszczów i spożywania większych ilości błonnika dotyczyła odpowiednio około 48% i 80% badanych.
3. Wskazano pozytywne zależności między przejawianiem regularnej aktywności fizycznej oraz ograniczaniem tłuszczów i zwiększaniem błonnika w posiłkach a gotowością do zmiany w kierunku zachowań prozdrowotnych.
4. Zastosowanie fazowego modelu zmian zachowań ujawniało znaczne różnicowanie gotowości starszych pacjentów do zmiany zachowań związanych z aktywnością fizyczną i żywieniem. Konsekwencją tego wyniku powinno być przyjęcie różnych strategii edukacyjnych w promocji tych zachowań zdrowotnych.

Podziękowania

Koncepcja badania została opracowana w ramach projektu CHANGE w wyniku pracy zespołowej osób z następujących ośrodków: Università di Salerno, Włochy (prof. Mauro Cozzolino – koordynator projektu, prof. Michele Cesaro, Oreste Fasano, Nadia Pecoraro), Istituto Superiore di Sanità, Włochy (dr Marco Giustini, dr Eloise Longo), Comitato Permanente Studi Ricerca Program-

mazione Socio Sanitaria, ASL Caserta1, Włochy (dr Zuzana Simonowa), Clinica Villa delle Magnolie, Włochy (Domenica Rosaria Marotta), FACTUM Chaloupka & Risser OHG, Austria (Ralf Risser, Christine Chaloupka-Risser, Matthias Beggiato), Universitat Autònoma de Barcelona, Hiszpania (prof. Robert Roche, dr Pilar Escotorin Soza, dr Paula Juárez, Mayka Cirera), Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum, Kraków, Polska (dr Katarzyna Szczerbińska, dr Marta Malinowska-Cieślak, dr Beata Piórecka, mgr Violetta Kijowska), Vilniaus Universiteto Eksperimentinės ir Klinikinės Medicinos Institutas, Litwa (prof. Algirdas Juozulynas, Rasa Savičiūtė, Mindaugas Butikis).

Finansowanie

Badanie zrealizowano ramach projektu CHANGE Project (Care of Health Advertising New Goals for Elderly people) finansowanego przez Komisję Europejską na podstawie kontraktu Nr 142101-2008-LLP-IT-Grundtvig-GMP.

Abstract

The associations between stages of behavioral change, their conditions and health behaviors concerning physical activity and nutrition of older patients covered with community nurses care in Kraków. Implications for health promotion

Key words: elderly, health behaviours, physical activity, nutrition, stages of behavioral change, health education

In frame of the European Project CHANGE (Care of Health Advertising New Goals for Elderly people) the study of health behaviours regarding healthy nutrition and physical activity was conducted on patients in age of 60 and more covered with care of community nurses.

Objectives: To assess association between physical activity and nutritional habits, stages of change of these behaviors among older patients and other psychosocial conditions regarding planning of health education intervention to change their health behaviours.

Methods: 108 persons at age avg. 69.6 (SD 60–87) were interviewed by questionnaire (assessing the frequency of intake of particular food products, physical activity, motivation and stage of change these behaviors, satisfaction with physical condition and general wellbeing) by the trained community nurses.

Results: Results showed sedentary style of life in most studied patients. Among physical activity the frequency of daily walking was the highest (69%), while 70% of older people did not exercise. In study group 42% were not aware of importance of physical activity for their health. But the awareness of importance of healthy nutrition was high, and about half of study group (48%) reported that they eat meals with reduced fat, and 80% eat high fiber food. The rules of healthy nutrition were not fully respected. Positive correlations were shown between intention to change, stage of change of health behavior and performance of physical activity and healthy eating. Those behaviors were positively related to well-being and satisfaction with physical condition.

Conclusions: Health promotion programs for older patients should be planned in different way depending on their stage of change of health behaviors. There is a need to raise awareness of importance of physical activity, and to educate older patients about recommended types of exercises and recreation. In case of recommendations of healthy nutrition, the awareness is high and performance definitely more frequent, therefore health promotion programs should stimulate development of permanent social support to maintain change of these behaviors.

Piśmiennictwo:

- Biela U., Pająk A., Kaczmarczyk-Chałas K., Głuszek J., Tendera M., Waśkiewicz A., Kuriata P., Wyrzykowski B., *Częstość występowania nadwagi i otyłości u kobiet i mężczyzn w wieku 20–74 lat, wyniki programu WOBASZ*, „Kardiol. Pol.” 2005; 63: 6 (supl. 4) [dok. elektr. 5.04.2011 www.kardiologiapolska.pl].
- Górska-Ciebiada M., Ciebieda M., Barylski M., Loba J., *Cukrzyca u osób w wieku podeszłym w świetle nowych wytycznych Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego*, „Geriatrics” 2009; 3: 228–233.
- Drygas W., Kwaśniewska M., Kaleta D., Ruszkowska-Majzel J., *Increasing recreational and leisure time physical activity in Poland – how to overcome barriers of inactivity*, „J. Public Health” 2008; 16: 31–36.
- Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r., GUS, 2011 [dok. elektr. 20.06.2011] http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_ZO_stan_zdrowia_2009.pdf
- Le Masurier G.C., Bauman A.E., Corbin C.B., Konopack J.F., Umstatt R.M., van Emmerik R.E., *Assessing walking behaviors of selected subpopulations*, „Med. Sci. Sports Exerc.” 2008; 40, 7, Suppl: 594–602.
- U.S. Department of Health and Human Services. 2008 Physical Activity Guidelines for Americans [dok. elektr. 20.05.2011] www.health.gov/paguidelines/pdf/paguide.pdf
- Pate R.R., Pratt M., Blair S.N., Haskell W.L., Macera C.A., Bouchard C., Buchner D., Ettinger W., Heath G.W., King A.C., *Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine*, „JAMA” 1995; 273, 5: 402–407.
- Gębska-Kuczerowska A., *Characteristics of the elderly in the study on assessment of the impact of the activity level on health status*, „Przegl. Epidemiol.” 2002; 56: 463–470.
- Sikora E., Pysz M., Leszczyńska T., *Zmiany podaży podstawowych grup produktów spożywczych w gospodarstwach domowych emerytów i rencistów w latach 1989–2004*, „Żywność. Nauka. Technologia. Jakość” 2009; 5, 66: 132–147.
- Zatoński W.A., McMichael A.J., Powles J.W., *Przyczyny zmniejszania się umieralności z powodu choroby niedokrwiennej serca w Polsce po 1991 roku*, „BMJ” wydanie polskie 1999; sierpień: 19–24.
- Kozłowska K., Szczecińska A., Roszkowski W., Brzozowska A., Alfonso C., Fjellstrom C., Morais C., Nielsen N.A., Pfau C., Saba A., Sidenvall B., Turrini A., Raats M., Lumbers M., Food in Later Life Project Team, *Patterns of health life style and positive health attitudes in older Europeans*, „J. Nutr. Health Aging” 2008; 12, 10: 728–733.
- Prochaska J.O., Refdiding C.A., Evers K., *The Transtheoretical Model and Stages of Change*, w: Glanz K., Lewis F.M., Rimer B.K. (red.), *Health behavior and health education: theory, research and practice*, Wyd. II, Jossey-Bass, San Francisco 1997: 60–84.
- Prochaska J.O., Velicer W.F., *The Transtheoretical Model of health behavior change*, „American Journal of Health Promotion” 1997; 12: 38–48.
- Spiller V., Scaglia M., Meneghini S., Vanzo A., *Assessing motivation for change toward healthy nutrition and regular physical activity. Validation of two set of instruments*, „Mediterranean Journal of Nutrition and Metabolism” 2009, DOI: 10.1007/s12349-009-0044-5.
- Wilczek-Rużyczka E., Malinowska-Cieślak M., *Psychologia starzenia się*, w: Szczercińska K., Wilczek-Rużyczka E. (red.), *Jak promować zdrowy styl życia i zmieniać zdrowotne zachowania osób starszych*, Wyd. ZiZ, Kraków 2010: 68–78.
- Prochaska J.O., DiClemente G.C. i Norcross J.C., *In search of how people change: application to addictive behaviors*, „American Psychologist” 1992; 47(9): 1102–1114.
- Sutton S., *Back to the drawing board? A review of applications of the transtheoretical model to substance use*, „Addiction” 2001; 96: 175–186; <http://www.medschl.cam.ac.uk/gpccr/documents/Paper67.pdf>.
- Gębska-Kuczerowska A., Miller M., *Sytuacja zdrowotna ludzi powyżej 65 roku życia w Polsce*, „Zdr. Publ.” 2006; 116, 1: 135–137.
- Sahyoun N.R., Zhang X.L., Serdula M.K., *Barriers to the consumption of fruit and vegetables among older adults*, „J. Nutr. Elder.” 2005; 24, 4: 5–21.
- Gacek M., *Zachowania żywieniowe grupy osób starszych zamieszkałych w Polsce i Niemczech*, „Probl. Hig. Epidemiol.” 2008; 89, 3: 401–406.
- Grabowska E., Spodaryk M., *Ocena sposobu żywienia osób starszych mieszkających w Krakowie*, „Żyw. Człow. Metab.” 2002; 29, supl: 203–208.
- Piórecka B., Międzobrodzka A., *Ocena sposobu żywienia i stanu odżywienia osób starszych zamieszkałych w Krakowie*, „Now. Lek.” 2002; 71: 249–254.
- Bolesławska I., Grygiel-Górnica B., Przysławski J., *Żywieniowe aspekty rozwoju osteoporozy wśród kobiet i mężczyzn z regionu wielkopolski*, „Now. Lek.” 2006; 75, 1: 27–30.
- Turlejska H., Pelzner U., Szponar L., Konecka-Matyjek E., *Zasady racjonalnego żywienia – zalecane racje pokarmowe dla ludności w zakładach żywienia zbiorowego*, Ośrodek Doradztwa i Doskonalenia Kadr Sp. z o.o., Gdańsk 2004.
- Russell R.M., Rasmussen H., Lichtenstein A.H., *Modified Food Guide Pyramid for People over Seventy Years of Age*, „Journal of Nutrition” 1999; 129: 751–753.
- Świtała M., *Samoocena stanu zdrowia i jej wpływ na zachowania konsumentów w starszym wieku*, „Gerontol. Pol.” 2009; 17, 3: 129–136.
- Dobrzyń D., Kołodziej W., Staropolska H., *Styl życia ludzi starszych*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska” 2003; LVIII, Suppl. XIII, 49, Sectio D: 267–271.
- Duda B., *Aktywność i sprawność fizyczna osób w wieku 60–69 lat*, „Med. Sport.” 2008; 24, 6: 379–384.
- Bicka A., Kozdroń E., *Aktywność ruchowa w stylu życia ludzi starszych*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska” 2003, LVIII, Suppl. XIII, 13, Sectio D: 61–65.
- Keysor J.J., *Does late-life physical activity or exercise prevent or minimize disablement? A critical review of the scientific evidence*, „Am. J. Prev. Med.” 2003; 25, 3, Suppl 2: 129–136.
- Miller M.E., Rejeski W.J., Reboussin B.A., Ten Have T.R., Ettinger W.H., *Physical activity, functional limitations, and disability in older adults*, „J. Am. Geriatr. Soc.” 2000; 48, 10: 1264–1272.
- Żychowicz A., *Aktywność ruchowa osób starszych*, w: Szczercińska K., Wilczek-Rużyczka E. (red.), *Jak promować zdrowy styl życia i zmieniać zdrowotne zachowania osób starszych*, Wyd. ZiZ, Kraków 2010, 54–67.

33. National Institute on Aging, *Exercise & Physical Activity*, National Institute on Aging 2009.
34. Kozdroń E., *Program rekreacji ruchowej osób starszych*, Wydawnictwo AWF, Warszawa 2008.
35. Mętel S., *Wpływ Tai Chi oraz ćwiczeń sensomotorycznych na poprawę równowagi u osób w wieku geriatrycznym*, „Rehabilitacja Medyczna” 2003; 3: 55–63.
36. Łobożewicz T., *Turystyka i rekreacja ludzi niepełnosprawnych*, Wyższa Szkoła Ekonomiczna, Warszawa 2000.
37. Mc Auley E., Rudolph D., *Physical activity, aging, and psychosocial well-being*, „J. Phys. Act. Aging” 1995; 3: 67–96.
38. Netz Y., Wu M.J., Becker B.J., Tenenbaum G., *Physical activity and psychological well-being in advanced age: a meta-analysis of intervention studies*, „Psychol. Aging” 2005; 20, 2: 272–284.
39. Szymańska J., Pietryka-Michałowska E., Toruń-Jurkowska A., *Cultural variables determining well-being of the population above the age of sixty*, „Zdr. Publ.” 2010; 120, 1: 49–52.
40. van Stralen M.M., Kok, G., de Vries H., Mudde A.N., Bolman C., Lechner L., *The Active plus protocol: systematic development of two theory and evidence-based tailored physical activity interventions for the over-fifties*, „BMC Public Health” 2008; 8: 399.
41. Bandura A., *Self-Efficacy Mechanism in Human Agency*, “American Psychologist” 1982; 37: 122–147.
42. Kozdroń E., *Program rekreacji ruchowej osób starszych II*, Wyd. AWF, Warszawa 2004.
43. Ruszkowska-Majzel J., Drygas W., *Skuteczne metody promowania aktywnego trybu życia nadziei dla profilaktyki przewlekłych chorób niezakaźnych*, „Kardiologia” 2006; 1, 2: 57–62.

■ O autorkach:

dr n. med. Katarzyna Szczębińska – adiunkt w Instytucie Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum, Kraków.

dr Beata Piórecka – adiunkt w Zakładzie Żywienia Człowieka Instytutu Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum, Kraków.

dr Marta Malinowska-Cieślak – adiunkt w Zakładzie Zdrowia Środowiskowego Instytutu Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum, Kraków.