

Gdański Uniwersytet Medyczny
Wydział Nauk o Zdrowiu z Odziałem Pielęgniarstwa
i Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej

Magdalena Tańska

**Wpływ wybranych czynników środowiskowych
na postawy i zachowania żywieniowe słuchaczy
Uniwersytetu Trzeciego Wieku**

Praca doktorska

Promotor: prof. dr hab. Ewa Babicz-Zielińska

Gdańsk 2014

SPIS TREŚCI

WSTĘP	3
1 PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA	5
1.1 Starość jako etap biologicznego rozwoju człowieka.....	5
1.2 Rola Uniwersytetów Trzeciego Wieku w edukacji ludzi starszych.....	19
1.3 Czynniki środowiskowe determinujące kształtowanie się postaw i zachowań żywnościowych	23
2 CEL PRACY I HIPOTEZY BADAWCZE	35
2.1 Cel pracy.....	35
3 METODYKA BADAŃ	36
3.1 Charakterystyka badanej próby.....	36
3.2 Organizacja i etapy badania.....	37
3.3 Narzędzia badawcze	37
3.4 Statystyczna interpretacja wyników badań.....	38
4 WYNIKI BADAŃ	40
4.1 Ocena wybranych wskaźników zdrowia	40
4.2 Styl życia ludzi starszych	44
4.3 Ocena postaw respondentów względem żywności i żywienia	46
4.4 Ocena zachowań żywieniowych	66
4.5 Wpływ wybranych czynników środowiskowych na postawy i zachowania prozdrowotne respondentów	71
4.6 Porównanie postaw i zachowań prozdrowotnych słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku i osób starszych nie wykazujących tego typu aktywności	74
5 DYSKUSJA	80
6 WNIOSKI	92
7 STRESZCZENIE.....	93
8 SUMMARY	95
9 SPIS TABEL	97
10 SPIS RYCIN	99
11 SPIS WYKRESÓW	100
PIŚMIENICTWO	101
ANEKS	113

WSTĘP

Rok 2012 był europejskim rokiem aktywności osób starszych i solidarności międzypokoleniowej. Postęp cywilizacyjny, a zwłaszcza poprawa warunków bytowych, postęp medycyny, zmiana stylu życia na bardziej prozdrowotny, wpływa na wydłużanie się życia ludzkiego. W porównaniu z danymi z 1990 roku czas trwania życia zarówno mężczyzn, jak i kobiet wydłużył się o ponad 4 lata. W 2006 roku przeciętne trwanie życia wynosiło 70,9 lat dla mężczyzn i 79,6 lat dla kobiet. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) mianem starych określa ludzi po 60 roku życia.

Starzenie się społeczeństwa i wydłużanie życia ludzkiego przyczyniło się do powstania ośrodków dydaktycznych dla osób w wieku starszym. W Polsce pierwszy Uniwersytet Trzeciego Wieku (UTW) powstał w 1975 roku w Warszawie. W Polsce obecnie działa około 450 Uniwersytetów Trzeciego Wieku. Głównym celem ich działalności jest włączenie osób starszych do systemu kształcenia poprzez prowadzenie atrakcyjnych zajęć umożliwiających poznawanie różnych zakresów nauki, wiedzy i kultury.

Oceniając znaczenie Uniwersytetów Trzeciego Wieku warto odnieść się do opinii słuchaczy. Do najciekawszych zajęć należą te, na których podejmuje się zagadnienia związane ze zdrowiem człowieka. Szczególne znaczenie w profilaktyce chorób i radzenia sobie z problemami życia codziennego ludzi starszych ma przekazywana wiedza medyczna i psychologiczna (Steuden, 2012).

Jednym z czynników decydujących o jakości życia osób starszych jest zdrowie. Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia zdrowie to stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby czy kalectwa (WHO). Co trzeci mieszkaniec Polski skarży się na długotrwały problem zdrowotny lub choroby przewlekłe, trwające co najmniej 6 miesięcy. Częstotliwość występowania takich problemów rośnie wraz z wiekiem. Czynnikiem ryzyka chorób cywilizacyjnych i społecznych są nieprawidłowe zachowania zdrowotne, nieprawidłowy styl żywienia, nadwaga i otyłość (Szygit, 2010).

Osoby starsze często nie łączą powstawania chorób z niewłaściwymi zachowaniami żywieniowymi. Typowe konsekwencje błędów w odżywianiu osób starszych to nadmierne spożycie tłuszczu i cholesterolu (Wądołowska, 2011), towarzyszy temu zmniejszenie gęstości odżywczej diety (tj. proporcji budulcowych i regulujących składników odżywczych do energii), prowadzące do niedoborów, głównie witamin i składników

mineralnych (Roszkowski, 2011).

W literaturze polskiej możemy spotkać wiele publikacji dotyczących zachowań żywieniowych osób starszych. Aby prowadzić efektywną edukację zdrowotną należy jednak najpierw poznać postawy osób starszych wobec zdrowia, żywności i zdrowego odżywiania, które bezpośrednio wpływają na intencję do zachowania i zachowanie (BabicZ-Zielińska i Zabrocki, 2007). Postawy mogą dotyczyć różnych aspektów żywności i żywienia.

Poznanie postaw osób starszych w stosunku do zdrowia i walorów prozdrowotnych żywności pozwala na bliższe określenie zachowań żywieniowych, co może pomóc w edukacji osób starszych. Niezbędna jest edukacja osób starszych dotycząca zdrowej, zbilansowanej diety, która zapobiega lub wspomaga leczenie już istniejących dolegliwości dietozależnych. Zakres upowszechnianej wiedzy żywieniowej powinien wynikać ze znajomości sposobu żywienia osób, do których jest ona kierowana, popełnianych przez nie błędów żywieniowych i wynikających stąd potrzeb. Istotne znaczenie dla wyboru przekazywanych treści ma także zapoznanie się z oczekiwaniami, poziomem wiedzy i zdolnościami percepcyjnymi odbiorców, przy uwzględnieniu czynników socjodemograficznych, jak: płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, stan zdrowia, sytuacja materialna, charakter wykonywanej pracy i innych uznanych za istotne, np. związanych ze stylem życia (sposób spędzania czasu wolnego, palenie tytoniu, aktywność fizyczna, stosowanie używek itp.) (Kołłajtis-Dołowy i Schlegel-Zawadzka, 2011).

1 PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA

1.1 Starość jako etap biologicznego rozwoju człowieka

Starość – pojęcie, periodyzacja starości

W Polsce obserwuje się proces zmian demograficznych, który charakteryzuje rosnący udział osób starszych w Polsce. W roku 2010 średnia długość życia mężczyzn wynosiła 72,1 lat, a kobiet 80,6 lat (GUS, 2011). Według prognozy Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) do 2035 roku trwanie życia wzrośnie średnio o około 8 lat dla mężczyzn i około 3 lat dla kobiet. Dziś co czwarta osoba starsza należy do grupy zaawansowanej starości (75 lub więcej lat), w 2005 roku była nią już co trzecia (Sygit, 2010). W 2010 roku zanotowano niski wskaźnik urodzeń (1,38). Prognozuje się, że do 2035 roku liczba osób w wieku przedprodukcyjnym zmaleje o 1,5 miliona. Od 2010 do 2035 roku liczebność grupy przedprodukcyjnej zmniejszy się o 3 miliony, a największy ubytek, na poziomie 1,2 miliona osób, nastąpi w latach 2015 i 2010. Jednocześnie wzrośnie liczba osób w wieku poprodukcyjnym o 3,2 miliony osób (GUS). Starzenie się ludności

i wydłużanie się życia, dotyczące głównie krajów wysoko rozwiniętych, ma wiele uwarunkowań. Wiąże się ze zmniejszaniem przyrostu naturalnego, dobrobytem i zwiększaniem jakości życia człowieka. Dobrobyt łączy się z łatwiejszym dostępem do opieki zdrowotnej, wzrostem zakresu zabezpieczenia społecznego, lepszymi warunkami bytowymi, popularyzacją wiedzy zdrowotnej sprzyjającej podnoszeniu jakości życia, działaniem organizacji krajowych i międzynarodowych na rzecz wsparcia i aktywności społecznej osób starszych (Steuden, 2012). Prognozuje się, że trwanie życia człowieka będzie się wydłużało. Konieczne więc będzie objęcie osób starszych opieką. Komitet prognoz „Polska 2000 Plus”, wskazuje na konieczne działania podnoszące jakość życia osób starszych: ochronę zdrowia, działalność opiekuńczą, edukację na przestrzeni całego życia; przedłużanie aktywności zawodowej odpowiednio do możliwości osób starszych; poprawę warunków mieszkaniowych; likwidację barier architektonicznych, technicznych, wsparcie badań naukowych dotyczących osób starszych (Kleiber, 2008).

Starość jest naturalnym okresem życia człowieka. Możemy wyróżnić zespół czynników określających starość: czynniki fizjologiczne, psychologiczne i społeczne. Starość jest rezultatem długotrwałego procesu fizjologicznego zachodzącego u wszystkich

organizmów żywych. Ma uwarunkowania genetyczne, biologiczne i środowiskowe. Łączy się z obniżeniem sił fizycznych i psychicznych. Objawy starzenia określać można wiekiem metrykalnym, biologicznym, psychologicznym i społecznym. Wiek metrykalny mierzony jest liczbą lat danej osoby, wiek społeczny odnosi się do oczekiwań społecznych i poziomu aktywności społecznej osoby. W literaturze możemy spotkać zróżnicowane stanowiska dotyczące periodyzacji starości. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) wyodrębnia trzy okresy starości: wczesną starość (60-74 lata), późną starość (75-89 lat) oraz długowieczność (powyżej 90 lat). Sękowski (1993) wyróżnił również trzy fazy starości, ale o innej rozpiętości wiekowej: 60-70 lat, 70-80 lat oraz 80-90 lat. Podobnie trzy okresy starości wyróżnili Levinson i in. (1978) oraz Birch i Malim (1999): 60-65 lat, 65-85 lat i 85 lat i więcej.

Wiek biologiczny mierzony jest sprawnością fizyczną organizmu oraz zaawansowania zmian w układach i narządach. Określa stopień utraty sprawności i żywotności organizmu. Zmiany biologiczne, które występują w okresie starości to najczęściej zmiany w wyglądzie zewnętrznym, zmiany funkcjonowania zmysłów i różnego typu schorzenia. Według Pędich i Wojszel (2000) zaawansowanie procesów starzenia się można ocenić za pomocą odpowiednich testów i w ten sposób ustalić wiek biologiczny, a stosując odpowiednie testy sprawnościowe – określić wiek czynnościowy. Wiek psychiczny możemy ocenić na podstawie obiektywnych badań funkcji intelektualnych osoby i sprawności zmysłów. Obiektywne określenie starości psychicznej jest niezwykle trudne, gdyż zmiany psychiczne są złożone i niejednoznaczne. Aby określić wiek psychiczny można również zastosować samoocenę, będzie to jednak odczucie subiektywne danej osoby. W tym przypadku sprawdzi się powiedzenie, że „człowiek ma tyle lat na ile się czuje”.

Wiek społeczny odzwierciedla sytuację społeczną danej osoby. Określić ją można analizując pełnione role społeczne osoby. W poszczególnych okresach życia zmienia się rola i zakres tych ról. Wyznaczanie prognozy starości na podstawie ról społecznych jest nieprecyzyjne, gdyż emerytem czy dziadkiem może być osoba w wieku 40 lat.

Wiek ekonomiczny związany jest z miejscem jakie osoba znajduje w społecznym podziale pracy. Określa wiek, w którym zanika aktywność zawodowa jednostki. Według Sygita (2010) cechami charakterystycznymi człowieka w okresie starości są:

- Wygląd. W podeszłym wieku typowe jest występowanie pochylenia i skurczenia sylwetki. Skóra traci swą elastyczność, pojawiają się zmarszczki. Występuje siwizna, a u mężczyzn wypadanie włosów;

- Pogorszenie się wzroku. Występuje dalekowzroczność starcza, osoba starsza ma problem z widzeniem z bliska i przy słabym oświetleniu, można zaobserwować również zaburzenia w rozróżnianiu barw;
- Pogarszanie się funkcjonowania narządu słuchu. Najczęściej wynika z pogorszenia funkcji nerwu słuchowego. Ogranicza znacznie orientację przestrzenną, utrudnia komunikację uczestnictwo w życiu społecznym;
- Miażdżyca. Zmiany miażdżycowe obserwuje się najczęściej u mężczyzn po 40 roku życia oraz kobiet po 60 roku życia;
- Choroba niedokrwienne mięśnia sercowego. Częstotliwość występowania tej choroby wzrasta wraz z wiekiem;
- Nadciśnienie tętnicze. Występuje u większości osób po 65 roku życia, częściej obserwuje się u kobiet niż mężczyzn;
- Choroby układu oddechowego. Występują u osób starszych, ze względu na zmniejszenie się elastyczności przepony, dochodzi do osłabienia czynności płuc;
- Choroby i dolegliwości ze strony układu pokarmowego: zaburzenia prawidłowego przeżuwania pokarmów, braki w uzębieniu, upośledzone wchłanianie składników mineralnych, zaburzenia łąknienia, obniżenie zdolności odczuwania smaków i zapachów;
- Zmiany w układzie ruchu. W wieku starszym zmniejsza się masa mięśni o ok 40%. Zmniejsza się również masa kości (ostopenia).;
- Osteoporoza. Z wiekiem obserwuje się nasilenie procesu zmniejszania masy kości, która jest przyczyną złamań trzonów kręgow, kości ramiennej i udowej;
- Nowotwory. U osób starszych najczęściej występujące nowotwory to: rak szyjki macicy i piersi u kobiet oraz rak płuc i jelita grubego u mężczyzn;
- Nietrzymanie moczu i stolca;
- Choroba Parkinsona;
- Choroba Alzheimera.

Styl życia ludzi starszych

Sposób przeżywania okresu starości wynika z życia każdego człowieka. Stylem życia określamy to, w jaki sposób człowiek zachowuje się na co dzień. Według Czerniawskiej (1998) style życia dzielimy na:

- Styl ekspansywny – zorientowany na wartości, zmiany innowacyjne, rozwój, życie w takim stylu przynosi nowe zadania i daje wiele okazji do rozwoju osobistego;
- Styl zachowawczy – zorientowany na tradycyjne wartości i stabilizację, osoby żyjące w takim stylu utrzymują bliskie kontakty z rodziną i najbliższymi przyjaciółmi;
- Styl całkowicie bierny – osoby realizujące ten styl pozostają w domu, wychodzą z niego tylko w wyjątkowych przypadkach (uroczystości rodzinne, msza święta, itp.), styl ten wynikać może z choroby, kłopotów z poruszaniem lub z powodu bariery psychicznej. Osoby te wycofują się z życia społecznego i zamykają się w sobie;
- Styl rodzinny – osoby starsze realizujące taki styl pełnią pełną rolę babci czy dziadka. Opiekują się wnukami, co zajmuje im cały czas, wypierając inne formy aktywności;
- Styl wynikający z posiadania ogródka działkowego – osoby te większość swojego czasu poświęcają na prace w ogrodzie, daje im to satysfakcję i pozwala na nawiązywanie i podtrzymywanie kontaktów towarzyskich, uprawa działki staje się głównym hobby takiej osoby;
- Styl oparty na aktywności w stowarzyszeniu społecznym – styl ten realizują osoby starsze cieszące się dobrym zdrowiem, są aktywne społecznie i towarzysko. Działają w stowarzyszeniach, związkach zawodowych, towarzystwach, partiach politycznych, angażują się w pracę na rzecz innych;
- Styl domocentryczny – jest to styl na pograniczu biernego i rodzinnego. Realizują go osoby starsze, które niechętnie opuszczają dom, ale nie są bierni. Ich aktywność realizuje korzystanie ze środków masowego przekazu, pomocy rodzinie, zajmowanie się swoim hobby w domu;
- Styl pobożny – życie tych osób koncentruje się głównie na codziennym uczestnictwie w mszach, nabożeństwach i spotkaniach kościelnych, zwykle charakteryzuje ludzi, którzy byli religijni wcześniej, a mając więcej czasu w okresie starości, poświęcają go właśnie na uczestnictwo z życiu kościelnym.

Ludzie starsi mogą żyć według jednego stylu, ale także mogą realizować ich kilka. Podejmowanie aktywności związane jest często ze stanem zdrowia i warunkami ekonomicznymi seniorów.

Czynniki środowiskowe wpływające na jakość życia ludzi starszych

Wśród badaczy reprezentujących różne dziedziny nauki obserwuje się zainteresowanie jakością życia. Pojęcie jakości życia w naukach medycznych ma znaczenie specyficzne. Jakość życia wyznaczoną stanem zdrowia, odnosi się do wymiaru fizycznego oraz psychospołecznego. Jakość życia jest trudna do zdefiniowania, bowiem składa się na nią wiele czynników takich jak warunki bytowe, potrzeby socjalne, potrzeby kulturalne, sytuacja ekonomiczna i inne (Śmiechowska, 2012). Niepowodzenia w próbach jednolitego zdefiniowania jakości życia wynikają z funkcjonowania wielu terminów pokrewnych, jak: subiektywny lub emocjonalny dobrostan – subjective well-being; satysfakcja z życia – life satisfaction; poczucie szczęścia – happiness (Bowling, 2005). Subiektywny (emocjonalny) dobrostan (Diener i in., 2002) jest odzwierciedleniem oceny środowiska, w którym osoba przebywa, jej aspiracji i dążeń, porównań z innymi osobami oraz cech osobowościowych sprzyjających poczuciu zadowolenia i szczęścia (Bowling, 2005).

Początkowo jakość życia utożsamiana była z dobrym życiem w sensie konsumpcyjnym. Następnie w rozważaniach nad jakością życia wprowadzono dodatkowe kryteria, takie jak wolność, zdrowie, szczęście, dobre życie, dobrostan. Według Szewczyk i in. (2012) oceniając jakość życia seniorów należy wziąć pod uwagę wiele aspektów życia związanych ze zdrowiem, samopoczuciem psychicznym i fizycznym oraz funkcjonowaniem społecznym. Według Halickiej (2004) czynniki wpływające na jakość życia osób starszych to zdrowie, sprawność funkcjonalna, sytuacja rodzinna, ekonomiczna, aktywność i kontakty społeczne. Trafiałek (2006) stwierdziła, że w cywilizowanym świecie pojawił się nowy styl życia na emeryturze, ze szczególnym uwzględnieniem sportu, życia towarzyskiego, poszerzania zainteresowań.

U poszczególnych osób wskaźnik satysfakcji z życia ma charakter względnie stabilny w okresie dorosłości, natomiast w okresie późnej starości obniża się (Bowling, 2005). Przyczyną takiego stanu są problemy zdrowotne, zmniejszanie poziomu sprawności psychicznej i fizycznej oraz negatywne zdarzenia życiowe. W ujęciu psychologicznym jakość życia jest rezultatem złożonego, globalnego procesu o charakterze poznawczo-emocjonalnym, który odzwierciedla ustosunkowanie się osoby do własnego życia jako całości lub jego wymiarów cząstkowych (Straś-Romanowska, 2005). Starość człowieka wiąże się z wieloma stratami w wielu sferach życia (utrata zdrowia, sprawności, osób bliskich). Analiza jakości życia u osób starszych powinna uwzględniać wiele czynników

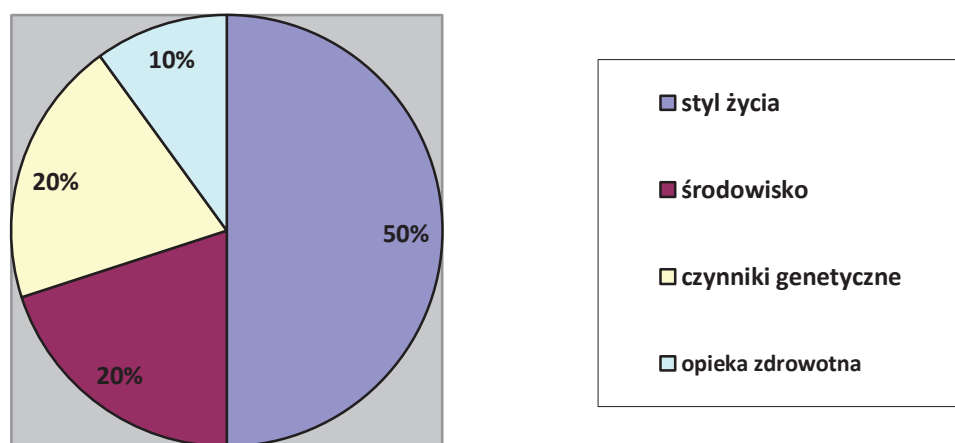
wzajemnie na siebie oddziałujących (Steuden i Oleś, 2005). Według Sęk (2001) kluczowe znaczenie dla poczucia jakości życia osób starszych mają czynniki, które umożliwiają zadowolenie z życia, podtrzymywanie aktywności i samodzielności, poczucie bezpieczeństwa oraz satysfakcjonującą więź z ludźmi i światem. Badania brytyjskie przeprowadzone w grupie 900 ludzi starszych wykazały, że głównymi czynnikami wpływającymi na jakość życia są: brak dyskryminacji, zdolność do aktywnego uczestnictwa w różnych obszarach życia, podtrzymanie relacji społecznych, zdrowie fizyczne oraz zabezpieczenie materialne (Mathers, 2009). Natomiast badania Głębockiej i Szarzyńskiej (2005) wykazały przede wszystkim istotność wpływu poziomu sytuacji materialnej na zadowolenie z życia. Podobne wyniki badań uzyskał Knurowski in. (2005) wykazując wpływ wyższego wykształcenia, wysokiego dochodu oraz posiadania mieszkania na jakość życia. Badania przeprowadzone wśród 1200 osób w wieku 18-65 lat (Fernandez-Ballesteros, 2006) wykazały, że najbardziej znaczącymi czynnikami wpływającymi na jakość życia są: dobre zdrowie, bycie niezależnym, posiadanie dobrej pensji, dobre relacje z rodziną i przyjaciółmi, bycie aktywnym, posiadanie dobrego mieszkania czy domu, zadowolenie z życia, dobre sąsiedztwo, możliwość długiego uczenia się. Badania przeprowadzone w Polsce (Halicka i Pędich, 2002, Lassota, 2006, Wolańska, 2006) również wykazały, że na jakość życia ludzi starszych wpływa dobry stan zdrowia, sprawne funkcjonowanie, aktywność życiowa, warunki środowiskowe oraz świadczenia zdrowotne i społeczne. Z badań Halickiej i Pędich (2002) wynika, że większość ludzi starszych jest zadowolona ze swojego życia, ale zadowolenie to odnosi się częściej do dokonań w przeszłości niż do sytuacji obecnej. Potwierdzają to wyniki badań Kozieł i Trafiałek (2007), które wykazały, że ocena jakości życia słuchaczy Trzeciego Wieku jest podobna do oceny jakości życia osób nie wykazujących tego typu aktywności. Wśród cech osobowościowych wpływających na jakość życia wymienia się niski poziom neurotyzmu, wysoką samoocenę, optymizm życiowy, poczucie kontroli zdarzeń, poczucie koherencji, religijność (Izdebski i Polak, 2005, Marcinek, 2007). Osoby starsze pozostające w rodzinach charakteryzuje wyższy poziom zadowolenia z życia niż osoby samotne czy przebywające w domach opieki (Okła, 2006). Wpływ wieku, płci i czynników socjodemograficznych na jakość życia ludzi starszych zbadali Al-Windi i in. (1999). Badania te wykazały, że mężczyźni w wieku starszym lepiej oceniają swoją jakość życia niż kobiety, lepszą jakość życia deklarowali również seniorzy pozostający w związku, w stosunku do osób samotnych.

Ocena jakości życia uwzględnia również kontekst społeczny. Duże znaczenie

w jakości życia ludzi starszych mają relacje społeczne. Dobre relacje z innymi wpływają na zdrowie i przedłużanie życia. Potwierdzają to badania dotyczące utraty bliskich oraz poczucia samotności osób starszych (Greenglass i in., 2006; Lawrence i in., 2002). Wiele badań wykazuje, że odpowiedni trening prowadzony w grupie ludzi starszych może wzmacniać ich siłę psychiczną, fizyczną, siłę osobowości i plastyczność zachowania, co może podwyższać jakość życia (Cozolino, 2008; Aldwin i in., 2007).

W naukach medycznych definicje jakości życia koncentrują się głównie na zjawiskach zdrowia i choroby. Jedną z prób sformułowania definicji jakości życia jest definicja „jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia” (*Health Related Quality of Life – HRQOL*). Definicja ta uwzględnia cztery podstawowe aspekty funkcjonowania pacjenta – stan fizyczny i sprawność ruchową, stan psychiczny, sytuację społeczną, warunki ekonomiczne i doznania somatyczne (Trzebiatowski, 2011).

Jednym z czynników decydujących o jakości życia osób starszych jest zdrowie. Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia zdrowie to stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby czy kalectwa. Na stan zdrowia wpływa wiele czynników. Według WHO aż w 50% na zdrowie człowieka wpływa styl życia, a w tym odpowiednia dieta i aktywność fizyczna.



Ryc. 1. Udział czynników decydujących o zdrowiu człowieka (WHO)

Problemy zdrowotne ludzi starszych

Według danych statystycznych GUS, najczystszyimi chorobami przewlekłymi występującymi u osób starszych są choroby układu krążenia, choroby stawów, płuc, kręgosłupa, wątroby i nerwice. Inne choroby występujące u seniorów to choroba

wrzodowa żołądka, kamica żółciowa, cukrzyca, nowotwory i choroby układu moczowego. Osobom starszym najczęściej dolega kilka chorób. Problemami zdrowotnymi Polaków są również otyłość oraz problemy z tarczycą. U ludzi starszych otyłość pojawia się w wyniku zmniejszenia się przemiany materii w porównaniu z ludźmi w średnim wieku. Wymienione choroby, występujące najczęściej w wieku starszym, zaliczane są do tzw. chorób przewlekłych niezakaźnych, nazywanych również chorobami cywilizacyjnymi, w których istotnym czynnikiem ryzyka jest niewłaściwe odżywianie się, a często podstawową metodą leczenia jest odpowiednia dieta (Piórecka, 2013). Naukowcy zastanawiają się czy długowieczność związana jest z genami czy sposobem życia, między innymi tym co i w jakiej ilości spożywamy. Co więc wpływa na długowieczność? Część odpowiedzi jest banalna: nie palić tytoniu, utrzymywać prawidłową masę ciała, być aktywnym fizycznie, udzielać się towarzysko, uprawiać turystykę i gimnastykować swój umysł (Sygit, 2010).

Ludzie starzy chorują inaczej niż młodzi. U ludzi młodych najczęściej występują choroby o przebiegu ostrym: zapalenia, choroby zakaźne czy pourazowe. U ludzi starych najczęściej spotykamy się z chorobami przewlekłymi, zwyrodnieniowymi i ich powikłaniami.

Według Krzyżowskiego (2004) choroby związane ze starzeniem się organizmu można podzielić na:

- Choroby, które mogą wystąpić w każdym wieku życia człowieka np. zapalenie płuc. Przebieg tych chorób w wieku starszym jest jednak groźniejszy. Częściej występują powikłania, a ich przebieg w niektórych przypadkach może być śmiertelny;
- Choroby, które częściej pojawiają się u ludzi starszych np. nowotwory, nadciśnienie tętnicze, miażdżyca;

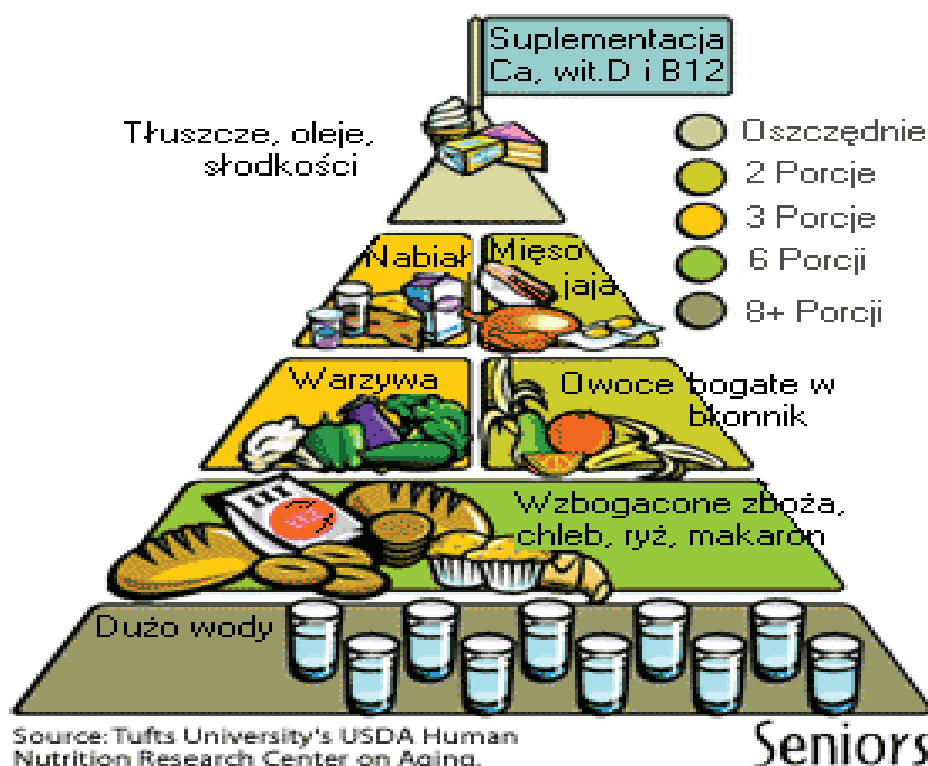
W miarę starzenia się organizm ludzki łatwiej ulega różnym chorobom. Według badań (Sygit, 2010) co trzeci mieszkaniec Polski skarży się na długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe, trwające co najmniej 6 miesięcy. Wystąpienie długotrwałych problemów zdrowotnych sygnalizowało prawie 60% pięćdziesięciolatków, prawie 73% sześćdziesięciolatków oraz 84% ludzi w wieku 70 lat i starszych. Choroby przewlekłe u ludzi starych według Sygita (2010) to:

- Nadciśnienie tętnicze (17% populacji w wieku 75 lat i więcej);
- Choroby kręgosłupa lub dyskopatia (16%);
- Choroby stawów i zwyrodnieniowe (14%);
- Choroba wieńcowa (9%);

- Migrena i częste bóle głowy (8%);
- Nerwica i depresja (7%).

Człowiek w wieku starszym to najtrudniejszy i najdroższy pacjent systemu opieki zdrowotnej. Jest to związane ze złożonością problemów ekonomicznych, zdrowotnych, socjalnych i psychicznych, występujących w czasie opieki nad pacjentem.

Zalecenia żywieniowe dla ludzi starszych



Ryc. 2. Piramida żywienia seniora
(http://www.sfd.pl/Nowa_Piramida_%C5%BBywieniowa-t190872.html)

Celem żywienia osób starszych jest pokrywanie zapotrzebowania organizmu na składniki odżywcze i mineralne. Należy również uwzględnić ograniczenia osób starszych związane z odczuwaniem smaków i zapachów (Wolnicka i Rychlik, 2011). Spożywanie posiłków powinno być przyjemnością, należy więc zadbać o odpowiedni wygląd posiłku oraz miłą atmosferę podczas konsumpcji.

W wieku starszym należy szczególnie dbać o urozmaicenie żywienia. Powinniśmy unikać monotonii żywieniowej i wybierać produkty z różnych grup. Różnorodność składników pożywienia wpływa na zmniejszenie ryzyka niedoborów składników

odżywczych i mineralnych. Odpowiednio skomponowany jadłospis pomaga zapobiegać ryzyku występowania chorób dietozależnych.

Proporcje pomiędzy grupami produktów pokazuje piramida żywienia dla osób starszych. Głównym źródłem energii w diecie seniora powinny być produkty zbożowe oraz warzywa i owoce. Z produktów zbożowych najlepiej wybierać te z grubego przemiału. Zaleca się spożywanie pieczywa pełnoziarnistego, ryżu pełnoziarnistego, kaszy gryczanej i jęczmiennej. Produkty te są bogate w witaminy z grupy B, składniki mineralne oraz błonnik pokarmowy. Spożycie błonnika pokarmowego jest istotne ze względu na jego właściwości zapobiegające chorobom dietozależnym. Błonnik daje uczucie sytości, reguluje pracę jelit i zapobiega zaparciom. Spożywanie produktów z grubego przemiału może wpływać na obniżanie stężenia cholesterolu we krwi, ponieważ ułatwia jego wydalanie z przewodu pokarmowego.

Bardzo ważne dla zdrowia osób starszych jest codzienne spożywanie owoców i warzyw. Zalecane spożycie to 3 porcje warzyw i 2 porcje owoców dziennie. Owoce i warzywa zawierają duże ilości antyoksydantów, składników mineralnych i błonnika pokarmowego. Witaminy antyoksydacyjne opóźniają procesy starzenia się organizmu. Działają również przeciwmiażdżycowo i antynowotworowo. Witamina C zawarta w owocach i warzywach podnosi odporność organizmu. Natomiast witamina E, zawarta w warzywach i olejach roślinnych, nazywana jest witaminą młodości, ponieważ posiada właściwości opóźniające procesy starzenia się organizmu.

Odpowiednią ilość wapnia w diecie zapewnią 2-3 porcje dziennie produktów mlecznych. Osoby starsze, u których występuje nietolerancja laktozy, powinny spożywać produkty mleczne bezlaktozowe lub uzupełniać dietę preparatami wapnia. Bogatym źródłem wapnia są również przetwory rybne zawierające szkielety. Najkorzystniejsze dla zdrowia produkty mleczne to kefiry, chude jogurty i białe twarogi. Tłuszcz mleczny występujący w tłustych przetworach mlecznych takich jak sery żółte, pełnotłuste mleko, śmietana, może podwyższać poziom cholesterolu we krwi.

Aby dostarczyć organizmowi pełnowartościowego białka, osoby starsze powinny spożywać codziennie porcję ryby, mięsa lub roślin strączkowych. Mięso i ryby są również bogatym źródłem żelaza hemowego, które jest dobrze przyswajane przez organizm. Najlepiej jeśli osoby starsze będą spożywały mięsa chude, gotowane lub pieczone. Produkty zawierające duże ilości tłuszczu zwierzęcego, takie jak tłuste mięso, tłuste wędliny i boczek są obfitujące w cholesterol. Zwiększają stężenie całkowitego poziomu cholesterolu we krwi oraz trójglicerydów. Zalecane tłuszcze to oleje, oliwa z oliwek

i miękkie margaryny. Najlepiej jeśli stanowią one dodatek do potraw. W diecie seniorów należy ograniczać słodczy, tłuszcze pochodzenia zwierzęcego i alkohol. Tłuszcze zwierzęce, takie jak masło, smalec, boczek, sery żółte i topione są bogate w niekorzystne dla zdrowia nasycone kwasy tłuszczowe.

W wieku starszym występuje zwiększone ryzyko odwodnienia. Wraz z wiekiem występuje coraz mniejsze odczuwanie pragnienia. Odpowiednia ilość płynów w diecie seniora zapobiega nadmiernej utracie płynów i oczyszcza organizm z toksyn. Nawodnienie organizmu zapewnia, oprócz picia wody, spożywanie soków owocowych, warzywnych, herbat i napojów mlecznych. Natomiast alkohol, kawa i inne napoje zawierające kofeinę mają działanie odwadniające. Osoby starsze powinny unikać w diecie słodczy i cukru. Cukier nie dostarcza żadnych witamin ani składników mineralnych.

W profilaktyce chorób dietozależnych szczególnie ważne jest ograniczenie spożywania soli kuchennej do 5g dziennie. Nadmierna ilość soli w diecie może przyczyniać się do zwiększenia ryzyka chorób układu krążenia, szczególnie nadciśnienia tętniczego. Należy pamiętać, że źródłem soli w diecie jest nie tylko sól dodawana do potraw ale także gotowe produkty czy potrawy, np. pieczywo, sery, wędliny.

Osoby w wieku starszym potrzebują takiej samej ilości składników odżywczych jak ludzie młodzi. W miarę starzenia się organizmu ludzkiego zmniejsza się jednak zapotrzebowanie na energię. Wzrasta tym samym często zapotrzebowanie na niektóre składniki. Dieta dla osoby starszej powinna uwzględniać odpowiednią zawartość składników odżywczych, dostarczając jednocześnie energii odpowiedniej do wieku i stylu życia osoby starszej.

Zmniejszone zapotrzebowanie na energię ludzi starszych związane jest ze zmniejszaniem się beztłuszczowej masy ciała oraz ograniczeniem aktywności ruchowej. Osoby po 65 roku życia najczęściej wykazują niewielką aktywność fizyczną, więc dieta dla mężczyzn powinna zawierać od 1750 do 1950 kcal. Dla kobiet powinna zawierać od 1500 do 1700 kcal (Wolnicka i Rychlik, 2011). Energia pobrana z pożywienia powinna odpowiadać zapotrzebowaniu organizmu i być dostosowana do jego możliwości wydatkowania energii. Nadmiar energii pobieranej z pożywienia może prowadzić do nadwagi lub otyłości, natomiast niedobór – do niedożywienia energetyczno- białkowego, a w skrajnych wypadkach nawet do wyniszczenia.

Podstawowym źródłem energii w diecie seniorów powinny być węglowodany złożone. Poziom energii z węglowodanów powinien wahać się w granicach 45-65 %. Udział energii z tłuszczu powinien wynosić 25-30%. Ważne jest to jaki tłuszcz

spożywamy, z kwasów tłuszczowych nasyconych nie powinno pochodzić więcej niż 10% energii. Reszta energii powinna pochodzić z białka. Szacuje się, że dzienne spożycie białka powinno wynosić od 45g do 81 g dziennie dla mężczyzn i od 41g do 72g dla kobiet (Jarosz i Bułhak-Jachymczyk, 2011). Bardzo ważnym składnikiem diety osoby starszej jest błonnik pokarmowy, który powinien być dostarczony w ilości od 20 do 40 g na dzień.

Witaminy to składniki regulujące procesy metaboliczne w organizmie. Spożywanie ich w odpowiednich ilościach w starszym wieku ma szczególne znaczenie. Część witamin posiada właściwości zmniejszające ryzyko niektórych chorób dietozależnych, takich jak choroby układu krążenia, niektóre nowotwory czy osteoporoza (Wolnicka i Rychlik, 2011). W wieku starszym zwiększa się przede wszystkim zapotrzebowanie na witaminę D. Seniorzy powinni również zwiększyć spożycie witaminy B6. Wynika to z faktu, że witamina ta bierze udział w przemianach białek i wielonienasyconych kwasów tłuszczowych oraz wiele leków zażywanych w wieku starszym zmniejsza jej wchłanianie. Zmniejsza się również wchłanianie witamin B2 i B12 oraz kwasu foliowego.

Zalecenia dotyczące spożywania składników mineralnych są bardzo zbliżone do zaleceń dla osób dorosłych. Wyjątkiem jest wapń, na który z wiekiem zapotrzebowanie wzrasta. Zaleca się spożywanie większej ilości wapnia już po 50 roku życia, ze względu na zmniejszanie wchłaniania i przyswajania tego składnika. Niedobór wapnia powoduje ubytek masy kostnej, który postępuje wraz ze starzeniem się organizmu. Seniorzy powinni ograniczyć spożywanie sodu, wynika to z faktu, że osoby starsze narażone są na ryzyko występowania nadciśnienia tętniczego i związanych z nim chorób układu krążenia.

Ogólne zasady prawidłowego żywienia w starszym wieku według Roszkowskiego (2011) przewidują:

- Ograniczanie spożycia cukrów oraz tłuszczu pochodzenia zwierzęcego;
- Urozmaicenie diety poprzez spożywanie różnorodnych produktów, szczególnie o dużej wartości odżywczej;
- Unikanie spożywania potraw i produktów trudnostrawnych;
- Codzienne spożywanie warzyw i owoców, w miarę możliwości w stanie surowym;
- Unikanie spożywania większej ilości soli i ostrych przypraw;
- Regularne spożywanie posiłków o mniejszej objętości, ale częściej (4-5 razy dziennie) oraz unikanie przejadania się i niedopuszczanie do nadwagi;
- Wypijanie większej ilości płynów z preferencją do napojów niegazowanych;
- Ograniczenie spożywania alkoholu;
- Prowadzenie aktywnego fizycznie i umysłowo trybu życia, dostosowanego

- do możliwości i sprawiającego satysfakcję;
- Znajdowanie przyjemności w jedzeniu.

Problemy żywieniowe ludzi w wieku starszym

Główne błędy w żywieniu osób starszych według Wądołowskiej (2011):

- Nieprawidłowy tryb żywienia i zwyczaje – brak zalecanej ilości posiłków, nadmierne dosalanie lub słodzenie potraw, pojadanie między posiłkami;
- Nieodpowiednia struktura spożycia żywności – monotonia żywienia i spożywanie nieurozmaiconych posiłków;
- Zbyt niskie spożycie owoców, produktów mlecznych, zbożowych, zbożowych z pełnego przemiału, ryb, strączkowych suchych, warzyw;
- Zbyt wysokie spożycie cukru i słodczy, mięsa i jego przetworów, tłustego mięsa i wędlin, tłuszczów, żywności o dużej gęstości energetycznej i małej wartości odżywczej;
- Nieodpowiednia wartość odżywcza spożywanego pokarmu – zbyt niska lub wysoka wartość energetyczna, nadmierny udział energii z białka, nadmierny udział energii z tłuszczu, zbyt niski udział energii z węglowodanów;
- Zbyt wysoka zawartość w diecie cholesterolu i tłuszczu;
- Zbyt niska zawartość w diecie błonnika, cynku, magnezu, miedzi, potasu, wapnia, żelaza, folianów, witamin z grupy B, witamin A, C, D i E.

Wądołowska (2011) wyróżniła najczęstsze przyczyny błędów żywieniowych osób starszych:

- Liczne choroby;
- Ograniczenia pokarmowe;
- Miejsce zamieszkania (miasteczko, wieś);
- Ograniczona mobilność (niepełnosprawność);
- Poziom wiedzy żywieniowej;
- Osłabienie odczuwania smaku, zapachu, głodu i pragnienia;
- Przyjmowanie leków;
- Niewłaściwe nawyki żywieniowe;
- Samotność;
- Trudności w robieniu zakupów i przygotowaniu posiłków;
- Trudności z gryzieniem i żuciem (braki w uzębieniu);

- Zaburzenia psychiczne (otępienie, depresja);
- Zła sytuacja ekonomiczna seniorów.

W wieku starszym spotkać możemy wiele problemów związanych z odżywianiem. Wraz z wiekiem odczuwanie głodu i pragnienia zmniejsza się, zmniejsza się również odczuwanie smaku i zapachu, a poprzez to spożywanie posiłku nie jest przyjemne (Maynard i in., 2005). Pojawiają się również braki w uzębieniu powodujące problemy z gryzieniem i przeżuwaniami pokarmu. Osoby starsze są często samotne, co powoduje zmniejszanie się społecznej funkcji spożywania posiłków. Spożywanie posiłków w miłej atmosferze może znacznie zapobiegać niedożywieniu osób starszych.

Dużym błędem seniorów jest monotonia odżywiania. Liczne choroby i przyjmowanie leków zwiększają ryzyko niepożądanych interakcji oraz wymuszają modyfikacje w odżywianiu osób starszych i ograniczają swobodny dobór żywności (Gębska-Kuczerowska i Miller, 2006). Według Niedźwiedzkiej i in. (2005) osoby starsze wykazują niechęć do przygotowywania wyszukanych potraw i zwykle nie są zainteresowane nieznanymi potrawami. Spożywają zbyt mało produktów mlecznych, produktów z pełnego przemiału i nasion roślin strączkowych, a zbyt wiele tłustych mięs i jego przetworów oraz cukru i słodczy (Wierzbicka i Roszkowski, 2004). Wynika to zazwyczaj z nieprawidłowych nawyków żywieniowych ukształtowanych w dzieciństwie, a później utrwalonych w dorosłości. Wpływ nawyków i zwyczajów żywieniowych na stan żywienia osób starszych potwierdzają badania Maynard i in. (2005). Badania te wykazały, że osoby spożywające dużą ilość warzyw w dzieciństwie, po 50 latach życia odżywiały się prawidłowo. Osoby badane charakteryzowała wyższa jakość diety wyrażona wskaźnikiem zdrowego odżywiania (Healthy Diet Score). Jest to wskaźnik skupiający 12 cech spożycia żywności i składników pokarmowych. Na niewłaściwą jakość odżywiania seniorów wpływa również zła sytuacja ekonomiczna, niski poziom wykształcenia, brak odpowiedniej wiedzy żywieniowej i miejsce zamieszkania. Występujące u osób starszych schorzenia i postępująca niepełnosprawność wpływają na rezygnację z przygotowywania pracochłonnych posiłków (Gębska-Kuczerowska i Miller, 2006). Osoby starsze najczęściej mają uregulowany tryb żywienia, ze względu na brak obowiązków zawodowych. Jednak częstotliwość żywienia wielu osób starszych nie odpowiada możliwościom ich organizmów (Gibney i in. 2004). Częstym błędem popełnianym przez osoby starsze jest również pojadanie między posiłkami.

Problemem wieku starszego jest również ogólne zmniejszenie spożycia żywności i ilości wypijanych płynów, które następują wskutek zmniejszenia apetytu i pragnienia lub

nieodpowiedniej konsystencji żywności sprawiającej problemy przeżuwaniami pokarmu (Larrieu i in. 2004). Badania przeprowadzone wśród słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku (Tańska i in., 2013) wykazały, że tylko połowa badanych spożywała codziennie warzywa. Problemem osób starszych jest nadmierne spożycie tłuszczu, cholesterolu, fosforu i sodu (Kałuża i Brzozowska, 2002). Nawet osoby starsze wykazujące niskie spożycie żywności ogółem charakteryzuje zbyt wysokie spożycie tłuszczu. Badania wskazują, że racje pokarmowe osób starszych zawierają przeciętnie 34-36 % energii z tłuszczów. Według ogólnopolskich badań gospodarstw domowych z 2000 roku górne zalecenia spożycia tłuszczu (tj. 25 % energii ogółem) przekraczało około 80% osób starszych, w tym częściej dotyczyło to mężczyzn niż kobiet (Szponar i in. 2003).

Strategie zapobiegania błędom żywieniowym według Wądołowskiej (2011):

- Aktywizacja osób starszych;
- Edukacja żywieniowa osób w zorganizowanych grupach dla seniorów;
- Odpowiednia suplementacja;
- Pomoc w przygotowywaniu posiłków (w instytucjach, w domach);
- Poprawa sytuacji ekonomicznej ludzi starszych;
- Poprawa mobilności i funkcji życiowych osób starszych;
- Odpowiednia opieka zdrowotna i zapobieganie chorobom;
- Kształcenie prawidłowych zachowań żywieniowych już w okresie dzieciństwa i młodości;
- Zwiększenie wartości odżywczej racji pokarmowych ludzi starszych.

1.2 Rola Uniwersytetów Trzeciego Wieku w edukacji ludzi starszych

Edukacja to bardzo szeroko rozumiany termin i dotyczy całego życia człowieka. Według Słownika Języka Polskiego edukacja rozumiana jest jako wychowanie, wykształcenie i nauka oraz proces zdobywania wiedzy, umiejętności i kształcenie. Według Kamińskiego (1978) uczenie się, rozumiane jest jako aktywność samokształceniowa, wyrażająca się nie tylko w aktywności intelektualnej, ale także artystycznej, technicznej, społecznej, moralnej, politycznej, filozoficznej, aktywności fizycznej, towarzyskiej, służącej nie tylko zdobyciu wiedzy i umiejętności praktycznych, ale także nabyciu umiejętności wartościowania, wyboru czy wreszcie kształtowania własnej osobowości, wykracza poza edukację typowo szkolną, przypisaną wiekowi młodzieńczemu. Osoby starsze wraz ze zwiększaniem się tempa życia odczuwają potrzebę ciągłego aktualizowania

wiedzy. Wydłużanie się życia ludzkiego i czas na emeryturze pozwalają na poświęcenie czasu wolnego na udział w zorganizowanych grupach świadczących różne formy edukacji i aktywności. Nabywanie wiedzy może być również stylem życia osoby starszej. Według Szatur-Jaworskiej i in., (2006) edukacja pozwala ludziom w osiągnięciu niezależności, dlatego też powinna:

- Pomagać w samodzielności życiowej w okresie starości;
- Ograniczać stereotypy dotyczące życia ludzi starszych.

Edukacja osób starszych powinna przede wszystkim pozytywnie wpływać na jakość życia seniorów. Powinna uwzględniać zdobyte doświadczenia, umożliwiać ich przekazywanie oraz ułatwiać życie codzienne. Według Szatur-Jaworskiej i in. (2006) edukacja może seniorom pomóc w wielu aspektach życia:

- Daje poczucie przynależności do grupy, poznanie nowych znajomych, chroni przed poczuciem samotności;
- Wpływa na podniesienie poczucia własnej wartości;
- Może umożliwiać nabywanie nowych umiejętności i wiedzy, którą seniorzy mogą wykorzystać w celu zwiększania dochodów;
- Nabyte umiejętności pozwalają na lepsze radzenie sobie w życiu codziennym i przystosowanie się do szybko zmieniających się warunków życia;
- Umożliwia samorealizację poprzez pomaganie i uczenie innych;
- Wpływa na ograniczanie stereotypów dotyczących ludzi starszych i ich życia.

Uniwersytety Trzeciego Wieku (UTW – University of the Thied Age) to ośrodki dydaktyczne kształcące osoby w starszym wieku. Do ich powstania przyczyniły się przemiany demograficzne na świecie. Pierwszy Uniwersytet Trzeciego Wieku powstał we Francji w 1973 roku przy Uniwersytecie w Tuluzie. Jego założyciel to Pierre Vellas, profesor nauk społecznych. W latach 1975-1976, dzięki inspiracji profesora, powstały kolejne Uniwersytety we Francji (w Nicei i Caen), przy Wydziale Lekarskim Uniwersytetu w Genewie, a następnie w Belgii. W następnych latach powstawały kolejne Uniwersytety Trzeciego Wieku – stawały się one ważnymi placówkami edukacji osób dorosłych, organizacjami życia społecznego seniorów i partnerami w dyskusjach nad dokonującymi się procesami będącymi efektem przemian demograficznych (Marczuk, 2006). W 1975 roku powstało Międzynarodowe Stowarzyszenie Uniwersytetów Trzeciego Wieku (Association Internationale des Universites du Troisieme Age -AIUTA), skupiające Uniwersytety Trzeciego Wieku z całego świata. Według profesora Vellasa Uniwersytety Trzeciego Wieku są instytucjami uniwersyteckimi, ich zadaniem jest nie tylko podnoszenie

jakości życia słuchaczy, ale także rozwój i poprawa warunków życia wszystkich osób starszych.

W Polsce pierwszy Uniwersytet Trzeciego Wieku powstał w 1975 roku. Jego założycielką była profesor Halina Szwarz, kierownik Zakładu Gerontologii przy Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego. W latach 1977-1978 zostały powołane w Polsce kolejne Uniwersytety – we Wrocławiu, Opolu i Szczecinie, a nieco później w Krakowie, Łodzi i innych miastach Polski (Marczuk, 2006). W Polsce działa ponad 450 Uniwersytetów Trzeciego Wieku. Możemy je podzielić na dwa typy:

- Placówki ściśle związane z uczelnią wyższą, kierowane przez osobę mianowaną przez rektora uczelni. Placówki te funkcjonują według zasad uczelni;
- Placówki niezwiązane z uczelnią wyższą, najczęściej powoływane są przez zorganizowane grupy, takie jak stowarzyszenia.

Jednym z celów działalności Uniwersytetów Trzeciego Wieku jest włączenie ludzi starszych do systemu kształcenia. Oto stwierdzenie, które znalazło się w opracowanym i wydany w 1982 roku przez ONZ Planie działania na rzecz osób starszych: „Instytucje państwowe, organizacje pozarządowe i środki masowego przekazu mają podjąć starania, aby osoby stare miały dostęp do wiedzy na różnym poziomie (w skali świata także do alfabetyzacji), aby nie musiały żyć z piętnem upośledzenia fizycznego czy psychicznego, a także nie były pozbawione zadań i uznania w swoim środowisku” (Szwarc, 2000).

Uniwersytety Trzeciego Wieku spełniają wiele funkcji. Stwarzają możliwości ciągłego poszerzania wiedzy. Drożdż (2009) wskazuje na dwie ważne funkcje Uniwersytetów Trzeciego Wieku: edukacyjną i rekreacyjno-integracyjną. W zakresie funkcji edukacyjnej wyodrębnia cztery szczegółowe zadania: mądre zagospodarowanie czasu, pogłębianie spojrzenia na świat i człowieka, zaspokojenie potrzeby poznawczej oraz integrację doświadczenia życiowego z nową wiedzą, planowanie i racjonalne konstruowanie własnej starości poprzez dobrą organizację czasu wolnego. Bardzo ważną funkcją Uniwersytetów Trzeciego Wieku jest stworzenie ludziom starszym możliwości głębokiego spojrzenia na świat i innych ludzi. Jak wynika z licznych badań (Drożdż, 2009, Marczuk, 2006, Zaorska, 2006), uczestnictwo w Uniwersytecie Trzeciego Wieku zaspokaja potrzeby poznawcze ludzi starszych, stwarza możliwość poczucia przynależności do grupy, sprzyja rozwojowi nowych zainteresowań, wpływa na zwiększanie poczucia własnej wartości. Do funkcji rekreacyjno-organizacyjnej zaliczamy budowanie nowych przyjaźni. Uniwersytet Trzeciego Wieku jest miejscem spotkań osób, które dzięki

wspólnym zainteresowaniom, różnym formom aktywności tworzą wspólnotę opartą na wzajemnym zrozumieniu i akceptacji. Udział w zorganizowanych spotkaniach pomaga w nawiązywaniu nowych znajomości, podejmowania różnych form pomagania innym, kształtuje zachowania prozdrowotne (np. poprzez aktywność fizyczną i rekreacyjną). Zachęcanie osób starszych do różnych form aktywności fizycznej i intelektualnej sprzyja podnoszeniu poczucia jakości życia seniorów. Różne formy aktywności proponowane w ramach uczestnictwa w Uniwersytecie Trzeciego Wieku są odpowiedzią na potrzeby osób starszych, wpływają pozytywnie na ich samoocenę, burzą funkcjonujący stereotyp społeczny, przeciwdziałają marginalizacji społecznej (Czerniawska, 1998).

Według Szatur-Jaworskiej i in., (2006) celami zarówno pierwszych, jak i nadal powstających Uniwersytetów Trzeciego Wieku są:

- Włączanie ludzi starszych do systemu kształcenia ustawicznego;
- Przekazywanie wiedzy z różnych dziedzin;
- Zachęcanie do aktywności fizycznej i intelektualnej słuchaczy;
- Wdrażanie profilaktyki gerontologicznej ;
- Prowadzenie badań naukowych.

Szatur-Jaworska i in. (2006) wyróżnili również wiele innych, bardziej szczegółowych celów kształcenia Uniwersytetów Trzeciego Wieku:

- Nauka prozdrowotnego stylu życia;
- Prowadzenie zajęć fizycznych;
- Organizacja zajęć, które umożliwiają odkrywanie i zaspokajanie nowych zainteresowań słuchaczy.

Uniwersytety Trzeciego Wieku mogą również pełnić funkcję instytucji świadczących poradnictwo na rzecz ludzi starszych. Poradnictwo to dotyczy poszerzania wiedzy, podnoszenia sprawności i umiejętności. Taki rodzaj poradnictwa ma duże znaczenie w okresie starości, gdyż jest łatwodostępne. Wnuk (2002) podkreślił konieczność podjęcia następujących działań, w obszarze poradnictwa dla osób starszych:

- Pomoc w organizowaniu czasu wolnego. Odpowiednio zorganizowany czas wolny pomaga ludziom starszym w radzeniu sobie z codziennymi problemami życia. Odkrywanie nowych zainteresowań sprzyja podnoszeniu się jakości życia seniorów i poczucia samozadowolenia;
- Zachęcanie osób starszych do działań na rzecz innych, ale także edukacja rodziny zajmującej się osoba starszą;
- Poradnictwo przygotowujące do okresu przejścia na emeryturę;

- Poradnictwo socjalne i ekonomiczne dotyczące np. pomocy w wyborze instytucji oferującej opiekę nad osobą starszą, poradnictwo dotyczące zabezpieczania zgromadzonych oszczędności, itp.

Okres starości może być wspaniałym czasem do rozwoju, a także czerpania przyjemności z pomagania innym. Słuchaczem Uniwersytetu Trzeciego wieku zwykle może zostać każda osoba, która zakończyła działalność zawodową. Najczęściej są to emeryci i renciści. Uniwersytety Trzeciego Wieku poprzez swoją działalność wysyłają do społeczeństwa ważny przekaz: aktywność w życiu nie kończy się w raz z chwilą przejścia na emeryturę. Misja Uniwersytetów Trzeciego Wieku według Czerniawskiej (1987): „Uniwersytety Trzeciego Wieku dążą do tego, by czas starości był czasem pełnego życia napełnionego tym co warto robić, w co człowiek angażuje się tak, że gotów jest nawet zmienić swój stosunek do świata i ludzi, jeśli okaże się to słuszne. Uniwersytet Trzeciego Wieku nie chce dawać namiastek wiedzy, nie chce być instytucją oświatową „na niby”, dogadzającą, nie wymagającą wysiłku intelektualnego, psychicznego, fizycznego. Chce służyć dialogowi, tzn. spotkaniom kultur, przeszłości i teraźniejszości”.

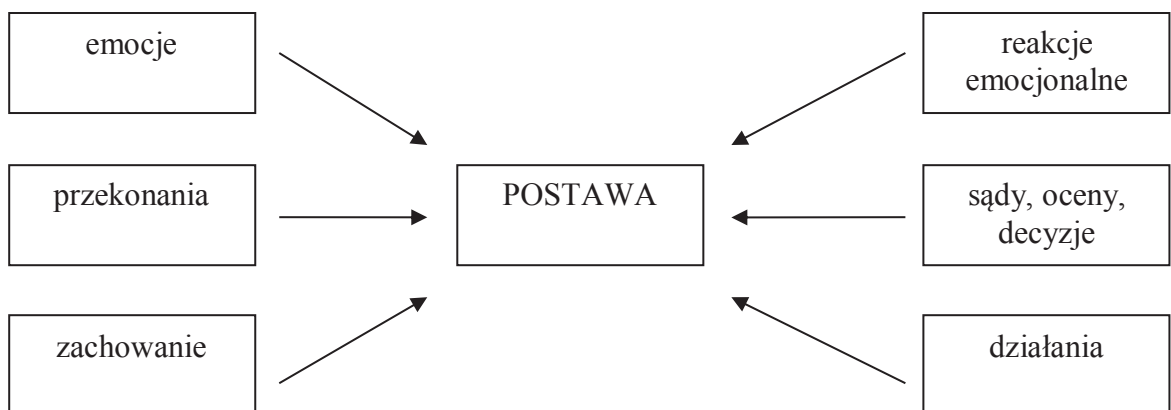
1.3 Czynniki środowiskowe determinujące kształtowanie się postaw i zachowań żywieniowych

Definicja postawy określa, że postawa to względnie trwale zorganizowanie przekonań w stosunku do przedmiotu czy sytuacji, które predysponują do reagowania w pewien sposób preferencyjnego (Rokeach, 1968). Wielu naukowców zgadza się z tym, że postawa to trwała ocena – pozytywna lub negatywna - ludzi, obiektów i idei (Eagly i Chaiken, 1993). Postawa zawsze jest czyjaś i skierowana jest zawsze na obiekt, rodzaj lub grupę obiektów. Postawa jest to więc stosunek osoby do danego zjawiska bądź przedmiotu poprzedzająca zachowanie. Postawa jest zawsze związana z oceną, pozytywną lub negatywną wobec przedmiotu postawy. Możemy stwierdzić, że postawa powstaje wtedy, gdy u jednostki wykształca się trwały sposób emocjonalnego reagowania na coś, co staje się obiektem postawy (Domachowski, 1998). Jednym z podstawowych uwarunkowań zachowań człowieka są emocje. Wpływają one na zachowanie człowieka sprawiając, że osoba dąży do obiektu, który wzbudza emocje pozytywne, natomiast unika kontaktu z obiektem wzbudzającym emocje negatywne. Obiekt może u różnych osób wzbudzać inne emocje, zatem nie możemy mówić o obiekcie pozytywnym lub negatywnym.

Przez wiele lat w psychologii dominowało myślenie o postawie jako strukturze trzelementowej (Jeżewska-Zychowicz i Piłska 2007). Mika (1981) stwierdził postawa składa się z trzech komponentów:

- Komponentu poznawczego (świadomościowego), który stanowi wiedza o przedmiocie postawy, przekonania i poglądy;
- Komponentu emocjonalnego (emocjonalno-motywacyjnego), czyli uczuć wyższych (np. radość, miłość itp.) i ich przeciwieństw. Emocje pobudzają do określonych zachowań, natomiast motywacje określają kierunek oraz energię podejmowania działań;
- Komponentu behawioralnego (behawiorystycznego), który może oznaczać wyobrażenia i poglądy na temat zamierzonych zachowań lub intencje zachowań.

Powyższą definicję postawy możemy przyjąć w sytuacji, gdy obiekt postawy jest konkretnym przedmiotem lub osobą. Emocjonalny składnik postawy jest mierzony za pośrednictwem fizjologicznych składników emocji, zaś składnik behawioralny – za pośrednictwem rzeczywistych zachowań (Wojciszke, 2002). Kiedy wszystkie trzy składniki mierzone są za pomocą wypowiedzi badanych, a obiekt postawy ma charakter abstrakcyjny (np. kobiety w ogóle), składniki te zlewają się, a postawy nabierają jednowymiarowego charakteru (Tesser i Shaffer, 1990). Wymiarem tym jest wymiar wartościowania, przyjmujemy więc, że istotą postawy jest tendencja to pozytywnego bądź negatywnego ustosunkowania do obiektu. Tak rozumiana postawa jest swoistą „soczewką” pośredniczącą pomiędzy naszymi przeszłymi i bieżącymi doświadczeniami z danym obiektem lub rodzajem obiektów (Wojciszke, 2002).



Ryc. 3. Soczewkowy model wyznaczników i konsekwencji postaw (Wojciszke, 2002)

Jeżewska-Zychowicz i Pilska (2007) wyróżniły kilka czynników określających kształtowanie się postawy:

- Fizjologiczne (postawy związane z wiekiem, dobrym czy złym samopoczuciem fizycznym);
- Społeczne (np.: uwarunkowania ze strony innych, komunikowanie werbalne i niewerbalne, reklama, kultura, grupy, instytucje);
- Bezpośrednie doświadczenie osobiste (np.: sposoby postrzegania rzeczywistości, pamięć afektywna, oczekiwania, urazy, krytyczne fazy rozwojowe).

Wszystkie wymienione czynniki odgrywają znaczną rolę w procesie kształtowania się postaw. Proces tworzenia się postaw związany jest z powstawaniem składnika emocjonalnego i poznawczego. Działanie to rozpoczyna się w dzieciństwie, kiedy jeszcze nie działa funkcja poznawcza. Oznacza to, że istnieje nieświadomość emocjonalna, odpowiadająca za tworzenie postaw oraz nieświadomość poznawcza, która warunkuje ich tworzenie na drodze postępowania logicznego, niekiedy zniekształconego i zawsze o mniejszej możliwości kontrolowania przez podmiot (Jeżewska-Zychowicz i Pilska, 2007).

Według Wojciszke (2000) Najważniejszymi mechanizmami powstawania postaw są:

- Nabywanie przekonań na temat właściwości obiektu – postawa jako rezultat przekonań;
- Przeżycia emocjonalne związane z danym obiektem – postawa jako rezultat emocji;
- Własne zachowania kierowane na ten obiekt – postawa jako rezultat zachowań.

Wśród mechanizmów kształtowania się postaw , które odbywają się bez uczestnictwa przekonań, można wymienić między innymi: warunkowanie klasyczne, przeniesienie ustosunkowania, warunkowanie instrumentalne czy zjawisko samej ekspozycji (Wojciszke, 2000). Rozpatrując warunkowanie klasyczne w kształtowaniu postawy mają udział nagrody i kary. Powtarzająca się nagroda przed pojawieniem się obiektu sprawia, że powstaje pozytywny stosunek do obiektu. Kiedy pojawienie się obiektu poprzedza kara, wykształca się wobec niego negatywny stosunek. A więc obiekty, które pierwotnie są obojętne, nabierają dodatniego lub ujemnego znaczenia, dzięki ich skojarzeniu z obiektami, które już posiadają znaczenie.

Przeniesienie ustosunkowania jest mechanizmem, który polega na przeniesieniu ustosunkowania z jakiegoś bodźca wywołującego reakcję emocjonalną na współwystępujący z nim obiekt postawy (Wojciszke, 2000). Przeniesienie dotyczy emocji,

która przenoszona jest z jednego obiektu na inny. Postawy mogą tworzyć się również pod wpływem warunkowania instrumentalnego. Polega ono na uczeniu się znaczenia pierwotnie obojętnej reakcji dzięki temu, że po tej reakcji pojawiają się pozytywne lub negatywne dla jednostki zdarzenia (Jeżewska-Zychowicz i Piłska, 2007).

Postawy mogą dotyczyć różnych aspektów, w tym także żywności i żywienia. Aby przewidzieć zachowanie żywieniowe jednostki niezmiernie ważne jest poznanie postawy względem żywności i żywienia. Zgodnie z definicją, postawy względem żywności i żywienia zawierają trzy komponenty: poznawczy, emocjonalny i behawioralny. Komponent poznawczy postawy to wiedza o żywności i żywieniu oraz przekonania dotyczące żywności i żywienia. Wiedza o żywności i żywieniu nie przekłada się na prawidłowe żywienie jednostki. Według Lindemana i Starka (1999) samopoczucie, motywacja i wiedza w równym stopniu wpływają na zmniejszenie masy ciała i dobry stan zdrowia. Wiedza żywieniowa koreluje ze zwiększonym spożyciem warzyw i owoców i zmniejszoną konsumpcją tłuszczów (Wardle i in., 2000).

Komponentem emocjonalnym postawy są odczucia towarzyszące żywieniu np. radość, zadowolenie oraz ich przeciwieństwa. Komponent emocjonalny ma duże znaczenie w kształtowaniu się postaw względem żywności i żywienia. Emocje wpływając na postawę kształtują preferencje żywieniowe danej osoby. Niektóre preferencje są stałe, niezmiennie w czasie, nie podlegają zmianom pod wpływem otoczenia i nastroju, inne natomiast podlegają modyfikacjom (Jeżewska-Zychowicz, 2000). Komponent behawioralny postawy to intencja do zachowania lub zachowanie. Według definicji strukturalnej postawy, na komponent behawioralny składają się zachowania, przez które realizuje się stosunek emocjonalny i wiedza o przedmiocie postawy. W ramach tego komponentu można mówić o tym w jakim kierunku postawy zmierzają i w jaki sposób to się odbywa (Jeżewska-Zychowicz, 2008). Wszystkie trzy komponenty postawy są ze sobą powiązane, a więc nie można określać postawy osoby jedynie na podstawie jednego komponentu.

Obserwuje się nie tylko występowanie postaw negatywnych bądź pozytywnych względem danego obiektu. Wyróżniamy również postawy ambiwalentne, które charakteryzują się tym, że osoba danemu obiektowi przypisuje zarówno pozytywne jak i negatywne cechy. Przykładem takiej postawy może być np. postawa wobec ciastka, które konsument uważa jednocześnie za smaczne i niezdrowe. Postawy ambiwalentne wobec produktów nisko i wysokokalorycznych zostały zbadane przez Maisson (2004). Pozytywnym aspektem postawy wobec produktów niskokalorycznych było to, że są one

zdrowsze niż produkty wysokokaloryczne, a negatywnym, że są mniej smaczne. Natomiast produkty wysokokaloryczne oceniane były pozytywnie pod względem smakowitości, a negatywnie jako mniej zdrowe. Podobnie konsumenci mogą odnosić się do nowej, nieznannej żywności. Można uznawać żywność genetycznie modyfikowaną jako potrzebną na świecie (pozytywny aspekt postawy) i jednocześnie ryzykowną (negatywny konspekt postawy). Skrajnie negatywna postawa wobec nieznannej żywności określana jest jako food neofobia, natomiast postawa skrajnie pozytywna jako food neofilia. Food neofobia warunkuje niechęć do jedzenia i/lub unikanie nowej żywności (Pilner i Hobden, 1992), podczas gdy food neofilia wyraża chęć do próbowania nowej żywności (Arvola i in., 1999). Postawy te miały bardzo duże znaczenie w okresie ewolucji człowieka. Neofobia służyła ochronie przed konsumpcją potencjalnie toksycznych lub niewłaściwych pod względem żywieniowym produktów, podczas gdy neofilia zwiększała prawdopodobieństwo spożywania zróżnicowanej żywności, pochodzącej z różnych źródeł, a tym samym bardziej prawdopodobne było zaspokojenie potrzeb organizmu (Martins i Pilner, 2005).

Zachowania żywieniowe należą do zachowań zdrowotnych i konsumpcyjnych (Szczepański, 1977). Są to wszystkie działania, czynności i sposoby postępowania, które wynikają z potrzeb, uświadamiania sobie danej potrzeby, jej zdefiniowania i przyznawania sobie prawa do jej zaspokojenia lub też dyskwalifikowania potrzeby jako niemożliwej do spełnienia. Możemy wyróżnić dwa typy zachowań, w tym także żywieniowych: zachowania symboliczne i bezpośrednie. Zachowania symboliczne są to zachowania specyficzne dla społecznego współżycia ludzi. Posługiwanie się i komunikowanie za pomocą kulturowo przyjętych symboli, pozwala ludziom na rozszerzanie wiedzy, zdobywania umiejętności, a co za tym idzie, rozwoju. Zachowania bezpośrednie natomiast, pełnią podstawową funkcję w biologicznym życiu organizmu. Polegają one na kierowaniu własnym ciałem i otoczeniem w celu zaspokojenia potrzeb.

Zachowania żywieniowe stanowią uzależnione od innych czynników działania i sposoby postępowania zaspokajające potrzeby żywieniowe (Narojek, 1993). Odnoszą się one głównie do wyboru i nabywania żywności, ich przechowywania, przygotowywania, spożywania, a także do częstości spożywania. Według Jezewskiej-Zychowicz i Piłskiej (2008) wszystkie działania związane w żywnością i żywieniem możemy podzielić na kilka typów, które różnią się między sobą specyfiką występowania. Są to:

- Zwyczaje żywieniowe;
- Nawyki żywieniowe;

- Obyczaje żywieniowe.

Zwyczaje żywieniowe to zgodny z kulturą zestaw zachowań odnoszących się do żywienia manifestowany przez osoby indywidualne wychowane w danej kulturze (Jeżewska-Zychowicz, 2004). Zwyczaje żywieniowe są przyjętymi w danej społeczności zachowaniami dotyczącymi żywności i żywienia. Mają duży wpływ na wybór żywności, ilość i miejsce jego spożywania.

Nawyki żywieniowe określa się jako charakterystyczne i powtarzające się zachowania realizowane pod wpływem potrzeby dostarczenia składników odżywczych oraz zapewnienia społecznych i emocjonalnych celów (Jeżewska-Zychowicz, 2004). Nawyki żywieniowe utrwalane są najczęściej przez długi czas i są trudne do zmiany. Nawyki żywieniowe mogą być dobre i złe. Dobrym nawykiem jest np. spożywanie codziennie zalecanej porcji warzyw i owoców. Złe nawyki żywieniowe nazywane są również nałogami. Odnoszą się one do spożywania często w dużych ilościach, produktów szkodliwych dla naszego zdrowia. Występuje najczęściej wtedy, gdy nawyk występuje w postaci szkodliwych, powtarzających się zachowań żywieniowych, np. zjadanie paczki chipsów codziennie wieczorem podczas oglądania telewizji.

Obyczaje żywieniowe to zachowania zbliżone do zwyczajów żywieniowych. Podobieństwo wynika z faktu, iż oba zachowania są zgodne z kulturą zachowań obowiązujących w społeczeństwie. Obyczaje charakteryzują jednak sytuacje ważne i doniosłe w społeczeństwie. Obyczaje podlegają kontroli społecznej, niedostosowanie się do nich może wywoływać ostracyzm społeczny i w konsekwencji obniżenie pozycji w hierarchii społecznej.

Czynniki kształtujące wybór i spożycie żywności według Jeżewskiej-Zychowicz (2004):

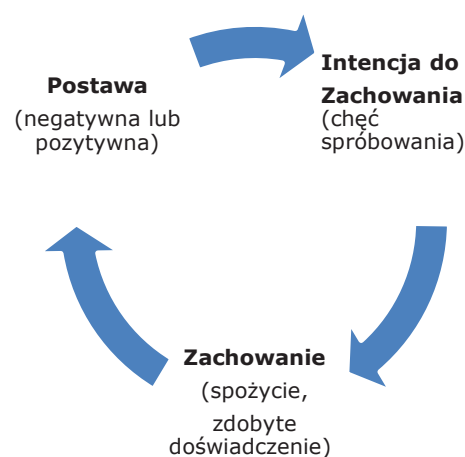
- Ekonomiczne i pozaekonomiczne;
- Mierzalne i niemierzalne;
- Główne i uboczne;
- Stałe i niestałe;
- Ilościowe i jakościowe;
- Wewnętrzne i zewnętrzne.

Na zachowania żywieniowe największy wpływ mają czynniki biologiczne, środowiskowe i psychologiczne. Czynniki psychospołeczne należą do wewnętrznych uwarunkowań żywieniowych. Zdaniem Gulbickiej i Kwasek (2001) są to postawy i poglądy żywieniowe, preferencje i upodobania żywieniowe, moda i naśladownictwo, obyczajowość i wierzenia religijne, podział ról i zadań w rodzinie. Natomiast Duliniec

(1986) wśród czynników wewnętrznych oddziałujących na zachowania żywieniowe wyróżnia: potrzeby, motywy, osobowość, wiedzę.

Do czynników środowiskowych wpływających na zachowania żywieniowe zaliczamy czynniki ekonomiczne, demograficzne oraz kontekst. Determinanty społeczne zachowań ujawniają się w kontaktach z osobami i grupami należącymi do bliższego i dalszego otoczenia człowieka, rozróżnienie których jest możliwe po uwzględnieniu charakteru kontaktów międzyludzkich (Światowy, 2006).

Aby przewidzieć zachowania żywieniowe należy poznać postawy osoby względem żywności i żywienia. Postawy deklarowane częściowo tylko przekładają się na konkretne zachowanie. Wynika to z tego, iż postawy mają złożony charakter i określają zarówno pozytywne jak i negatywne nastawienie osoby do danego obiektu. O sile związku między postawą a zachowaniem decyduje między innymi typ (rodzaj postawy), sposób pomiaru, trudności związane z ujawnieniem postawy, dostępność postawy, czynniki sytuacyjne oraz cechy osobowościowe (Jeżewska-Zychowicz i Pilska, 2008). Jednak nawet pojedyncze zachowanie może być dobrze przewidywane, jeżeli tylko stanowiąca źródło przewidywań postawa jest równie szczegółowa jak przewidywane zachowanie (Ajzen i Fishbein, 1977). Czynnikiem warunkującym zgodność postawy człowieka z zachowaniem jest przede wszystkim znaczenie tego zachowania dla jednostki. Postawy mogą wpływać na zachowanie, albo kształtując sposób postrzegania ich obiektu, albo kształtując świadome intencje zachowania się w ten, a nie inny sposób wobec danego obiektu (Fazio, 1990).



Ryc. 4. Wpływ postawy na zachowanie (Babicz-Zielińska, 2001)

Stopień zgodności zachowania z postawą może zależeć od zmiennych zwanych moderatorami zgodności. Te zmienne mogą wiązać się z cechami sytuacji, w której następuje dane zachowanie, z cechami tego zachowania, a także z cechami postawy. Abelson (1982) wyróżnił trzy typy sytuacji: indywidualujące, dezindywiduujące i skryptowe. Sytuacje indywidualujące to warunki umożliwiające zachowanie się zgodnie z preferencjami, nakłaniające do myślenia o swoich poglądach i zachęcające do wykorzystania płynących z myślenia wniosków w działaniu. Taki wpływ wywiera sytuacyjnie wzbudzone myślenie o własnej postawie tuż przed wykonaniem związanego z nią zachowania (Synder i Gangestad, 1982). Sytuacje dezindywiduujące to takie warunki, których obserwujemy czasowe nasilenie identyfikacji jednostki z jakąś grupą czy jej wartościami, w taki sposób, że osobiste opinie jednostki przestają regulować jej zachowanie. Zachowanie nie jest zgodne z indywidualnymi poglądami, gdyż sensem zachowania staje się wyrażanie wartości grupy. Natomiast sytuacje skryptowe to warunki, które automatycznie, mniej lub też bardziej, inicjują ciąg działań, czyli skrypt jednakowy dla wszystkich osób posiadających dany skrypt. A więc tylko niektóre sytuacje umożliwiają ujawnianie się swoich własnych postaw. Inne sytuacje wymuszają jednakowe zachowania wśród wszystkich uczestników, ponieważ inicjują realizację danego skryptu lub też dlatego, że jednostka wyraża wartości grupy a nie własne.

Deklarowana postawa pozytywna względem żywności i żywienia nie decyduje o tym, że osoba ta spożyje zdrowy i zbilansowany odżywczo posiłek. Zależy to bowiem nie tylko od deklarowanej postawy, ale także od wielu innych czynników, np. czy dana osoba posiada odpowiednie produkty do przygotowania posiłku, czy posiada umiejętność jego wykonania, itp. Znajomość postaw względem żywności i żywienia pozwala nam na poznanie prawidłowości żywienia ogółem, co opisuje zasada uśredniania. Mówi ona, że wpływ postawy na zachowanie jest bardziej widoczny wówczas, gdy bierze się pod uwagę, nie pojedyncze zachowanie człowieka, ale jego przeciętny, czyli uśredniony sposób działania w dłuższej perspektywie czasowej (Myers, 2003). Różne cechy postawy, które decydują o rodzaju postawy, mogą decydować o spójności postawy i zachowania, w tym między innymi sposób tworzenia postawy (Fazio i Zanna, 1981), stałość postawy w czasie (Schwarz, 1978), stopień spójności między afektywnym i poznawczym komponentem postawy (Norman, 1975). Zadawanie pytań o postawę w sposób bardzo konkretny, i jednocześnie bezpośrednio odnoszący się do zachowania, pozwala na stwierdzenie większej zgodności między postawą z zachowaniem (Millar, 1998).

Determinantem spójności postawy z zachowaniem może być stopień, w jakim dana

osoba ma obraz siebie jako wykonawcy czynności. Jednostki o niskiej samokontroli (np. jednostki które określają swoje zachowanie jako kierowane w dużym stopniu raczej przez stany wewnętrzne niż przez czynniki sytuacyjne), które dodatkowo twierdzą, że są sytuacyjnie niezmiennie, jeśli chodzi o daną klasę zachowań, mają skłonność do wykazywania większej spójności postawy i zachowania niż osoby o wysokiej samokontroli lub osoby o niskiej samokontroli, które wykazują dużą zmienność międzysytuacyjną (Zanna i in., 1980).

Zachowania niezgodne z deklarowaną postawą mogą być wynikiem oddziaływania innych czynników np. ekonomicznych, kulturowych, demograficznych, itp.

Proces powstawania postaw i zachowań człowieka w sferze żywieniowej jest uwarunkowany wieloma różnorodnymi czynnikami, które wzajemnie na siebie oddziałują. Czynniki te działają pobudzająco bądź hamująco na działania człowieka w sferze wyboru żywności. Wszystkie te czynniki stanowią jedną całość. Wynika to z faktu, że każdy człowiek jest przynależny do określonej społeczności, która charakteryzuje się swoistą kulturą, tradycją i określonym poziomem ekonomicznym.

Rozwój cywilizacyjny spowodował ewolucyjne zmiany w sferze żywnościowo-żywieniowej. Człowiek żyjący w krajach w wysokim stopniu rozwoju cywilizacyjnego przestał traktować żywienie tylko w kategoriach zaspokajania głodu. Wśród czynników determinujących spożycie żywności można wymienić czynniki pierwotne: środowiskowe, społeczne, ekonomiczne, kulturowe, psychologiczne i osobnicze (Śmiechowska, 2002). Na postawy i zachowania żywieniowe wpływa szereg czynników środowiskowych takich jak wiek, płeć, miejsce zamieszkania, aktywność zawodowa, sytuacja ekonomiczna rodziny, a także kontekst.

Płeć w znacznym stopniu determinuje zachowania żywieniowe. Kobieta poprzez pełnione przez siebie role społeczne w większości społeczeństw odpowiada za sferę żywieniową rodziny, a tym samym znaczna część jej aktywności łączy się z funkcjonowaniem tej sfery (Jeżewska-Zychowicz, 2004). Kobiety w większym stopniu niż mężczyźni dbają o to, żeby zachować szczupłą sylwetkę, unikają tuczących potraw i słodkich przekąsek. Zwyczajowo spożywają mniejsze ilości mięsa i częściej preferują smak kwaśny. Kobiety w większym stopniu niż mężczyźni uwzględniają zasady racjonalnego żywienia (BabicZ-Zielińska, 2001).

Sposób żywienia zmienia się również wraz z wiekiem. Osoby młode poświęcają się często pracy zawodowej, często kosztem czasu, co przekłada się na nieregularne i nieracjonalne spożywanie posiłków. Ograniczają czas poświęcany na czynności związane

z przygotowaniem posiłku, chętnie korzystają z oferty placówek gastronomicznych (Babicz-Zielińska, 1998). Pojawienie się dzieci również przyczynia się do zmian w sposobie odżywiania na bardziej racjonalny i przemyślany. W wieku starszym natomiast, pogarszający się stan zdrowia sprzyja koncentracji uwagi na zdrowotnych aspektach żywienia. Badania przeprowadzone w grupie słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku (Tańska i in., 2013) wykazały, że większość badanych charakteryzowała postawa pozytywna względem zdrowej diety.

Wśród czynników decydujących o postawach i zachowaniach żywieniowych ważne miejsce zajmuje poziom wykształcenia, zawód i rodzaj wykonywanej pracy. Poziom wykształcenia wpływa na wysokość dochodów. Im wyższe wykształcenie tym większa świadomość i możliwość wyboru, co zwiększa stopień urozmaicenia produktów żywieniowych. Osoby o wyższym poziomie wykształcenia w większym stopniu odczuwają potrzeby wyższego rzędu i dążą do ich zaspokojenia. Ponadto mają większy zasób wiedzy o dostępnych produktach i możliwościach ich wykorzystania oraz większe wymagania w stosunku do nabywanych produktów (Żelazna i in., 2002). Dochód rodziny decyduje o możliwości zakupu bardziej wyszukanej i urozmaiconej żywności. Wpływ poziomu wykształcenia za zachowania żywieniowe potwierdzają liczne badania Narojek (1993), Jeżewskiej-Zychowicz (1996), Chmielewskiej (2001). Wyższy poziom wykształcenia wpływa na bardziej racjonalne planowanie diety. Z badań Narojek (1993) wynika, że wykształcenie różnicuje asortyment spożywanych produktów, np. sery mniej popularnych gatunków (pleśniowe, fromage) częściej były kupowane w rodzinach, w których kobieta była lepiej wykształcona, w przypadku serów powszechnie spożywanych (serki homogenizowane), zależność między wykształceniem a częstotliwością zakupu miała charakter odwrotny.

Kolejnym czynnikiem determinującym zachowania żywieniowe jest kultura. Pojęcie produktu jadalnego nie jest uniwersalne. To kultura określa, czy dany produkt jest przydatny żywieniowo. Wzorce kulturowe wpływają na to co jest jadane w danej społeczności, a co nie. Dany produkt w jednej grupie kulturowej może być zwyczajowo spożywany, a w innej odrzucany. Człowiek zaspakajając swoje potrzeby żywieniowe podporządkowuje się normom społecznym. Normy społeczne są uznawane za poprawne sposoby zachowania, więc ludzie podporządkowują się im bez wywierania żadnej presji. Wpływ na spożywanie żywności mają obyczaje przyjęte w danej rodzinie. Obyczajowość żywieniowa decyduje o tym jakie produkty spożywamy, o jakich porach i w jakim towarzystwie. Postawy i zachowania człowieka mogą być warunkowane przez

oddziaływanie społeczności. Może to być związane z chęcią przynależności do grupy. Żywność staje się w takim wypadku środkiem do poszukiwania akceptacji i poczucia przynależności do grupy (Jeżewska-Zychowicz, 2004). Każdy człowiek funkcjonuje w grupie np. rodzinnej, szkolnej, zawodowej itp. Funkcjonowanie w grupie podporządkowane jest normom obowiązującym w danej społeczności. Ważnymi elementami środowiska społecznego, ze względu na oddziaływanie na zachowania żywieniowe, jest rodzina, przyjaciele oraz środki masowej komunikacji.

Kolejnym czynnikiem wpływającym na zachowania żywieniowe są emocje. Stany emocjonalne mogą wpływać na spożywanie żywności w nadmiernej lub niedostatecznej ilości. Stany emocjonalne, zwłaszcza negatywne, silniej wpływają na zachowania żywieniowe osób otyłych, stosujących dietę czy cierpiących na zaburzenia odżywiania (Canetti i in., 2002). Jedzenie pod wpływem emocji jest zachowaniem negatywnym. Warunkowane jest najczęściej emocjami negatywnymi takimi jak złość, nuda, stres, samotność. Żywność emocjonalna najczęściej zdarza się epizodycznie i nieregularnie; najczęściej odbywa się w tajemnicy i charakteryzuje się spożyciem pokarmów wysokoenergetycznych lub bogatych w węglowodany proste (Ganley, 1989). Badania wykazują, że w stanach emocjonalnych negatywnych preferowane jest spożycie słodczy, alkoholu, chipsów, a więc żywności zaliczanej do junk food (Babicz-Zielińska i in., 2006). Skłonności do żywienia emocjonalnego mogą wykazywać osoby, które mają problemy natury emocjonalnej objawiające się poczuciem niedopasowania, niską samooceną, słabym uspołecznieniem i stanami lękowymi (Van Strien i in., 1995). Według badań, kobiety częściej sięgają po jedzenie pod wpływem impulsu i odczuwają większą przyjemność w jedzeniu niż mężczyźni w stanach złości i smutku (Macht, 1999). Pozytywne emocje również mogą wpływać na nieprawidłowe zachowania żywieniowe, mogą one powodować spożywanie bardziej obfitych posiłków, gdy kojarzymy szczęście i zadowolenie z większą ilością jedzenia.

Czynnikiem wpływającym na zachowania żywieniowe jest również kontekst spożywania żywności. Żywność jest nieodłącznym elementem wielu spotkań towarzyskich. Towarzyszy nam w wielu aspektach życia, np. uroczystości rodzinne, spotkania biznesowe itp. Wybór rodzaju pożywienia uwarunkowany jest miejscem spożywania posiłku. Bardzo często jedząc w restauracji wybieramy bardziej nieznaną potrawę, w domu natomiast spożywamy posiłki tradycyjne, znane. Według badań (Clendennen i in., 1994) kontakty z ludźmi wpływają na ilość spożywanego pokarmu. Konsumpcja żywności zwiększa się w obecności innych osób, niezależnie od tego czy są

to przyjaciele, członkowie rodziny czy nieznajomi. Obecność innych osób zwiększa ilość pokarmu spożywanego w ramach przekąsek, śniadań, obiadów czy kolacji, jak również posiłków spożywanych w domu, czy poza domem, a także posiłków weekendowych i spożywanych w powszednie dni tygodnia (Redd i de Castro, 1992).

2 CEL PRACY I HIPOTEZY BADAWCZE

2.1 Cel pracy

Celem poznawczym badań była ocena wpływu czynników środowiskowych na postawy i zachowania żywieniowe słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku.

Problemem badawczym pracy było wykazanie wpływu uczestnictwa w zajęciach Uniwersytetu Trzeciego Wieku na prozdrowotne postawy i zachowania żywieniowe ludzi starszych.

Aby zrealizować cel pracy postawiono następujące hipotezy badawcze:

1. Słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku charakteryzują pozytywne postawy w stosunku do zdrowia i zdrowego odżywiania.
2. Słuchacze Uniwersytetu Trzeciego Wieku prowadzą aktywny tryb życia oraz wykazują prawidłowe zachowania żywieniowe.
3. W największym stopniu na prozdrowotne zachowania żywieniowe osób starszych wpływają czynniki środowiskowe takie jak: płeć, poziom wykształcenia i sytuacja materialna.
4. Słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku charakteryzują bardziej prozdrowotne postawy i zachowania żywieniowe w porównaniu z osobami starszymi nie prowadzącymi tego typu aktywności.

3 METODYKA BADAŃ

3.1 Charakterystyka badanej próby

Badania przeprowadzono w grupie 607 słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku województw pomorskiego i zachodniopomorskiego. Dodatkowo, dla porównania wpływu uczestnictwa w Uniwersytecie Trzeciego Wieku na zmianę stylu życia, a więc na postawy i zachowania żywieniowe, badania wykonano również wśród 97 osób starszych nie wykazujących tego typu aktywności. Szczegółowa charakterystyka badanej próby została przedstawiona w tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy (%)

Cecha środowiskowa	Słuchacze UTW (N=607)	Osoby starsze spoza UTW (N=97)
Płeć		
Kobieta	82,4	83,4
Mężczyzna	17,6	16,6
Wiek		
do 50 lat	1,8	6,3
51 - 60 lat	14,2	10,1
61 - 70 lat	51,7	30,8
71 lat i więcej	32,3	52,8
Wykształcenie		
Podstawowe	5,1	27,5
Zawodowe	6,4	23,8
Średnie	52,4	36,2
Wyższe	36,1	12,5
Sytuacja materialna		
bardzo dobra	9,6	4,3
znośna, średnia	81,4	70,1
raczej zła	7,4	22,5
bardzo zła, ciężka	1,6	3,1
Aktywność zawodowa		
aktywny zawodowo	23,4	17,5
nieaktywny zawodowo	76,6	82,5
BMI		
Niedowaga	0,5	1,9
normatywna masa ciała	38,2	26,9
Nadwaga	43,7	46,2
Otyłość	17,6	25,0

Źródło: opracowanie własne

3.2 Organizacja i etapy badania

Badania zostały przeprowadzone w roku 2012 wśród 607 słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku w województwach Pomorskim i Zachodniopomorskim. Aby porównać wpływ uczestnictwa w zajęciach Uniwersytetu Trzeciego Wieku na zmianę stylu życia oraz na postawy i zachowania żywieniowe, badania wykonano również wśród 97 osób starszych nie wykazujących tego typu aktywności. Badanie właściwe poprzedzone zostało badaniem pilotażowym obejmującym 47 osób. Celem badania pilotażowego było sprawdzenie narzędzia badawczego. Po analizie danych w kwestionariuszu ankiety wprowadzono zmiany na potrzeby zrozumienia zagadnień przez respondentów.

Badanie obejmowało 2 etapy:

I etap – wywiad żywieniowy

II etap – ocena antropometryczna (masa ciała, wzrost).

3.3 Narzędzia badawcze

Obserwację statystyczną postaw i zachowań respondentów zorganizowano w oparciu o autorski kwestionariusz ankiety (zał.).

Kwestionariusz ten obejmował następujące grupy zagadnień:

1. Wywiad zdrowotny obejmujący zagadnienia: zdiagnozowane choroby, opieka lekarza/dietetyka, stosowanie się do zaleceń lekarza/dietetyka, stosowane używki;
2. Rodzaje aktywności fizycznej, sposobu spędzania wolnego czasu;
3. Dane antropometryczne respondentów: masa ciała, wzrost, poziom wskaźnika BMI otrzymany na podstawie dokonanych pomiarów;
4. Źródła informacji na temat żywności i zdrowego odżywiania;
5. Wybrane czynniki środowiskowe: płeć, wiek, poziom wykształcenia, ocena sytuacji materialnej, aktywność zawodowa;
6. Ocena wybranych zwyczajów żywieniowych: pytania dotyczyły stosowania ograniczeń w spożywaniu żywności, ilości spożywanych posiłków w ciągu doby;
7. Ocena postaw względem zdrowia, żywności o działaniu prozdrowotnym i zdrowego odżywiania. Do badań wykorzystano następujące skale:
 - a) Do oceny postaw względem walorów zdrowotnych żywności wykorzystano Health Attitude Scale (Roininen i Tuorila, 1999);

- b) Do oceny postaw względem produktów light i żywności ekologicznej wykorzystano Natural Product Attitude Scale (Roininen i Tuorila, 1999);
- c) Do oceny postaw względem nieznanych produktów – Food Neophobia Scale (Pliner i Hobden, 1992);
- d) Badanie poszukiwania różnorodności w żywieniu – Variety Seeking Tendency Scale (Van Trijp i Seekamp, 1992);
- e) Postawy wobec traktowania żywności jako nagrody i przyjemności - Using Food as a Reward and Pleasure Scale (Roininen, 2001);
- f) Ocena postaw względem wyglądu opakowania i składu produktu;
- g) Ocena ograniczania spożycia żywności – Restricted Eating Scale (Van Strien i in., 1986).

Skale użyte do badań zostały zmodyfikowane tak, aby były zrozumiałe dla odbiorców.

3.4 Statystyczna interpretacja wyników badań

Wyniki badań zostały poddane analizie statystycznej przy zastosowaniu funkcji arkusza kalkulacyjnego Microsoft Office Excel 97–2003 for Windows oraz pakietu Statistica w wersji 7. Zastosowana statystyka miała na celu wyodrębnienie cech środowiskowych istotnie różnicujących badaną populację oraz wyodrębnienie jednorodnych grup respondentów pod względem postaw i zachowań prozdrowotnych.

Do oceny obszarów postaw zastosowano Skalę Likerta. Ocenę obszarów zawierających stwierdzenia podlegające analizie przeprowadzono nadając każdemu stwierdzeniu wartość punktową począwszy od 1 przy stwierdzeniu skrajnie nieprawidłowym do 5 przy stwierdzeniu skrajnie prawidłowym. Następnie punkty uzyskane przez każdą osobę zsumowano i na tej podstawie oceniono cały analizowany obszar. Przy ocenie obszarów, ilości punktowe przeliczono tak, by najniższa możliwa wartość do osiągnięcia była wartością 0 (logika oceny). Opisy zawarte są w dalszej części pracy w opisach statystycznych zmiennych dotyczących postaw i zachowań żywieniowych. Zarówno wartości punktowe poszczególnych stwierdzeń jak i wartości punktowe całych obszarów posłużyły do dalszych analiz porównawczych w pracy. Przy analizie zastosowano również łączenie punktów stwierdzeń „zdecydowanie tak i raczej tak” oraz „zdecydowanie nie i raczej nie”, aby wyodrębnić łączne stwierdzenia wewnątrz

obszarów lub zachowania w całych obszarach jako: zachowania pozytywne i zachowania negatywne.

Do wyliczenia i interpretacji danych, powiązań i zależności między zmiennymi zastosowano dodatkowo następujące statystyki:

- odchylenia standardowe
- współczynniki korelacji liniowej Pearsona (r)
- test losowości próby – test serii Stevensa
- statystyka χ^2 (chi-kwadrat)

W pracy zastosowano

- analizę wielowymiarową
- analizę rzetelności i pozycji celem określenia współczynnika rzetelności Cronbacha
- analizę czynnikową

Analizę czynnikową zastosowano do wyodrębnienia cech dotyczących postaw i zachowań żywieniowych, istotnie różnicujących badaną grupę, a następnie do redukcji zmiennych opisujących.

4 WYNIKI BADAŃ

4.1 Ocena wybranych wskaźników zdrowia

W tabeli 2 przedstawione zostały rodzaje i częstotliwość występowania chorób dietozależnych występujących w badanej grupie.

Tabela 2. Częstotliwość występowania chorób dietozależnych w zależności od wybranych cech środowiskowych (%)

Cecha środowiskowa	Nadciśnienie tętnicze	Choroba niedokrwienne serca	Zawał serca	Miażdżycza zarostowa tętnic	Przewłękła obstrukcyjna choroba płuc	Udar mózgu	Choroba zwyrodnieniowa stawów i kręgosłupa	Osteoporoza	Cukrzyca typu II	Dna moczanowa	Inne choroby
Płeć											
Kobieta	47,6	9,4	1,3	10,9	2,0	2,6	43,0	21,9	10,2	2,1	11,2
Mężczyzna	11,9	1,8	1,3	2,5	1,2	1,2	7,6	1,5	1,8	1,2	0,7
Wiek											
do 50 lat	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	0,3	0,3	0,0	0,3
50 - 60 lat	6,4	1,5	0,2	2,0	0,2	0,5	5,3	3,1	1,6	0,3	1,8
60 - 70 lat	31,6	5,6	1,3	6,1	1,3	1,5	27,8	9,9	4,4	1,3	7,2
70 lat i więcej	20,4	4,1	1,2	5,3	1,6	1,8	16,8	10,0	5,6	1,6	2,5
BMI											
Niedowaga	0,2	0,3	0,0	0,0	0,3	0,0	0,3	0,3	0,2	0,2	0,0
normatywna masa ciała	18,3	3,3	1,0	4,9	1,5	1,2	16,1	12,5	3,3	1,2	3,5
Nadwaga	29,0	5,1	1,2	5,9	1,0	2,3	25,5	8,4	4,8	2,0	5,9
Otyłość	12,0	2,5	0,5	2,5	0,3	0,3	8,6	2,1	3,8	0,0	2,5
Wykształcenie											
Podstawowe	4,6	0,5	0,2	1,5	0,0	0,7	3,3	2,1	0,7	0,0	1,0
Zawodowe	4,9	2,3	0,3	1,8	1,2	0,0	3,8	1,2	1,8	0,2	1,5
Średnie	30,3	3,5	0,8	6,6	0,8	2,0	26,5	12,5	5,9	1,6	6,3
Wyższe	19,6	4,9	1,3	3,5	1,2	1,2	17,0	7,6	3,6	1,5	3,1
Sytuacja materialna											
bardzo dobra	4,3	1,8	0,3	1,6	0,2	0,7	4,4	2,0	0,8	0,3	1,0
znośna, średnia	48,8	7,4	2,1	9,9	2,3	3,1	40,4	18,6	8,2	2,8	9,1
raczej zła	5,6	1,6	0,0	1,2	0,7	0,0	5,3	2,3	2,6	0,2	1,5
bardzo zła, ciężka	0,8	0,3	0,2	0,7	0,0	0,0	0,5	0,5	0,3	0,0	0,3
Aktywność zawodowa											
Aktywny zawodowo	14,0	3,3	0,5	3,0	0,7	0,2	11,7	6,1	1,8	0,2	2,0
Nieaktywny zawodowo	45,5	7,9	2,1	10,4	2,5	3,6	38,9	17,3	10,2	3,1	9,9
Sluchacze UTW (N=607)	59,5	11,2	2,6	13,3	3,1	3,8	50,6	23,4	12,0	3,3	11,9
Osoby spoza UTW (N=97)	11,0	3,0	0,3	2,6	0,7	1,2	10,2	4,6	3,6	0,0	2,8

Źródło: opracowanie własne

W tabeli 3 przedstawione zostały inne jednostki chorobowe i ich częstotliwość występowania w badanej populacji.

Tabela 3. Inne jednostki chorobowe występujące w badanej grupie (% z N = 607)

Jednostka chorobowa	N	[%]
Tarczyca	23	3,79
Alergie	5	0,82
Astma	5	0,82
Choroba przewodu pokarmowego	4	0,66
Rak piersi	3	0,49
Celiakia	2	0,33
Choroba serca	2	0,33
Choroba wrzodowa	2	0,33
RZS	2	0,33
Prostata	2	0,33

Źródło: opracowanie własne

Większość respondentów (59,5%) choruje na nadciśnienie tętnicze. Drugą chorobą występującą najczęściej była choroba zwyrodnieniowa stawów i kręgosłupa. Choruje na nią 50,6% badanych. Na osteoporozę choruje 23,4 % badanych. W kategoriach wiekowych największą zachorowalność na te choroby wykazywała grupa osób powyżej 60 roku życia (odpowiednio 52,0% i 34,6% badanych). 29% respondentów chorujących na nadciśnienie tętnicze i 25,5 % badanych chorujących na chorobę zwyrodnieniową stawów to osoby z nadwagą.

Opieka lekarza, dietetyka i ich zalecenia

Jak wynika z badań respondenci najczęściej (82%) pozostawali pod opieką lekarza i dietetyka, ale nie stosowali się do ich zaleceń. Tylko 9,1% badanych nie korzystało z opieki lekarza i dietetyka. Ze stałej opieki lekarskiej i dietetyka korzystało 7,4% osób z badanej grupy, która to jednocześnie realizowała ich wszelkie zalecenia. Były to osoby w wieku 60-70 lat (4,6% badanej grupy), osoby z nadwagą i otyłością – 5,6% badanej grupy, z wykształceniem średnim i wyższym – 6,3% , w bardzo dobrej i średniej sytuacji materialnej – 6,4% grupy. Szczegółowe dane o osobach korzystających ze stałej opieki lekarza i dietetyka oraz o stosowaniu się do ich zaleceń zawiera tabela 4.

Tabela 4. Stosowanie się do zaleceń lekarza i dietetyka w zależności od wybranych cech środowiskowych (%)

Cecha środowiskowa	Opieka i stosowanie się do zaleceń lekarza i dietetyka	Opieka lekarza i dietetyka, stosowanie się do zaleceń lekarza	Opieka lekarza i dietetyka, nie stosowanie się do zaleceń ani lekarza, ani dietetyka	Opieka lekarza, ale nie stosowanie się do zaleceń	Brak opieki lekarza i dietetyka	Wiersz Razem	Różnice statystyczne*
Płeć							p=0,0002*
Kobieta	5,1	1,0	70,2	0,2	5,9	82,4	
Mężczyzna	2,3	0,0	12,0	0,2	3,1	17,6	
Wiek							p=0,0025*
do 50 lat	0,0	0,0	1,3	0,0	0,5	1,8	
50 - 60 lat	2,0	0,0	9,9	0,0	2,3	14,2	
60 - 70 lat	4,6	0,3	42,5	0,2	4,1	51,7	
70 lat i więcej	0,8	0,7	28,5	0,2	2,1	32,3	
BMI							p=0,079
Niedowaga	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,5	
normatywna masa ciała	1,8	0,2	31,6	0,0	4,6	38,2	
Nadwaga	3,0	0,5	36,6	0,2	3,5	43,7	
Otyłość	2,6	0,3	13,5	0,2	1,0	17,6	
Wykształcenie							p=0,1175
Podstawowe	0,3	0,3	3,8	0,0	0,7	5,1	
Zawodowe	0,8	0,0	5,3	0,0	0,3	6,4	
Średnie	4,3	0,5	43,2	0,3	4,1	52,4	
Wyższe	2,0	0,2	30,0	0,0	4,0	36,1	
Sytuacja materialna							p=0,59
bardzo dobra	1,3	0,2	6,9	0,0	1,2	9,6	
znośna, średnia	5,1	0,8	68,0	0,3	7,1	81,4	
raczej zła	0,7	0,0	5,9	0,0	0,8	7,4	
bardzo zła, ciężka	0,3	0,0	1,3	0,0	0,0	1,6	
Aktywność zawodowa							p=0,76
aktywny zawodowo	1,8	0,2	18,8	0,0	2,6	23,4	
nieaktywny zawodowo	5,6	0,8	63,4	0,3	6,4	76,6	
Sluchacze UTW (N=607)	7,4	1,0	82,2	0,3	9,1	100	
Osoby spoza UTW (N=97)	8,25	4,12	73,20	0,00	14,43	100	

*IS – zależność istotna statystycznie

Źródło: opracowanie własne

Źródła wiedzy na temat zdrowego odżywiania

W badanej grupie wyszczególniono kilka źródeł wiedzy na temat zdrowego odżywiania. Szczegółowy podział korzystania z tych źródeł zawiera tabela 5.

Tabela 5. Źródła wiedzy o zdrowym odżywianiu w zależności od wybranych cech środowiskowych (%)

Cecha środowiskowa	Por. popularnonaukowe	Książki (literatura) fachowa	Lekarz	Dietetyk	Znajomi	Internet
Płeć						
Kobieta	42,8	45,6	29,8	11,2	47,8	28,7
Mężczyzna	9,7	7,7	9,2	4,1	8,9	6,1
Wiek						
do 50 lat	1,2	1,0	1,5	0,8	1,3	1,0
50 - 60 lat	6,6	8,2	5,8	3,0	8,7	5,4
60 - 70 lat	29,7	28,5	17,3	8,4	28,8	23,4
70 lat i więcej	15,2	15,7	14,5	3,1	17,8	4,9
BMI						
Niedowaga	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,2
normatywna masa ciała	19,1	21,1	12,5	4,3	19,6	12,5
Nadwaga	24,1	23,1	18,9	7,9	27,0	14,7
Otyłość	9,4	9,2	7,6	3,1	9,6	7,4
Wykształcenie						
Podstawowe	1,2	1,6	3,8	0,7	4,1	1,5
Zawodowe	2,5	2,5	3,8	1,8	3,6	0,8
Średnie	26,5	28,5	17,8	8,6	28,8	20,6
Wyższe	22,4	20,8	13,7	4,3	20,1	11,9
Sytuacja materialna						
bardzo dobra	4,9	5,4	3,5	2,1	5,4	3,6
znośna, średnia	44,3	44,2	30,8	11,7	46,5	29,3
raczej zła	2,0	3,3	4,1	1,2	4,0	1,0
bardzo zła, ciężka	1,3	0,5	0,7	0,3	0,8	0,8
Aktywność zawodowa						
aktywny zawodowo	12,0	13,5	9,6	5,4	14,5	6,8
nieaktywny zawodowo	40,5	39,9	29,5	9,9	42,2	28,0
Sluchacze UTW (N=607)	52,6	53,4	39,0	15,3	56,7	34,8
Osoby spoza UTW (N=97)	5,1	8,1	10,7	3,0	9,7	3,6

Źródło: opracowanie własne

Najwięcej słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku jako źródło wiedzy na temat zdrowego odżywiania podawało znajomych (56,7%), w drugiej kolejności były to poradniki popularnonaukowe oraz literatura fachowa. Internet jako źródło wiedzy na temat odżywiania częściej wskazywały kobiety (28,7%), osoby w wieku 60 – 70 lat (23,4%), osoby z wykształceniem średnim (20,6%), osoby w średniej sytuacji materialnej (29,3%) i nieaktywne zawodowo (28,0%).

4.2 Styl życia ludzi starszych

Formy spędzania wolnego czasu badanej populacji

Aby zbadać formy spędzania wolnego czasu przez słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku wyszczególniono dwie formy – spędzanie wolnego czasu aktywnie (basen, wycieczki, spacer, itp.) oraz nieaktywnie (czytanie książek, oglądanie telewizji, itp.). Szczegółowy podział form spędzania wolnego czasu, w zależności od cech środowiskowych, został przedstawiony w tabeli 6.

Tabela 6. Formy spędzania wolnego czasu w zależności od wybranych cech środowiskowych (%)

Cecha środowiskowa	Forma spędzania czasu		Różnice statystyczne *
	aktywnie / czynnie	nieaktywnie / biernie	
Płeć			p=0,2580
kobieta	81,4	18,6	
mężczyzna	76,6	23,4	
Wiek			p=0,0030*
do 50 lat	36,4	63,6	
50 - 60 lat	81,4	18,6	
60 - 70 lat	84,4	15,6	
70 lat i więcej	76,5	23,5	
BMI			p=0,0120*
niedowaga	33,3	66,7	
normatywna masa ciała	82,3	17,7	
nadwaga	83,0	17,0	
otyłość	72,0	28,0	
Wykształcenie			p=0,0000*
podstawowe	54,8	45,2	
zawodowe	51,3	48,7	
Średnie	84,3	15,7	
Wyższe	84,0	16,0	
Sytuacja materialna			p=0,0001*
bardzo dobra	89,7	10,3	
znośna, średnia	81,8	18,2	
raczej zła	55,6	44,4	
bardzo zła, ciężka	80,0	20,0	
Aktywność zawodowa			p=0,5600
aktywny zawodowo	78,9	21,1	
nieaktywny zawodowo	81,1	18,9	
Słuchacze UTW (N=607)	84,3	15,7	
Osoby spoza UTW (N = 97)	60,8	39,2	

*IS – zależność istotna statystycznie

Źródło: opracowanie własne

Badania wykazały, że kobiety (81,4%) spędzały czas bardziej aktywnie niż mężczyźni (76,6%). Występowała istotność statystyczna pomiędzy wiekiem, masą ciała, wykształceniem i sytuacją materialną badanych. Aktywnie czas spędzali w większości respondenci w wieku 60-70 lat (84,4%) i z nadwagą (83%). Aktywne spędzanie czasu wolnego przez respondentów koreluje z poziomem wykształcenia słuchaczy. Słuchacze legitymujący się wykształceniem średnim i wyższym spędzają czas bardziej aktywnie niż seniorzy z wykształceniem zawodowym i podstawowym. Słuchacze Uniwersytetu Trzeciego Wieku deklarowali bardziej aktywne spędzanie czasu niż osoby starsze nie wykazujące tego typu aktywności (odpowiednio 84,3% i 60,8%).

Badania wykazały, że respondenci przeznaczali czas codziennie (40%) lub dwa razy w tygodniu (37,2%) na spacer. Na marsz (nordic walking) dwa razy w tygodniu poświęcało czas 14% badanych, codziennie maszerowało natomiast 10,4% badanych. Aż 18% badanych co najmniej 2 razy w tygodniu uczęszczało na basen, a 22,6% na pracowało na działce. 5,1% respondentów raz w tygodniu uczęszczało na aerobik. Ponad połowa badanych (58%) dwa razy w tygodniu znajdowała czas na inna aktywność fizyczną, na codzienną inna aktywność poświęcało czas aż 43% respondentów. Do innych form aktywności fizycznej zaliczamy gimnastykę (5,77% badanych), taniec (3,13% badanych), siłownia i rehabilitacja (odpowiednio 1,32 i 1,15% badanych). Czas poświęcany przez respondentów na aktywność fizyczną przedstawiają tabele 7 i 8.

Tabela 7. Częstotliwość wybranych form aktywności fizycznej (%)

Rodzaj aktywności fizycznej	W ogóle	Raz w tygodniu	Dwa razy w tygodniu	Codziennie
Spacer	11,7	11,0	37,2	40,0
Marsz (nordic walking)	69,0	14,0	10,4	6,6
Jazda na rowerze	63,3	13,7	16,6	6,4
Basen	75,5	18,0	5,1	1,5
Praca na działce	56,5	7,6	22,6	13,3
Aerobik	90,8	5,1	3,3	0,8
Inna forma aktywności	80,6	2,8	9,6	7,1

Zródło: opracowanie własne

Tabela 8. Pozostałe formy aktywności fizycznej występujące w badanej grupie (%)

l.p.	Rodzaj aktywności	N	%
1	Gimnastyka	35	5,77
2	Taniec	19	3,13
3	Siłownia	8	1,32
4	Rehabilitacja	7	1,15
5	Joga	5	0,82
6	Turystyka	3	0,49

Zródło: opracowanie własne

Stosowanie używek

Aby dokonać analizy stosowania używek przez słuchaczy UTW zapytano badanych o palenie papierosów. Palenie papierosów w zależności od czynników środowiskowych przedstawiono w tabeli 9.

Tabela 9. Palenie papierosów w zależności od wybranych cech środowiskowych (%)

	Tak	Nie	Różnice statystyczne*
Wiek			p=0,04*
do 50 lat	18,2	81,8	
50 - 60 lat	9,3	90,7	
60 - 70 lat	12,4	87,6	
70 lat i więcej	5,1	94,9	
BMI			p=0,0015*
Niedowaga	66,7	33,3	
normatywna masa ciała	10,8	89,2	
Nadwaga	6,8	93,2	
Otyłość	13,1	86,9	
Sytuacja materialna			p=0,002*
bardzo dobra	1,7	98,3	
znośna, średnia	9,9	90,1	
raczej zła	11,1	88,9	
bardzo zła, ciężka	40,0	60,0	
Ogół grupy	9,7	90,3	

*IS – zależność istotna statystycznie

Źródło: opracowanie własne

W analizowanej grupie palenie papierosów deklarowało tylko 9,7% badanych. Deklarujący się jako niepalący to 90,3% badanej grupy. Wśród wyszczególnionych w tabeli 7 grup najczęściej osób palących to osoby w wieku do 50 lat (18,2%). Wśród osób badanych palących przeważały osoby z niedowagą i otyłością (odpowiednio 66,6% i 13,1%). W grupie uwzględniającej sytuację materialną były to osoby w bardzo ciężkiej sytuacji materialnej (40%).

4.3 Ocena postaw respondentów względem żywności i żywienia

Postawy respondentów względem walorów zdrowotnych żywności

Na potrzeby analizy w zakresie postaw respondentów względem walorów zdrowotnych żywności wyodrębniono grupę zachowań negatywnych w których uwzględniono takie sformułowania jak: jem to co lubię niezależnie od tego czy jest zdrowe

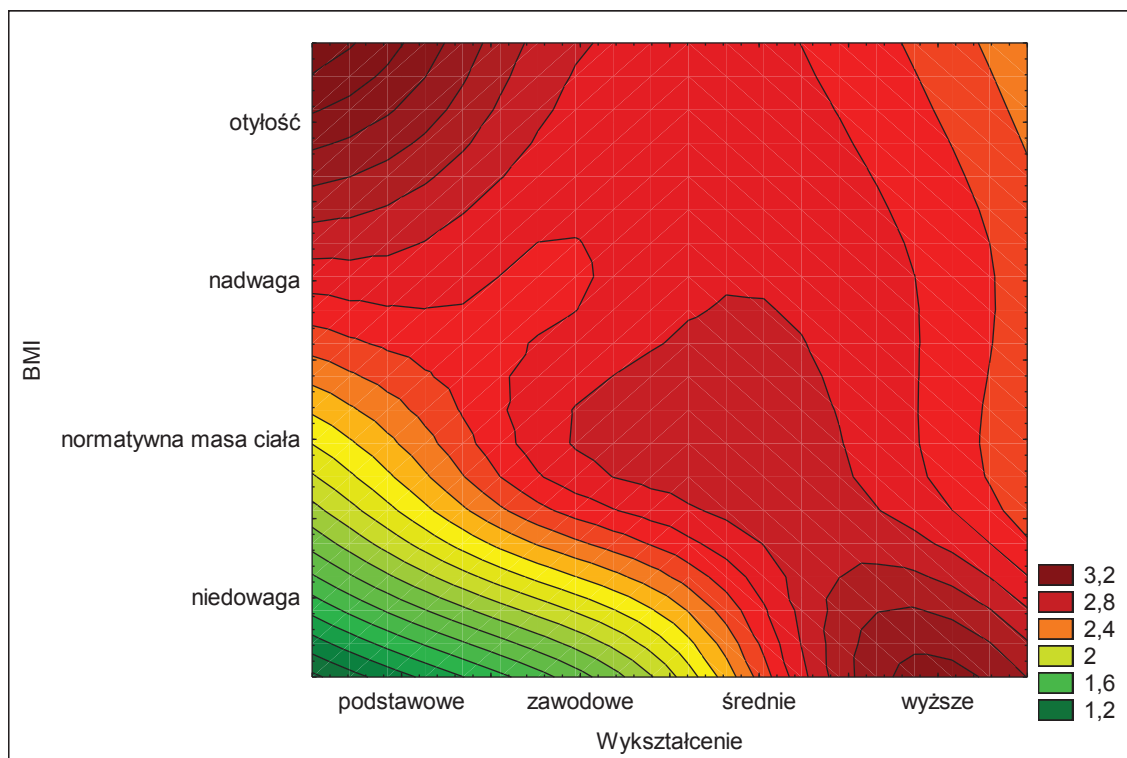
oraz zachowań pozytywnych w których uwzględniono sformułowania: zwracam uwagę na walory zdrowotne pożywienia, które jem, dbam o to aby moja dieta była niskotłuszczowa, dbam o to aby moja codzienna dieta zawierała dużo witamin i minerałów, wybierając produkt zwracam uwagę na jego walory zdrowotne, unikam żywności, która mogłaby podwyższać poziom cholesterolu, wybieram produkty tylko świeże, nieprzetworzone. Szczegółowy podział postaw respondentów względem walorów zdrowotnych żywności w zależności od wybranych czynników środowiskowych przedstawia tabela 10.

Tabela 10. Postawy respondentów względem walorów zdrowotnych żywności w zależności od wybranych czynników środowiskowych (%)

Cecha środowiskowa	Postawy			Różnice statystyczne *
	Negatywne	Obojętne	Pozytywne	
Płeć				P=0,0010*
Kobieta	1,6	26,6	71,8	
Mężczyzna	8,4	43,9	47,7	
Wiek				p=0,4800
do 50 lat	0,0	54,5	45,5	
50 - 60 lat	2,3	32,6	65,1	
60 - 70 lat	3,2	24,5	72,3	
70 lat i więcej	2,6	35,2	62,2	
BMI				p=0,0060*
Niedowaga	0,0	66,7	33,3	
normatywna masa ciała	1,3	30,2	68,5	
Nadwaga	3,4	29,4	67,2	
Otyłość	4,7	28,0	67,3	
Wykształcenie				p=0,13
Podstawowe	0,0	35,5	64,5	
Zawodowe	0,0	43,6	56,4	
Średnie	2,8	23,0	74,2	
Wyższe	3,7	36,1	60,3	
Sytuacja materialna				p=0,5900
bardzo dobra	0,0	22,4	77,6	
znośna, średnia	3,2	30,0	66,8	
raczej zła	0,0	35,6	64,4	
bardzo zła, ciężka	10,0	30,0	60,0	
Aktywność zawodowa				p=0,2800
aktywny zawodowo	4,9	35,2	59,9	
nieaktywny zawodowo	2,2	28,0	69,9	
Słuchacze UTW (N=607)	2,7	30,6	66,7	
Osoby spoza UTW (N = 97)	3,1	24,7	72,2	

*IS – zależność istotna statystycznie

Źródło: opracowanie własne



1 – postawy negatywne 2 – postawy obojętne 3 – postawy pozytywne

Źródło: opracowanie własne

Wykres 1. Postawy respondentów względem walorów zdrowotnych żywności w zależności od wskaźnika BMI i poziomu wykształcenia

Słuchacze Uniwersytetu Trzeciego Wieku charakteryzowały w większości pozytywne (66,7%) postawy względem walorów zdrowotnych żywności. 30,6% badanych deklarowało postawy obojętne i tylko 3,1% negatywne.

Badania wykazały istotność statystyczną pomiędzy płcią badanych oraz poziomem wskaźnika BMI, a postawą względem żywności prozdrowotnej. Zachowania pozytywne charakteryzowały przede wszystkim kobiety (71,8%). Tylko niespełna połowa (47,7%) mężczyzn deklarowała postawy pozytywne w badanym zakresie.

Większość badanych w wieku 60-70 lat (72,3%) przywiązywało wagę do walorów zdrowotnych żywności, podobnie jak 65,1% badanych w wieku 50-60 lat i 62,2% badanych w wieku 70 lat i więcej. Postawy obojętne deklarowała ponad połowa (54,5%) respondentów w wieku do 50 lat.

Postawy pozytywne względem walorów zdrowotnych żywności wykazywało większość badanych z normatywną masą ciała (58,5%), nadwagą (67,2%) i otyłością (67,3%). Postawy obojętne deklarowali przede wszystkim respondenci z niedowagą (66,7%).

Analizując wpływ wykształcenia na postawy w badanym zakresie zaobserwowano postawy pozytywne u większości badanych z wykształceniem średnim (74,2%). Postawy obojętne charakteryzowały przede wszystkim słuchaczy z wykształceniem zawodowym (43,6%).

Pozytywne postawy w badanym zakresie w większości deklarowali respondenci oceniający swoją sytuację materialną jako bardzo dobrą (77,6%). Deklarowało podobnie 66,8% badanych oceniających swoją sytuację materialną jako średnią, 64,4% badanych oceniających swoją sytuację jako raczej złą i 60% oceniających swoją sytuację materialną jako bardzo złą. Postawa obojętna charakteryzowała badanych oceniających swą sytuację jako raczej złą (35,6%). Aż 10 % osób oceniających swoją sytuację jako bardzo złą, ciężką cechowała postawa negatywna wobec walorów zdrowotnych żywności.

Zarówno słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku (66,7%) jak i osoby nie wykazujące tego typu aktywności (72,2%) charakteryzowały w większości pozytywne postawy względem walorów zdrowotnych żywności.

Zbiorowość osób z Uniwersytetu Trzeciego Wieku jest bardziej jednorodna w omawianym zakresie niż zbiorowość osób nie wykazującej takiej aktywności. Współczynnik zmienności $V_{(s)}$ wynosi odpowiednio 20,45 i 20,76.

Postawy respondentów względem produktów light i żywności ekologicznej

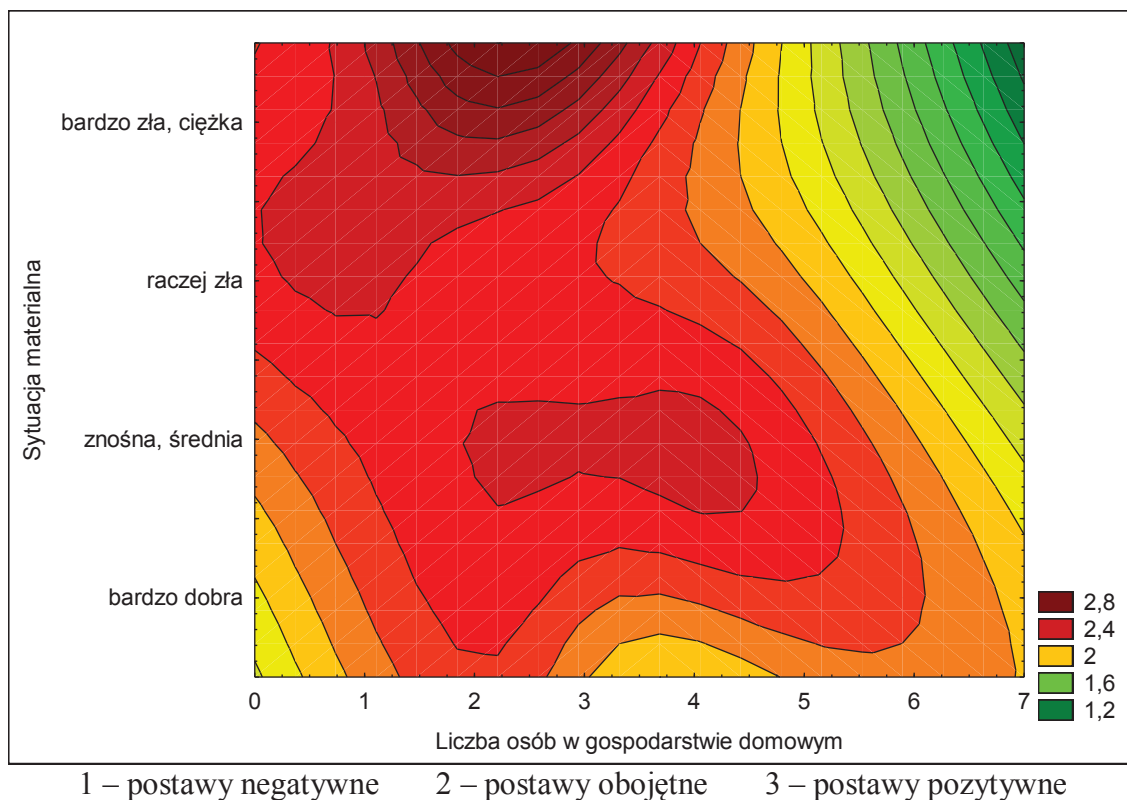
Na potrzeby analizy zakresie postaw respondentów względem produktów light i żywności ekologicznej wyodrębniono grupę zachowań negatywnych, w których uwzględniono stwierdzenia: uważam, że produkty light nie są zdrowsze niż konwencjonalne, w mojej opinii żywność ekologiczna nie jest zdrowsza niż konwencjonalna oraz zachowań pozytywnych, w których uwzględniono stwierdzenia: spożywając produkty light mogę zjeść więcej nie przyjmując nadmiaru kalorii, nie jem przetworzonej żywności ponieważ nie wiem co zawiera, w mojej opinii sztucznie aromatyzowana żywność jest szkodliwa dla zdrowia, unikam żywności, która zawiera sztuczne dodatki. Szczegółowy podział postaw w badanym zakresie przedstawia tabela 11.

Tabela 11. Postawy respondentów względem produktów light i żywności ekologicznej z uwzględnieniem wybranych czynników środowiskowych (%)

Cecha środowiskowa	Postawy			Różnice statystyczne *
	Negatywne	Obojętne	Pozytywne	
Płeć				p=0,2100
Kobieta	1,2	71,8	27,0	
Mężczyzna	0,9	73,8	25,2	
Wiek				p=0,1100
do 50 lat	0,0	81,8	18,2	
50 - 60 lat	0,0	66,3	33,7	
60 - 70 lat	1,0	74,8	24,2	
70 lat i więcej	2,0	69,9	28,1	
BMI				p=0,3900
Niedowaga	0,0	100,0	0,0	
normatywna masa ciała	0,9	73,7	25,4	
Nadwaga	0,8	74,3	24,9	
Otyłość	2,8	62,6	34,6	
Wykształcenie				p=0,6600
Podstawowe	0,0	64,5	35,5	
Zawodowe	0,0	74,4	25,6	
Średnie	1,9	69,8	28,3	
Wyższe	0,5	76,3	23,3	
Sytuacja materialna				p=0,4900
bardzo dobra	6,9	69,0	24,1	
znośna, średnia	0,4	72,9	26,7	
raczej zła	2,2	73,3	24,4	
bardzo zła, ciężka	0,0	50,0	50,0	
Aktywność zawodowa				p=0,7200
aktywny zawodowo	0,7	69,7	29,6	
nieaktywny zawodowo	1,3	72,9	25,8	
Sluchacze UTW (N=607)	1,2	72,5	26,3	
Osoby spoza UTW (N = 97)	1,0	70,1	28,9	

* IS – zależność istotna statystycznie

Źródło: opracowanie własne



Źródło: opracowanie własne

Wykres 2. Postawy respondentów względem produktów light i żywności ekologicznej w zależności od sytuacji zawodowej i liczby osób w gospodarstwie domowym

Analiza deklarowanych postaw względem produktów typu light i żywności ekologicznej wykazała, że zdecydowana większość badanych (72,5%) w tym zakresie charakteryzowała postawy obojętne, postawy pozytywne deklarowało 26,3% badanych, a negatywne tylko 1,2%. Zarówno większość mężczyzn (73,8%), jak i kobiet (71,8%) cechowała postawa obojętne. Tylko 27% kobiet i 25,2% mężczyzn deklarowało pozytywną postawę w badanym zakresie.

Badania nie wykazały istotności statystycznej pomiędzy postawami względem produktów light i żywności ekologicznej a czynnikami środowiskowymi.

Postawę obojętną deklarowali w większości (81,8%) badani do 50 roku życia. Postawy pozytywne przeważały wśród respondentów w wieku 50-60 lat (33,7%). Postawy negatywne charakteryzowały przede wszystkim osoby w wieku 70 lat i więcej.

Osoby z normatywną masą ciała (73,7%), podobnie jak osoby z nadwagą (74,3%) w większości deklarowały postawę obojętną wobec produktów light i żywności ekologicznej. Postawy pozytywne deklarowało 34,6% badanych z otyłością, 25,4% badanych z normatywną masą ciała i 24,9% badanych z otyłością. Postawy negatywne charakteryzowały najwięcej respondentów z otyłością (2,8%).

Zdecydowana większość badanych oceniających swoją sytuację materialną jako średnią (72,9%) i raczej złą (73,3%) deklarowała obojętną postawę względem produktów light i żywności ekologicznej. Połowa badanych oceniających swoją sytuację jako złą deklarowała postawy pozytywne, a połowa jako obojętne. Postawy negatywne w badanym zakresie charakteryzowały przede wszystkim osoby oceniające swoją sytuację materialną jako bardzo dobrą.

Zarówno większość badanych aktywnych zawodowo (69,7%), jak i nieaktywnych zawodowo (72,9%) deklarowała postawy obojętne wobec żywności light i żywności ekologicznej. Postawy pozytywne deklarowało więcej (29,6%) badanych aktywnych zawodowo, niż niepracujących (25,8%). Postawy negatywne natomiast charakteryzowały przede wszystkim respondentów nieaktywnych zawodowo (1,3%).

Osoby spoza grupy Uniwersytetu Trzeciego Wieku (28,9%) cechowały bardziej pozytywne postawy niż słuchaczy (26,6%).

Zbiorowość osób z Uniwersytetu Trzeciego Wieku była bardziej jednorodna w omawianym zakresie niż zbiorowość osób nie wykazującej takiej aktywności. Współczynnik zmienności $V_{(s)}$ wynosił odpowiednio 34,60 i 39,54.

Postawy respondentów względem nowej, nieznannej żywności

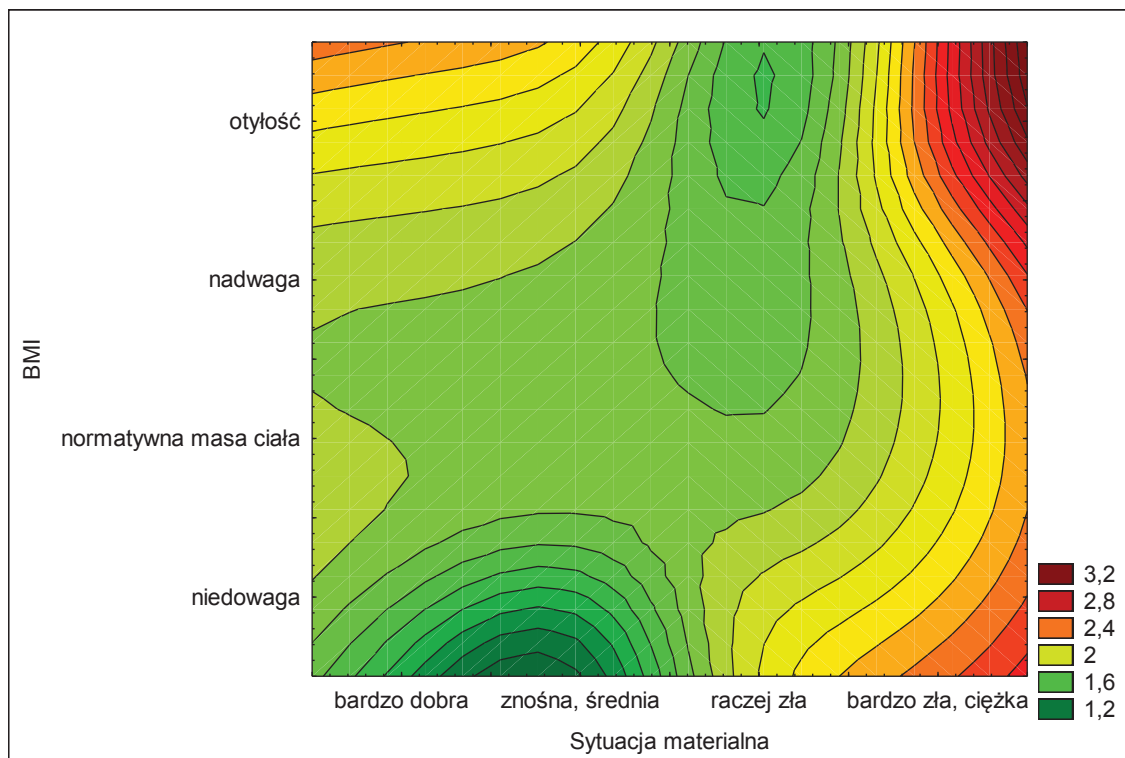
Na potrzeby analizy zakresie postaw względem nieznannej żywności wyodrębniono grupę zachowań negatywnych, w których uwzględniono stwierdzenia: obawiam się spożywania dań, których wcześniej nie próbowałem, wolę spożywać produkty które znam, obawiam się spożywania dań, których nie znam oraz zachowań pozytywnych w których uwzględniono stwierdzenia: kiedy jem poza domem, np. w restauracji, wybieram najdziwniejsze danie, nawet jeśli nie jestem pewien czy je polubię, kiedy przygotowuję posiłki lubię próbować nowych przepisów, lubię spożywać egzotyczne potrawy. Szczegółowy podział postaw w badanym zakresie przedstawia tabela 12.

Tabela 12. Postawy respondentów względem nowej, nieznannej żywności w zależności od wybranych czynników środowiskowych (%)

Cecha środowiskowa	Postawy			Różnice statystyczne *
	Negatywne	Obojętne	Pozytywne	
Płeć				p=0,2100
Kobieta	33,2	55,4	11,4	
Mężczyzna	29,0	56,1	15,0	
Wiek				p=0,1040
do 50 lat	0,0	63,6	36,4	
50 – 60 lat	22,1	69,8	8,1	
60 – 70 lat	30,3	55,4	14,3	
70 lat i więcej	42,3	49,0	8,7	
BMI				P=0,0050*
Niedowaga	33,3	66,7	0,0	
normatywna masa ciała	33,6	56,9	9,5	
Nadwaga	32,8	58,1	9,1	
Otyłość	29,0	45,8	25,2	
Wykształcenie				p=0,2900
Podstawowe	64,5	32,3	3,2	
Zawodowe	23,1	56,4	20,5	
Średnie	32,1	57,9	10,1	
Wyższe	30,1	55,3	14,6	
Sytuacja materialna				p=0,0010*
bardzo dobra	32,8	48,3	19,0	
znośna, średnia	32,2	56,1	11,7	
raczej zła	42,2	57,8	0,0	
bardzo zła, ciężka	0,0	60,0	40,0	
Aktywność zawodowa				p=0,0130*
aktywny zawodowo	23,2	64,1	12,7	
nieaktywny zawodowo	35,3	52,9	11,8	
Sluchacze UTW (N=607)	31,0	57,3	11,8	
Osoby spoza UTW (N = 97)	40,2	46,4	13,4	

*IS – zależność istotna statystycznie

Źródło: opracowanie własne



1 – postawy negatywne 2 – postawy obojętne 3 – postawy pozytywne

Źródło: opracowanie własne

Wykres 3. Postawy respondentów względem nowej, nieznannej żywności w zależności od wskaźnika BMI i sytuacji materialnej

Jak wynika z badań postawy pozytywne względem nowej, nieznannej żywności charakteryzowały zaledwie 11,8% słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku. Badani w większości (57,3%) deklarowali postawy obojętne w badanym zakresie. Aż 31% badanych wykazywało postawy negatywne względem nowej, nieznannej żywności. Badana wykazały istotność statystyczną pomiędzy masą ciała, deklarowaną sytuacją materialną i aktywnością zawodową a postawą względem nieznannej żywności.

Postawy negatywne wykazywały w większości kobiety (33,2%), natomiast pozytywne mężczyźni (15%). Jednak zarówno większość mężczyzn (69,8%), jak i kobiet (63,6%) cechowały przede wszystkim postawy obojętne w badanym zakresie.

Postawy pozytywne względem nowej, nieznannej żywności charakteryzowały w większości osoby w wieku do 50 lat, a negatywne w wieku 70 lat i więcej. Postawy obojętne deklarowali przede wszystkim badani w wieku 50-60 lat (69,8%).

Negatywne postawy względem nowej żywności wykazywały w większości zarówno osoby z niedowagą (33,3%), osoby z normalną masą ciała (33,6%) i osoby z nadwagą (32,8%). Postawy obojętne charakteryzowały przede wszystkim badanych z niedowagą (66,7%), a negatywne badanych z otyłością (25,2%).

Negatywną postawę wobec nieznannej żywności deklarowali w większości badani z wykształceniem podstawowym. Postawy pozytywne charakteryzowały przede wszystkim respondentów z wykształceniem zawodowym (20,5%) i wyższym (14,6%).

Postawy pozytywne w badanym zakresie w większości (40%) cechowały badanych oceniających swoją sytuację materialną jako bardzo złą, postawy negatywne natomiast badanych oceniających swoją sytuację jako raczej złą (42,2%). Postawy negatywne deklarowały przede wszystkim osoby starsze nieaktywne zawodowo (35,5%), natomiast pozytywne osoby nieaktywne zawodowo (12,7%). Postawy obojętne charakteryzowały przede wszystkim respondentów aktywnych zawodowo (64,1%).

Osoby starsze nie będące słuchaczami Uniwersytetu Trzeciego Wieku deklarowały bardziej negatywne (40,2%) postawy względem nowej, nieznannej żywności niż słuchacze Uniwersytetu Trzeciego Wieku (31%%). Zbiorowość osób z Uniwersytetu Trzeciego Wieku była bardziej jednorodna w omawianym zakresie niż zbiorowość osób nie wykazującej takiej aktywności. Współczynnik zmienności $V_{(s)}$ wynosił odpowiednio 20,87 i 21,11.

Postawy respondentów względem traktowania jedzenia jako nagrody i przyjemności

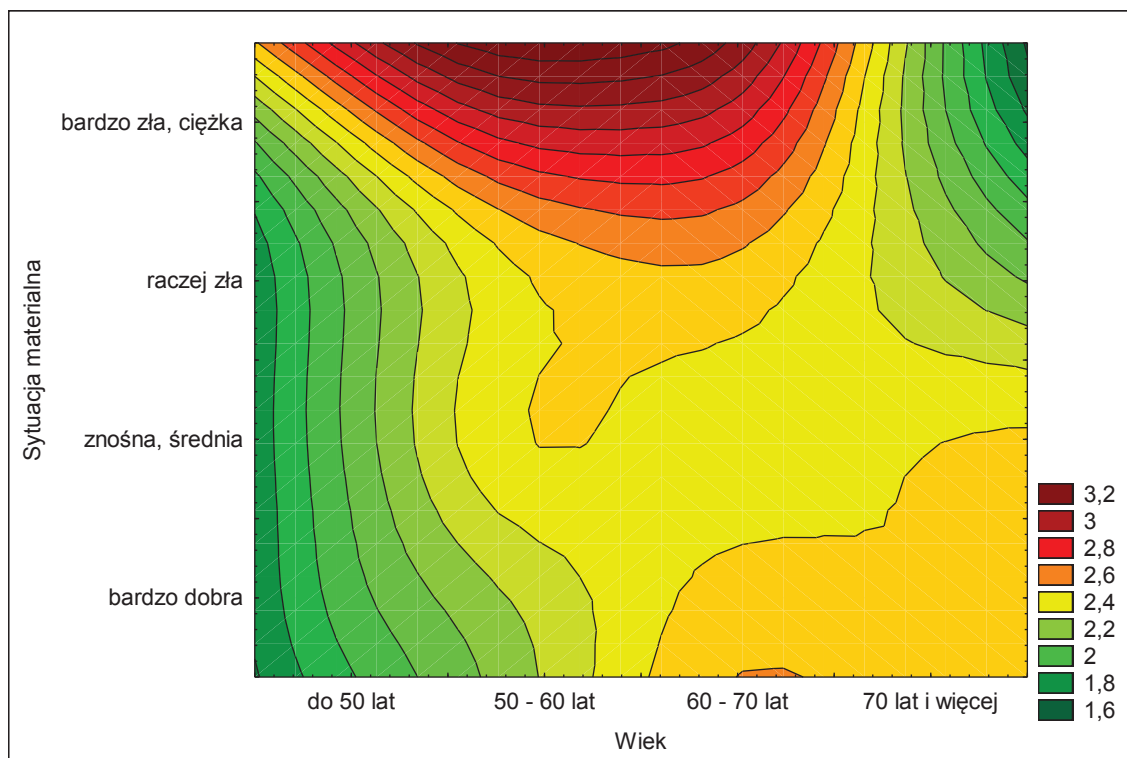
Na potrzeby analizy w zakresie postaw respondentów względem traktowania jedzenia jako nagrody i przyjemności wyodrębniono grupę zachowań negatywnych w których uwzględniono sformułowania: kiedy mam zły nastrój spożywam coś naprawdę pysznego, zjadam /dokańczam/ posiłek nawet wtedy gdy mi nie smakuje oraz zachowań pozytywnych w których uwzględniono: poprawianie nastroju poprzez jedzenie jest oszukiwaniem samego siebie, dbam o to aby moje jedzenie było smaczne zarówno na co dzień i od święta, wygląd jedzenia ma dla mnie znaczenie. Szczegółowy podział postaw w badanym zakresie przedstawia tabela 13.

Tabela 13. Postawy respondentów względem traktowania jedzenia jako nagrody i przyjemności w zależności od wybranych czynników środowiskowych (%)

Cecha środowiskowa	Postawy			Różnice statystyczne *
	Negatywne	Obojętne	Pozytywne	
Płeć				p=0,0002*
Kobieta	0,4	59,6	40,0	
Mężczyzna	1,9	66,4	31,8	
Wiek				p=0,0700
do 50 lat	0,0	100,0	0,0	
50 - 60 lat	0,0	58,1	41,9	
60 - 70 lat	1,0	59,9	39,2	
70 lat i więcej	0,5	61,2	38,3	
BMI				p=0,8000
Niedowaga	0,0	100,0	0,0	
normatywna masa ciała	0,4	57,3	42,2	
Nadwaga	0,4	62,3	37,4	
Otyłość	1,9	63,6	34,6	
Wykształcenie				p=0,1500
Podstawowe	0,0	74,2	25,8	
Zawodowe	0,0	61,5	38,5	
Średnie	1,3	59,4	39,3	
Wyższe	0,0	60,7	39,3	
Sytuacja materialna				p=0,0300*
bardzo dobra	0,0	60,3	39,7	
znośna, średnia	0,8	60,7	38,5	
raczej zła	0,0	68,9	31,1	
bardzo zła, ciężka	0,0	30,0	70,0	
Aktywność zawodowa				p=0,0900
aktywny zawodowo	0,7	61,3	38,0	
nieaktywny zawodowo	0,6	60,6	38,7	
Sluchacze UTW (N=607)	0,6	62,7	36,7	
Osoby spoza UTW (N = 97)	1,0	50,5	48,5	

*IS – zależność istotna statystycznie

Źródło: opracowanie własne



1 – postawy negatywne 2 – postawy obojętne 3 – postawy pozytywne

Źródło: opracowanie własne

Wykres 4. Postawy respondentów względem traktowania jedzenia jako nagrody i przyjemności w zależności od sytuacji materialnej i wieku

Badania wykazały istotność statystyczną pomiędzy płcią i deklarowaną sytuacją materialną respondentów a postawami względem traktowania jedzenia jako nagrody i przyjemności. Słuchacze Uniwersytetu Trzeciego Wieku charakteryzowali w większości (62,7%) obojętne postawy względem traktowania jedzenia jako nagrody i przyjemności. Postawy pozytywne w badanym zakresie deklarowało 36,7% badanych, a negatywne tylko 0,6%.

Jedzenie jako nagrodę i przyjemność traktowały przede wszystkim kobiety (40%). Mężczyźni w większości wykazywali w badanym zakresie postawy obojętne. Postawy pozytywne charakteryzowały głównie osoby w wieku 50-60 lat (41,9%), a negatywne w wieku 60-70 lat (1%).

Osoby z niedowagą deklarowały obojętną postawę w badanym zakresie (100%). 42,2% osób z normatywną masą ciała, niewiele mniej (37,4%) badanych z nadwagą i 34,6% badanych z otyłością cechowały postawy pozytywne w zakresie traktowania jedzenia jako nagrody i przyjemności.

Postawy obojętne deklarowały osoby z wykształceniem podstawowym (74,2%). Zarówno 39,3% osób z wykształceniem średnim jak i wyższym deklarowało pozytywne

postawy w badanych zakresie. Zachowania pozytywne względem traktowania jedzenia jako nagrody i przyjemności wskazywało aż 70% respondentów oceniających swoją sytuację jako bardzo złą. Podobnie deklarowało 39,7% badanych oceniających swoją sytuację jako bardzo dobrą, 38,5% - jako średnią i 31,1% - jako raczej złą.

Zarówno osoby aktywne (61,3%) i nieaktywne zawodowo (60,6%) w większości charakteryzowały postawy obojętne w badanym zakresie.

Osoby nie będące słuchaczami Uniwersytetu Trzeciego Wieku cechowały bardziej pozytywne postawy (48,5%) w badanym zakresie niż słuchaczy (36,7%).

Zbiorowość osób z Uniwersytetu Trzeciego Wieku była bardziej jednorodna w omawianym zakresie niż zbiorowość osób nie wykazującej takiej aktywności. Współczynnik zmienności $V_{(s)}$ wynosił odpowiednio 20,87 i 21,11.

Postawy respondentów względem opakowania i składu produktu

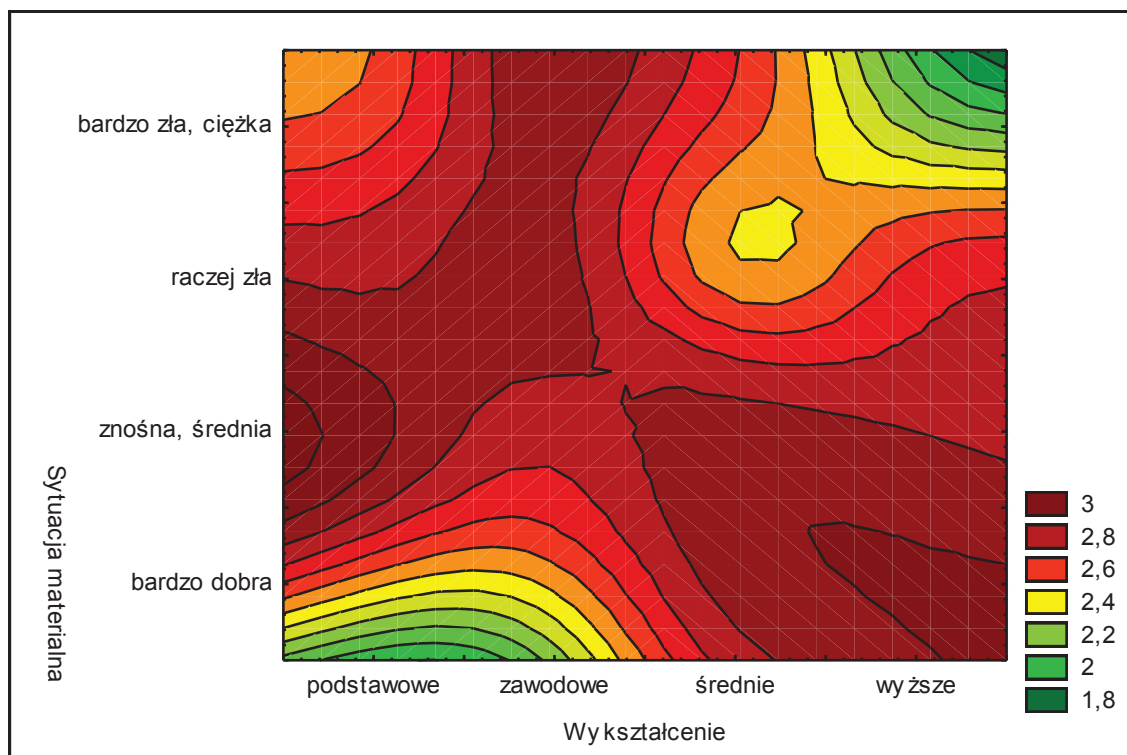
Na potrzeby analizy postaw słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku względem opakowania i składu produktu wyodrębniono grupę zachowań negatywnych, w których uwzględniono stwierdzenia: kupując produkt nie zwracam uwagi na jego kaloryczność i wartość odżywczą podaną na opakowaniu oraz zachowań pozytywnych w których uwzględniono: zwracam uwagę na wygląd opakowania żywności, zawsze czytam skład produktu podany na opakowaniu, ważne są dla mnie informacje dotyczące kaloryczności i wartości odżywczej zawarte na opakowaniu. Szczegółowy podział postaw respondentów w badanym zakresie przedstawia tabela 14.

Tabela 14. Wpływ wybranych czynników środowiskowych na postawy respondentów względem opakowania i składu produktu (%)

Cecha środowiskowa	Postawy			Różnice statystyczne*
	Negatywne	Obojętne	Pozytywne	
Płeć				p=0,0070*
Kobieta	1,4	13,2	85,4	
Mężczyzna	1,9	28,0	70,1	
Wiek				p=0,0000*
do 50 lat	0,0	0,0	100,0	
50 - 60 lat	0,0	14,0	86,0	
60 - 70 lat	0,6	13,4	86,0	
70 lat i więcej	3,6	21,4	75,0	
BMI				p=0,5900
Niedowaga	0,0	0,0	100,0	
normatywna masa ciała	2,6	18,5	78,9	
Nadwaga	0,4	14,0	85,7	
Otyłość	1,9	15,0	83,2	
Wykształcenie				p=0,0100*
Podstawowe	0,0	12,9	87,1	
Zawodowe	5,1	17,9	76,9	
Średnie	1,6	14,8	83,6	
Wyższe	0,9	17,4	81,7	
Sytuacja materialna				p=0,0000*
bardzo dobra	1,7	10,3	87,9	
znośna, średnia	0,8	15,6	83,6	
raczej zła	8,9	20,0	71,1	
bardzo zła, ciężka	0,0	40,0	60,0	
Aktywność zawodowa				p=0,0370*
aktywny zawodowo	0,7	14,1	85,2	
nieaktywny zawodowo	1,7	16,3	81,9	
Słuchacze UTW (N=607)	1,0	16,5	82,5	
Osoby spoza UTW (N = 97)	4,1	12,4	83,5	

* IS – zależność istotna statystycznie

Źródło: opracowanie własne



1 – postawy negatywne 2 – postawy obojętne 3 – postawy pozytywne

Źródło: opracowanie własne

Wykres 5. Postawy respondentów względem opakowania i składu produktu w zależności od sytuacji materialnej i poziomu wykształcenia

Badania wykazały istotność statystyczną pomiędzy przywiązywaniem uwagi do opakowania i składu produktu przez badanych a płcią, wiekiem, poziomem wykształcenia, deklarowaną sytuacją materialną i aktywnością zawodową.

Aż 82,5% słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku deklaroowało, że zwraca uwagę wygląd opakowania i skład produktu. Postawy obojętne w tym zakresie wskazało 16,3% badanych, a negatywne tylko 1%.

Do opakowania i składu produktu uwagę przywiązywały w większości kobiety (85,4%). Obojętną postawę w badanym zakresie deklaroowało 28% mężczyzn i tylko 13,2% kobiet. Postawy pozytywne względem opakowania i składu produktu cechowały w większości osoby w wieku do 50 lat (100%). Podobnie deklaroowały 86% osoby w wieku 50-70 lat i 70% osoby w wieku 70 lat i więcej. Pozytywne postawy charakteryzowały w większości osoby z niedowagą (100%). Postawy negatywne przeważały natomiast wśród osób z normatywną masą ciała (2,6%). Zarówno osoby z wykształceniem podstawowym (87,1%), średnim (83,6%), wyższym (81,7%) i zawodowym (76,9%) w większości charakteryzowały postawy pozytywne. Postawy negatywne deklaroowały w większości osoby z wykształceniem zawodowym (5,1%). Opakowanie i skład produktu

istotne były przede wszystkim dla osób deklarujących swoją sytuację materialną jako bardzo dobrą (87,9%), postawy obojętne w tym zakresie deklarowały w większości (40%) osoby oceniające swoją sytuację materialną jako bardzo złą, a negatywne badani oceniający swoją sytuację jako raczej złą.

Zarówno większość (82,5%) słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku, jak i osoby starsze niewykazujące tego typu aktywności (83,5%) zwracało uwagę na opakowanie i skład kupowanego produktu żywnościowego.

Zbiorowość osób z Uniwersytetu Trzeciego Wieku była bardziej jednorodna w omawianym zakresie niż zbiorowość osób nie wykazującej takiej aktywności. Współczynnik zmienności $V_{(s)}$ wynosił odpowiednio 15,44 i 28,58.

Rola kontekstu w wyborze i spożywaniu żywności

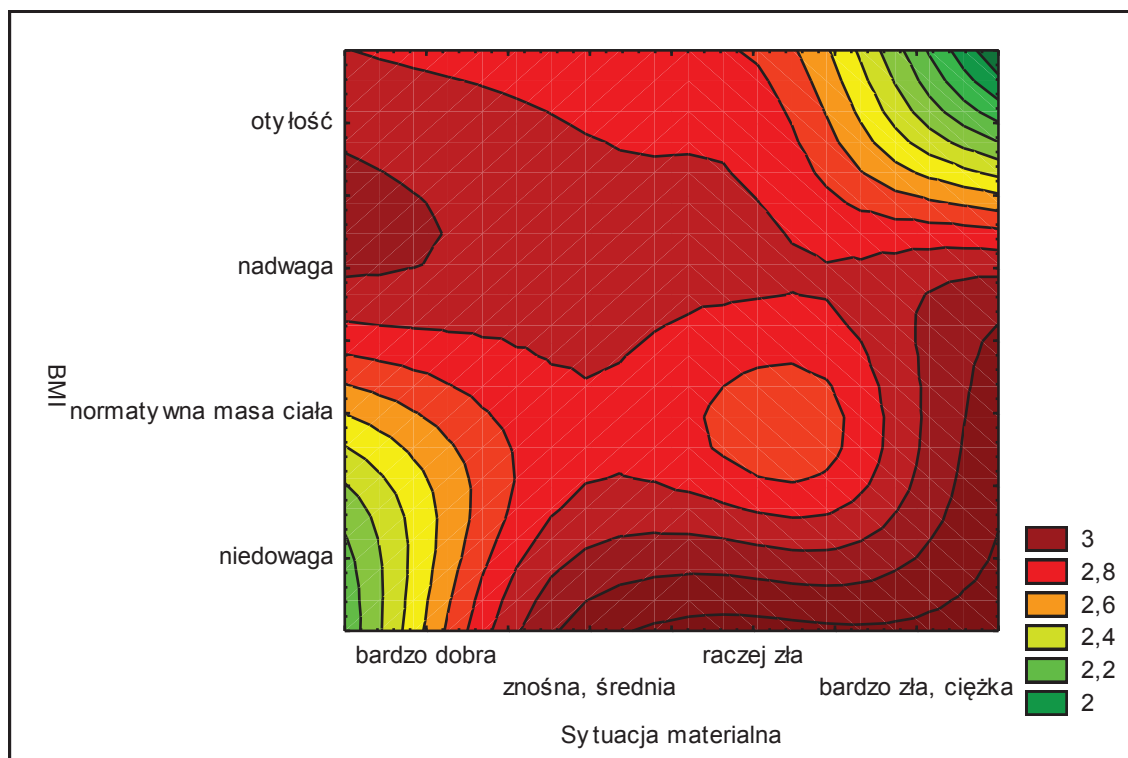
Na potrzeby analizy postaw zakresie roli kontekstu w wyborze i spożywaniu żywności wyodrębniono grupę zachowań, w których uwzględniono: jedząc poza domem, np. w restauracji, wybieram często nieznanne mi potrawy, podczas spotkań towarzyskich lubię spróbować nieznanych mi dotąd potraw, miejsce spożywania posiłku ma dla mnie znaczenie, pyszne potrawy są dla mnie niezbędnym elementem spotkań towarzyskich. Szczegółowe dane dotyczące wpływu wybranych czynników środowiskowych na kontekst spożywania żywności został przedstawiony w tabeli 15.

Tabela 15. Kontekst spożywania żywności w zależności od wybranych czynników środowiskowych (%)

Cecha środowiskowa	Postawy			Różnice statystyczne*
	Negatywne	Obojętne	Pozytywne	
Płeć				p=0,5200
Kobieta	1,4	16,2	82,4	
Mężczyzna	3,7	19,6	76,6	
Wiek				p=0,7600
do 50 lat	0,0	0,0	100,0	
50 - 60 lat	1,2	17,4	81,4	
60 - 70 lat	1,6	14,6	83,8	
70 lat i więcej	2,6	20,9	76,5	
BMI				p=0,3100
Niedowaga	0,0	0,0	100,0	
normatywna masa ciała	0,9	22,4	76,7	
Nadwaga	1,9	12,5	85,7	
Otyłość	3,7	15,9	80,4	
Wykształcenie				p=0,6100
Podstawowe	0,0	41,9	58,1	
Zawodowe	0,0	20,5	79,5	
Średnie	2,2	14,5	83,3	
Wyższe	1,8	16,0	82,2	
Sytuacja materialna				p=0,0002*
bardzo dobra	1,7	17,2	81,0	
znośna, średnia	1,8	15,8	82,4	
raczej zła	0,0	24,4	75,6	
bardzo zła, ciężka	10,0	30,0	60,0	
Aktywność zawodowa				p=0,2800
aktywny zawodowo	1,4	11,3	87,3	
nieaktywny zawodowo	1,9	18,5	79,6	
Słuchacze UTW (N=607)	1,8	15,3	82,9	
Osoby spoza UTW (N = 97)	2,1	24,7	73,2	

*IS – zależność istotna statystycznie

Źródło: opracowanie własne



1 – postawy negatywne 2 – postawy obojętne 3 – postawy pozytywne

Źródło: opracowanie własne

Wykres 6. Rola kontekstu w wyborze i spożywaniu żywności w zależności od sytuacji materialnej

Analizując wyniki badań w zakresie kontekstu spożywania żywności przez słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku stwierdzono zależność statystyczną pomiędzy deklarowaną sytuacją materialną, a kontekstem spożywania żywności przez seniorów. Osoby starsze deklarujące swoją sytuację materialną jako dobrą i bardzo dobrą wskazywały na ważność kontekstu spożywania żywności. Kontekst spożywania żywności nie był ważny tylko dla 1,8% badanych. Badania wykazały, że wraz ze wzrostem statusu materialnego respondentów wzrastała ważność kontekstu spożywania żywności. Analogicznie przedstawiała się sytuacja w przypadku analizy wpływu wykształcenia seniorów.

Zbiorowość osób z Uniwersytetu Trzeciego Wieku była bardziej zróżnicowana w omawianym zakresie niż zbiorowość osób nie wykazującej takiej aktywności. Współczynnik zmienności $V_{(s)}$ wynosił odpowiednio 32,52 i 32,02.

Analiza czynnikowa

Stosując metodę głównych składowych w analizie czynnikowej wyodrębniono dwa czynniki mające na celu redukcję zmiennych dotyczących postaw i zachowań żywieniowych. Dane przedstawiono w tabeli 16.

Tabela 16. Wartości czynników

Stwierdzenia zawarte w analizie	Czynnik 1	Czynnik 2
Spożywanie niewielu warzyw	0,016118	0,925561
Spożywanie niewielu owoców	-0,057394	0,930251
Spożywanie niewielu mięs i ryb	-0,024698	-0,612539
Zwracanie uwagi na walory zdrowotne zjadanego pożywienia	0,835086	0,026621
Dbanie o dietę niskotłuszczową	0,778447	0,028799
Dbanie o dietę zawierającą dużo witamin i minerałów	0,827222	-0,169195
Przy wybieraniu produktu zwracanie uwagi na jego walory zdrowotne	0,815306	0,016049
War.wyj.	2,655921	1,752453
Udział	0,442653	0,292076

Źródło: opracowanie własne

Czynnik 1 obejmował stwierdzenia:

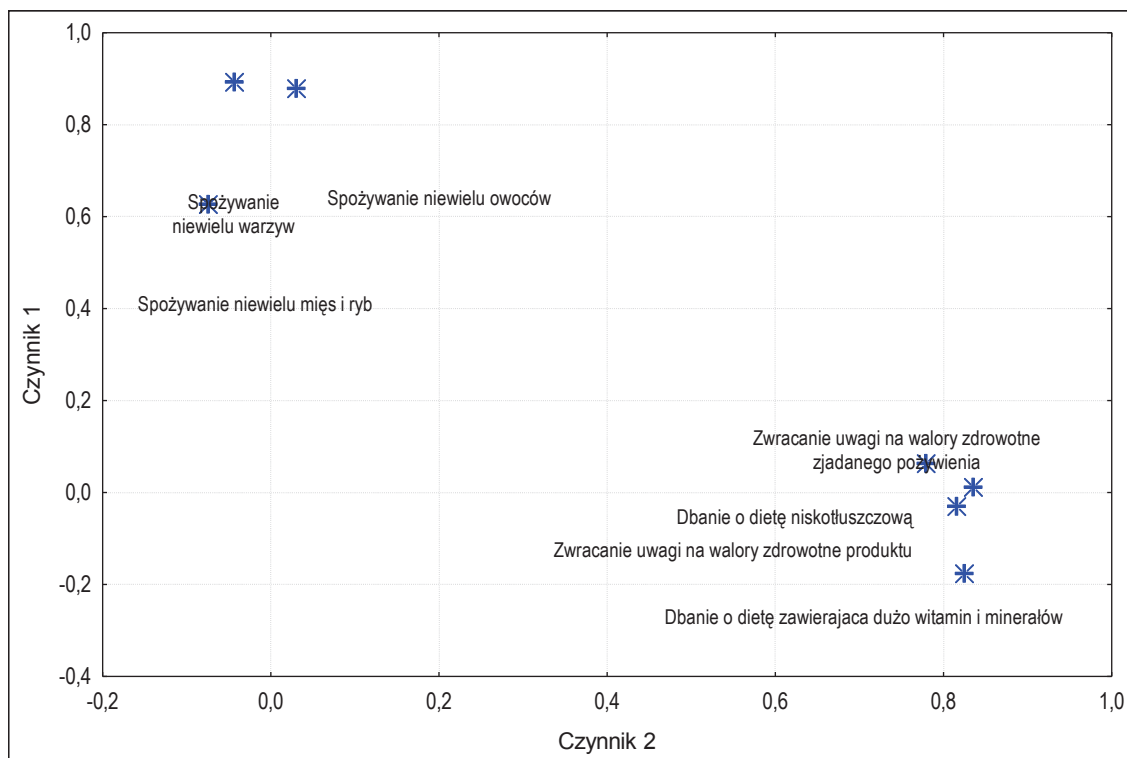
- Zwracam uwagę na walory zdrowotne zjadanego pożywienia ($r = 0,84$);
- Dbam o dietę niskotłuszczową ($r = 0,78$);
- Dbam o dietę zawierającą dużo witamin i minerałów ($r = 0,83$);
- Przy wybieraniu produktu zwracam uwagę na jego walory zdrowotne ($r = 0,82$).

Współczynnik rzetelności Cronbacha dla tych stwierdzeń wynosi 0,84 co potwierdza słuszność wyodrębnionej cechy, wartość minimalna nowej zmiennej $-2,03$ a maksymalna $3,67$. Test chi – kwadrat ($22,80 > 20,28$; $\chi^2 > \chi^2_{0,005}$), $df=7$, przy poziomie istotności $p < 0,005$ potwierdził istotne statystyczne zależności między stwierdzeniami obejmującymi ten czynnik. Czynnik ten nazwano: **dbanie o zdrową dietę**.

Czynnik 2 obejmował stwierdzenia:

- Spożywam niewiele warzyw ($r = 0,93$);
- Spożywam niewiele owoców ($r = 0,93$);
- Spożywam niewiele mięs i ryb ($r = -0,61,25$).

Test chi – kwadrat ($33,21 > 21,96$; $\chi^2 > \chi^2_{0,005}$), $df=8$, przy poziomie istotności $p < 0,005$ potwierdził istotne statystyczne zależności między stwierdzeniami obejmującymi ten czynnik. Czynnik ten nazwano: **ograniczenia w spożywaniu żywności**.



Źródło: opracowanie własne

Wykres 7. Graficzne przedstawienie wyodrębnionych czynników

Analiza czynnikowa pozwoliła na wyodrębnienie dwóch grup – postaw względem zdrowej diety i zachowań dotyczących stosowanych ograniczeń w spożywaniu żywności. Osoby starsze, które wykazywały pozytywne postawy względem walorów zdrowotnych pożywienia, dbały również o dietę niskotłuszczową, zawierającą dużo witamin i minerałów. Analogicznie badani deklarujący stosowanie ograniczeń w spożywaniu warzyw i owoców, ograniczali również spożywanie mięs i ryb. Wyodrębnione podczas analizy czynniki opisujące postawy i zachowania żywieniowe respondentów zostały wykorzystane w dalszej części analizy statystycznej badań do odnalezienia zależności pomiędzy tymi czynnikami a postawami i zachowaniami żywieniowymi badanych.

4.4 Ocena zachowań żywieniowych

Wpływ wybranych czynników środowiskowych na stosowane ograniczenia w spożywaniu żywności

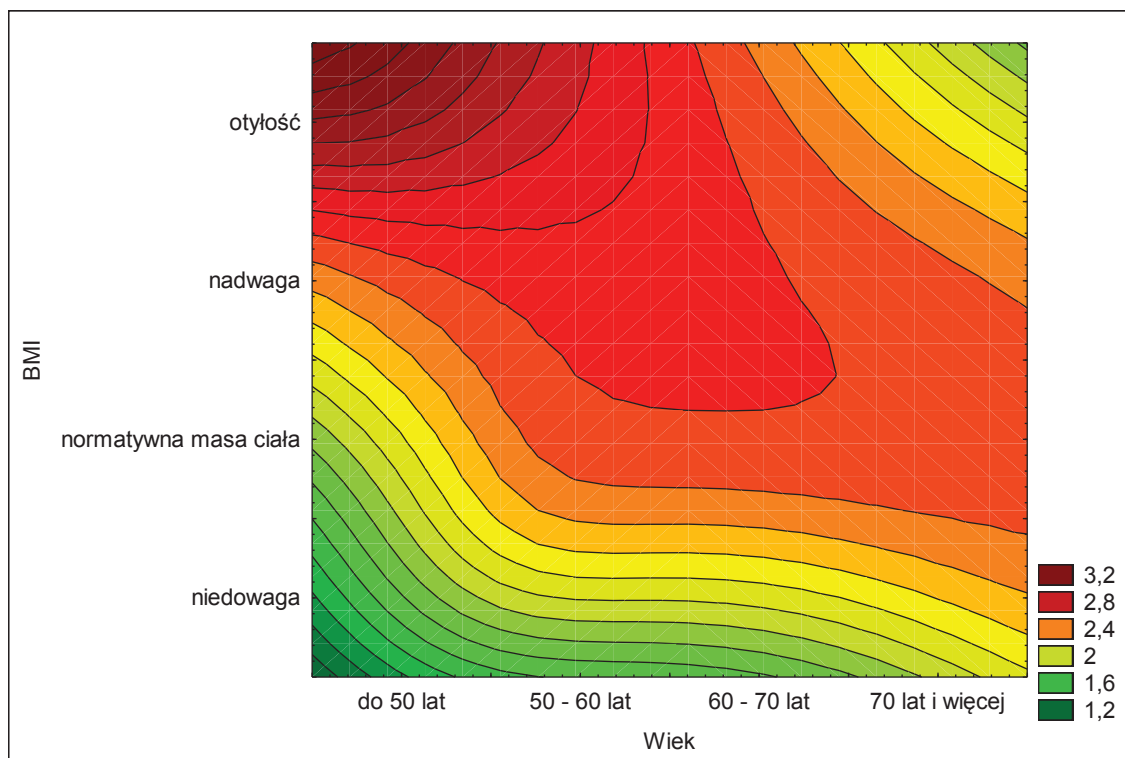
Na potrzeby analizy zakresie stosowania ograniczeń w spożywaniu żywności wyodrębniono grupę zachowań negatywnych, w których sformułowania: spożyłam niewiele owoców, spożyłam niewiele warzyw, spożyłam niewiele mięs i ryb, spożyłam niewiele wody oraz zachowań pozytywnych - staram się nie przejadać, ograniczam spożywanie potraw bogatych w tłuszcz, ograniczam spożywanie słodczy. Szczegółowy podział zachowań w badanym zakresie przedstawia tabela 17.

Tabela 17. Stosowanie ograniczeń w spożywaniu żywności w zależności od wybranych czynników środowiskowych (%)

Cecha środowiskowa	Zachowania			Różnice statystyczne *
	Negatywne	Obojętne	Pozytywne	
Płeć				p=0,8900
Kobieta	1,4	49,4	49,2	
Mężczyzna	1,9	53,3	44,9	
Wiek				p=0,4200
do 50 lat	0,0	54,5	45,5	
50 - 60 lat	0,0	46,5	53,5	
60 - 70 lat	1,6	48,4	50,0	
70 lat i więcej	2,0	54,1	43,9	
BMI				p=0,0600
Niedowaga	0,0	100,0	0,0	
normatywna masa ciała	0,4	51,7	47,8	
Nadwaga	3,0	44,9	52,1	
Otyłość	0,0	57,9	42,1	
Wykształcenie				p=0,0350*
Podstawowe	0,0	74,2	25,8	
Zawodowe	0,0	89,7	10,3	
Średnie	1,9	50,6	47,5	
Wyższe	1,4	38,8	59,8	
Sytuacja materialna				p=0,1600
bardzo dobra	0,0	43,1	56,9	
znośna, średnia	1,8	49,8	48,4	
raczej zła	0,0	64,4	35,6	
bardzo zła, ciężka	0,0	40,0	60,0	
Aktywność zawodowa				p=0,3200
aktywny zawodowo	2,1	50,7	47,2	
nieaktywny zawodowo	1,3	49,9	48,8	
Sluchacze UTW (N=607)	1,2	45,9	52,9	
Osoby spoza UTW (N = 97)	3,1	72,2	24,7	

*IS – zależność istotna statystycznie

Źródło: opracowanie własne



1 – zachowania negatywne 2 – zachowania obojętne 3 – zachowania pozytywne

Źródło: opracowanie własne

Wykres 8. Stosowane ograniczenia w spożywaniu żywności w zależności od wskaźnika BMI i wieku

Badania wykazały zależność statystyczną pomiędzy poziomem wykształcenia badanych, a stosowaniem ograniczeń w spożywaniu żywności. słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku cechowały przede wszystkim pozytywne (52,9%) i obojętne (45,9%) zachowania w badanym zakresie.

Zachowania pozytywne charakteryzowały w większości kobiety (49,2%). Ponad połowa (53,4%) osób w wieku 50-60 lat i połowa osób w wieku 60-70 lat wykazywała pozytywne zachowania żywieniowe w badanym zakresie stosowania ograniczeń w spożywaniu żywności. Zachowania obojętne charakteryzowały w większości badanych w wieku do 50 lat (54,5%) i 70 lat i więcej (54,1%).

Osoby z nadwagą deklarowały w większości pozytywne (52,1%) i obojętne (44,9%) zachowania dotyczące stosowania ograniczeń w spożywaniu żywności. Podobnie jak osoby z normatywną masą ciała – odpowiednio 47,8% i 51,7%. Osoby z otyłością cechowały przede wszystkim zachowania obojętne (57,9%).

Aż 89,7% badanych z wykształceniem zawodowym i 74,2% z wykształceniem podstawowym charakteryzowały obojętne zachowania w badanym zakresie. Podobnie

deklarowała ponad połowa (50,6%) badanych w wykształceniu średnim. Zachowania pozytywne wykazywali przede wszystkim badani z wykształceniem wyższym (59,8%).

Analizując sytuację materialną respondentów zaobserwowano zachowania negatywne tylko u osób oceniających swoją sytuację materialną jako średnią. Zachowania pozytywne cechowały głównie badanych oceniających swoją sytuację jako bardzo złą (60%) i bardzo dobrą (56,9%). Zachowania obojętne występowały w większości u osób oceniających swoją sytuację materialną jako raczej złą (64,4%).

Osoby aktywne zawodowo wykazywały w większości obojętne (50,7%) i pozytywne (47,2%) zachowania dotyczące stosowania ograniczeń w spożywaniu żywności. Podobnie jak osoby nieaktywne zawodowo – odpowiednio 49,9% i 48,8%.

Słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku (52,9%) charakteryzowały bardziej pozytywne zachowania w zakresie stosowania ograniczeń w spożywaniu żywności niż osoby starsze nie wykazujące tego typu aktywności (24,7%).

Zbiorowość osób z Uniwersytetu Trzeciego Wieku była bardziej jednorodna w omawianym zakresie niż zbiorowość osób nie wykazującej takiej aktywności. Współczynnik zmienności $V_{(s)}$ wynosił odpowiednio 15,0 i 18,35.

Wpływ wybranych czynników środowiskowych na liczbę spożywanych posiłków w ciągu doby

W tabeli 18 przedstawiona została liczba posiłków zwyczajowo spożywana przez respondentów w ciągu doby, w zależności od wybranych czynników środowiskowych.

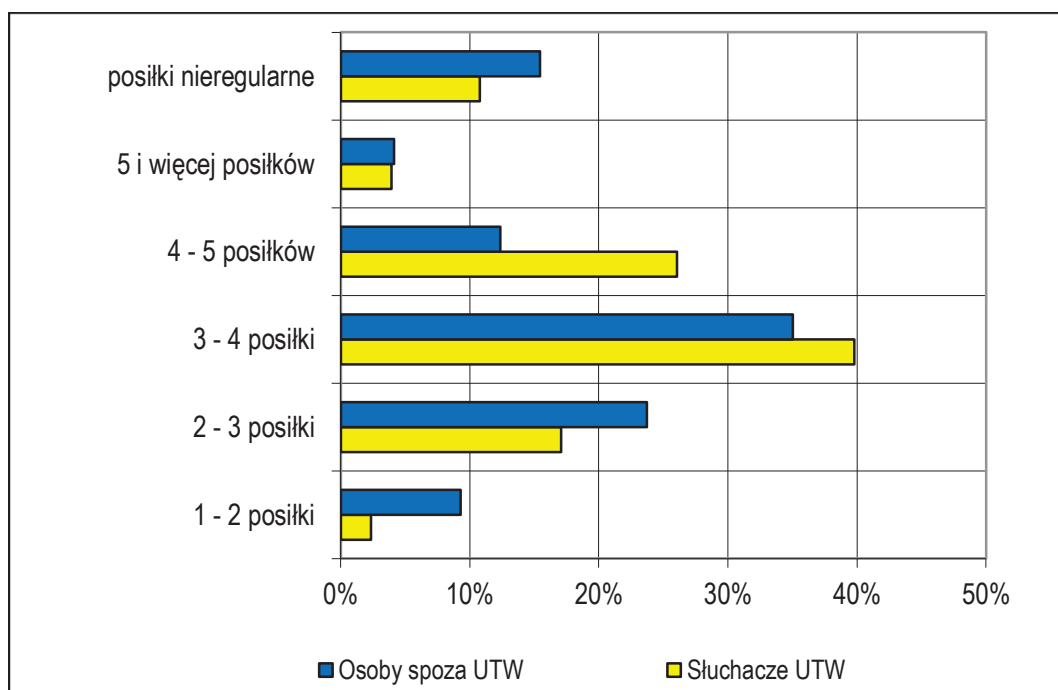
Tabela 18. Liczba spożywanych posiłków w ciągu doby w zależności od wybranych czynników środowiskowych (%)

Cecha środowiskowa	1 posiłek	2 posiłki	3 posiłki	4 posiłki	5 i więcej posiłków	posiłki nieregularne	Wiersz Razem	Różnice statystyczne*
Płeć								p=,000768*
Kobieta	2,6	14,7	31,5	22,1	2,3	9,2	82,4	
Mężczyzna	0,8	3,5	7,6	1,8	1,6	2,3	17,6	
Wiek								p=,000001*
do 50 lat	0,3	0,0	1,3	0,0	0,2	0,0	1,8	
50 - 60 lat	0,7	2,3	3,0	4,8	1,5	2,0	14,2	
60 - 70 lat	1,6	8,6	19,3	13,8	2,1	6,3	51,7	
70 lat i więcej	0,8	7,2	15,5	5,3	0,2	3,3	32,3	
BMI								p=0,18150
Niedowaga	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,3	0,5	
normatywna masa ciała	1,2	8,6	14,8	9,4	1,2	3,1	38,2	
Nadwaga	1,6	7,1	17,1	10,7	1,6	5,4	43,7	
Otyłość	0,7	2,5	6,9	3,8	1,2	2,6	17,6	
Wykształcenie								p=,005395*
Podstawowe	0,3	1,2	3,5	0,2	0,0	0,0	5,1	
Zawodowe	0,3	1,2	2,3	0,8	0,5	1,3	6,4	
Średnie	1,3	10,0	17,8	14,3	2,5	6,4	52,4	
Wyższe	1,5	5,8	15,5	8,6	1,0	3,8	36,1	
Sytuacja materialna								p=,028448 *
bardzo dobra	0,2	1,6	2,3	3,0	0,5	2,0	9,6	
znośna, średnia	2,5	14,3	33,6	19,6	3,1	8,2	81,4	
raczej zła	0,8	2,0	2,1	1,0	0,3	1,2	7,4	
bardzo zła, ciężka	0,0	0,2	1,0	0,3	0,0	0,2	1,6	
Aktywność zawodowa								p=,000103*
aktywny zawodowo	1,3	2,6	6,9	6,6	1,8	4,1	23,4	
nieaktywny zawodowo	2,1	15,5	32,1	17,3	2,1	7,4	76,6	
Słuchacze UTW (N=607)	3,5	18,1	39,0	23,9	4,0	11,5	100	
Osoby spoza UTW (N = 97)	9,3	23,7	35,1	12,4	4,1	15,5	100	

*IS – zależność istotna statystycznie

Źródło: opracowanie własne

W badanej grupie przeważał trzy i czteroposiłkowy model odżywiania. Większość słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku cechowało spożywanie trzech (39%) i czterech (23,9%) posiłków dziennie. Trzy i cztery posiłki dziennie spożywało większość kobiet (odpowiednio 35,5% i 22,1%). Tylko 2,3% respondentów spożywało pięć posiłków. Trzy i czteroposiłkowy model żywienia charakteryzował badanych w wieku 60-70 lat (odpowiednio 19,3% i 13,8%). Seniorzy z normatywną masą ciała deklarowali najczęściej spożywanie trzech posiłków dziennie (14,8%), podobnie jak osoby z nadwagą (17,1%) i otyłością (6,9%). Trzyposiłkowy model żywienia deklarowali seniorzy legitymujący się wykształceniem średnim (17,8%) i wyższym (15,5%), podobnie jak czteroposiłkowy – odpowiednio 14,3% i 8,6%. Słuchacze oceniający swoją sytuację materialną jako średnią spożywali w większości trzy posiłki dziennie (33,6%). Seniorzy aktywni zawodowo spożywali w większości również trzy (6,9%) i cztery posiłki (6,6%). Osoby nieaktywne zawodowo deklarowały spożywanie w większości trzech posiłków (32,1%). Zarówno słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku, jak i osoby starsze nie wykazujące tego typu aktywności charakteryzował trzyposiłkowy model odżywiania (odpowiednio 39% i 35,1%). Pomijając inne ilości posiłków w ciągu dnia te same grupy osób w największym stopniu odżywiały się nieregularnie. Częstotliwość spożywania posiłków w zależności od badanej grupy przedstawia wykres 9.



Źródło: opracowanie własne

Wykres 9. Częstotliwość spożywania posiłków w ciągu doby

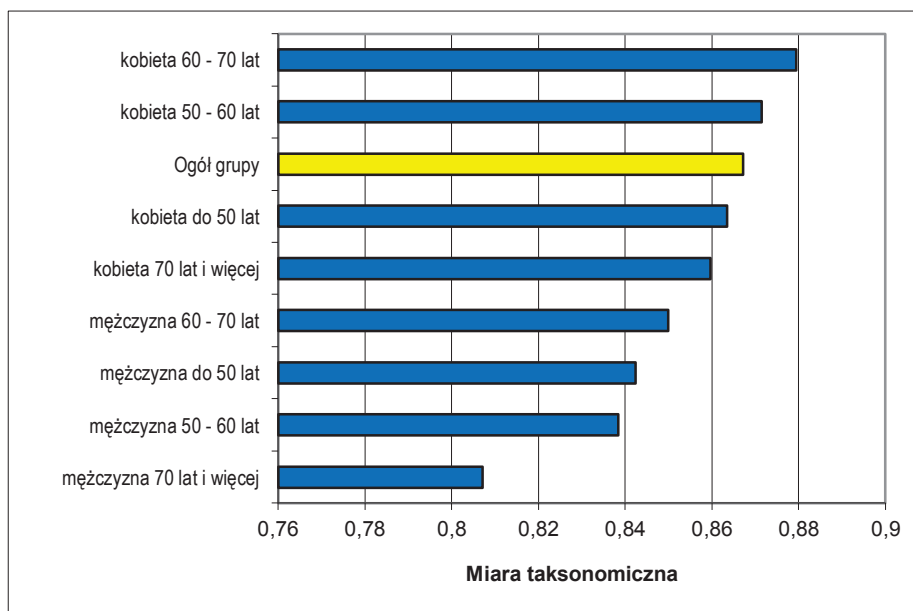
4.5 Wpływ wybranych czynników środowiskowych na postawy i zachowania prozdrowotne respondentów

Wpływ płci i wieku na postawy i zachowania żywieniowe osób starszych względem zdrowia i zdrowego odżywiania

W celu porównania wpływu płci i wieku na postawy i zachowania żywieniowe osób starszych zastosowano jedną z metod statystycznej analizy wielowymiarowej tj. porządkowania liniowego opartego na wzorcu. Wzorzec zbudowano na podstawie zmiennych występujących w badaniu takich jak:

- Stosowane ograniczenia w spożywaniu żywności;
- Postawy respondentów względem walorów zdrowotnych żywności;
- Postawy względem żywności ekologicznej i typu light;
- Postawy respondentów wobec nowej, nieznannej żywności;
- Traktowanie jedzenia jako nagrody i przyjemności;
- Postawy względem opakowania i składu produktu;
- Kontekst spożywania żywności.

Szczegółowe wartości miary taksonomicznej przedstawia wykres 10.



Źródło: opracowanie własne

Wykres 10. Postawy i zachowania żywieniowe względem zdrowia i zdrowego odżywiania w zależności od płci i wieku respondentów

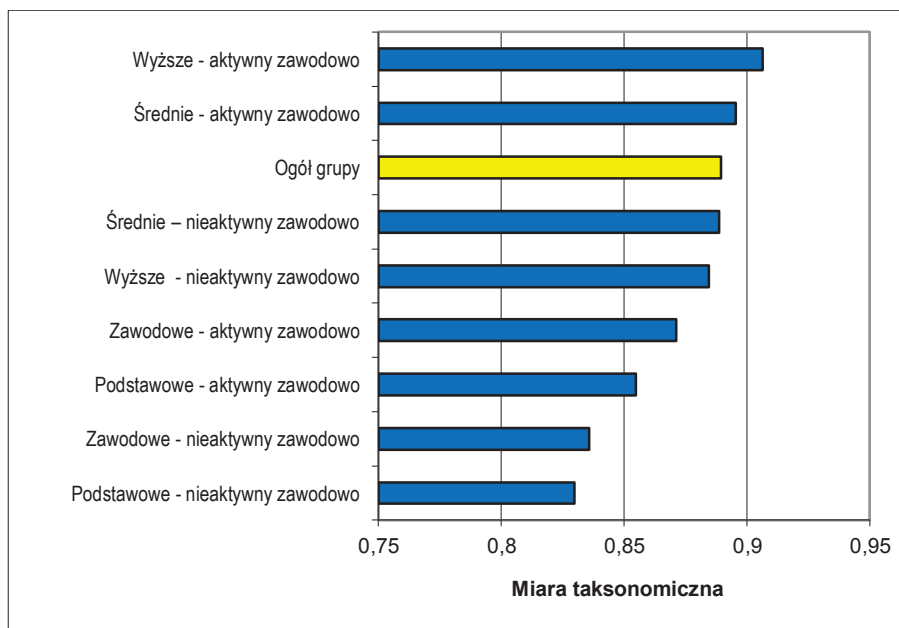
Obliczenie miary taksonomicznej określającej odległość zmiennych wystandaryzowanych: stymulant (pozytywnych), destymulant (negatywnych), od obiektu wzorcowego utworzonego za pomocą tych zmiennych ukazało istniejącą prawidłowość polegającą na tym, że najbliższej obiektu wzorcowego były kobiety w wieku 60 – 70 lat. Miara taksonomiczna ułożyła się tak, że w grupie kobiet wartości malały (badane grupy oddalają się od wzorca) wraz ze zmniejszaniem się wieku. Jednak na końcu skali kobiet występowały kobiety w wieku przekraczającym 70 lat. Poniżej najniższej wartości miary taksonomicznej uwzględniającej kobiety zaczynał się obszar uwzględniający mężczyzn. Tutaj również najwyżej reprezentowana była grupa mężczyzn w wieku 60 – 70 lat, a najniżej mężczyzn w wieku 70 lat i więcej. Taki rozkład pozwala stwierdzić, że istnieje zależność uwzględniająca jednocześnie płeć i wiek badanych, a zmiennymi dotyczącymi postaw i zachowań żywieniowych osób starszych zastosowanymi w tej analizie, tj. zmiennymi użytymi do budowy wzorca.

Wpływ poziomu wykształcenia i aktywności zawodowej na aktywne i prozdrowotne zachowania osób starszych

W celu porównania wpływu wykształcenia i aktywności zawodowej na aktywne i prozdrowotne zachowania osób starszych zastosowano, podobnie jak w poprzednim przypadku, metodę porządkowania liniowego opartego na wzorcu. Wzorzec zbudowano na podstawie zmiennych występujących w badaniu takich jak:

- Forma najczęściej spędzanego wolnego czasu,
- Czas przeznaczony na aktywność fizyczną,
- Stosowane ograniczenia w spożywaniu żywności,
- Postawy względem produktów typu light i żywności ekologicznej,
- Postawy względem nowej, nieznannej żywności,
- Traktowanie jedzenia jako nagrody i przyjemności,
- Postawy względem opakowania i składu produktu,
- Kontekst spożywania żywności.

Szczegółowe wartości miary taksonomicznej przedstawia wykres 11.



Źródło: opracowanie własne

Wykres 11. Aktywność i prozdrowotne zachowania respondentów w zależności od wykształcenia i aktywności zawodowej

Obliczenie miary taksonomicznej określającej odległość zmiennych wystandaryzowanych: stymulant (pozytywnych), destymulant (negatywnych), od obiektu wzorcowego utworzonego za pomocą tych zmiennych wykazało istniejącą prawidłowość polegającą na tym, że najbliższej obiektu wzorcowego były osoby z wykształceniem wyższym i jednocześnie aktywne zawodowo. Miara taksonomiczna ułożyła się tak, że wartości miary taksonomicznej malały wraz z obniżaniem się wykształcenia i obniżaniem się aktywności zawodowej. Najdalej oddalone od wzorca były osoby z wykształceniem podstawowym, nieaktywne zawodowo. Taki rozkład pozwala stwierdzić, że istnieje zależność uwzględniająca jednocześnie wykształcenie i aktywność zawodową, a zmiennymi dotyczącymi aktywności i zachowań prozdrowotnych osób starszych zastosowanymi w tej analizie, tj. zmiennymi użytymi do budowy wzorca.

4.6 Porównanie postaw i zachowań prozdrowotnych słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku i osób starszych nie wykazujących tego typu aktywności

W tabeli 19 przedstawiony został szczegółowy podział postaw i zachowań żywieniowych badanych grup.

Tabela 19. Porównanie postaw i zachowań żywieniowych słuchaczy UTW i osób starszych nie wykazujących tego typu aktywności

Postawa/Zachowanie	Przynależność do grupy	Raczej nie i zdecydowanie nie	Ani tak ani nie	Raczej tak i zdecydowanie tak	Różnice statystyczne*
Dbanie o zdrową dietę					
Zwracanie uwagi na walory zdrowotne żywności	Słuchacze UTW	5,9	6,9	87,3	p=0,000*
	Osoby spoza UTW	9,3	14,4	76,3	
Dbanie o dietę niskotłuszczową	Słuchacze UTW	9,4	13,5	77,1	p=0,000*
	Osoby spoza UTW	6,2	23,7	70,1	
Zwracanie uwagi na opakowanie i skład produktu	Słuchacze UTW	8,6	15,5	75,9	p=0,000*
	Osoby spoza UTW	8,2	16,5	75,3	
Dbanie o dietę zawierającą dużo witamin i minerałów	Słuchacze UTW	7,3	14,5	78,2	p=0,003*
	Osoby spoza UTW	11,3	17,5	71,1	
Neofobia żywieniowa					
Spożywanie egzotycznych potraw	Słuchacze UTW	54,1	22,5	23,3	p=0,000*
	Osoby spoza UTW	55,7	22,7	21,6	
Spożywanie tylko znanych potraw	Słuchacze UTW	80,0	9,4	10,6	p=0,000*
	Osoby spoza UTW	89,7	3,1	7,2	
Stosowane ograniczenie w spożywaniu żywności					
Spożywanie niewielu warzyw	Słuchacze UTW	24,7	18,4	56,9	p=0,014*
	Osoby spoza UTW	37,1	24,7	38,1	
Spożywanie niewielu owoców	Słuchacze UTW	24,3	16,7	59,0	p=0,000*
	Osoby spoza UTW	41,2	21,6	37,1	
Spożywanie niewielu mięs i ryb	Słuchacze UTW	27,6	22,0	50,4	p=0,035*
	Osoby spoza UTW	35,1	29,9	35,1	

* IS – zależność istotna statystycznie

Źródło: opracowanie własne

Biorąc pod uwagę konkretne zachowania żywieniowe badanej grupy stwierdzono, że osoby z Uniwersytetu Trzeciego Wieku (87,3%), w porównaniu z osobami nie wykazującymi tego typu aktywności (76,2%), bardziej zwracały uwagę na walory zdrowotne żywności. Słuchacze również bardziej dbali o dietę niskotłuszczową (tak deklarowało 77,1% słuchaczy Uniwersytetu i odpowiednio 70,1% osób spoza grupy). Słuchacze Uniwersytetu Trzeciego Wieku bardziej zwracali uwagę na walory zdrowotne kupowanego produktu (75,9% i odpowiednio 75,3%) oraz dbali o dietę zawierającą dużo witamin i minerałów (odpowiednio 78,2% i 75,3%). Osoby te spożywały więcej warzyw, owoców oraz mięs i ryb (odpowiednio 56,9%, 59,0% oraz 50,4% i odpowiednio druga grupa 38,1%, 37,1% i 35,1%). Słuchacze Uniwersytetu Trzeciego Wieku charakteryzował niższy poziom neofobii żywieniowej niż osoby starsze nie wykazujące tego typu aktywności. Częściej spożywali egzotyczne potrawy (odpowiednio 23,3% i 21,6%) oraz deklarowali rzadsze spożywanie tylko znanych wcześniej potraw (odpowiednio 80% i 89,7%).

Mając na uwadze to, że w każdym przypadku *p-value* jest mniejsza od 0,05 należy odrzucić hipotezy zerowe mówiące o tym, że postawy i zachowania żywieniowe są niezależne od grup i przyjąć hipotezy alternatywne do nich mówiące o tym, że wybrane postawy i zachowania żywieniowe badanych osób różnicują grupy tj. zależą od przynależności do jednej z grup: słuchaczy Uniwersytetów Trzeciego Wieku bądź do grupy osób nie wykazujących tego typu aktywności.

W tabelach 20 i 21 porównane zostały formy spędzania wolnego czasu i aktywność fizyczna słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku i osób starszych nie wykazujących tego typu aktywności

Tabela 20. Porównanie form spędzania wolnego czasu przez słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku i osób starszych nie wykazujących tego typu aktywności (%)

Przynależność do grupy	Spędzanie czasu		Różnice statystyczne*
	aktywnie / czynnie	nieaktywnie / biernie	
Słuchacze UTW (N=607)	84,3	15,7	
Osoby spoza UTW (N=97)	60,8	39,2	

*IS – zależność istotna statystycznie

Źródło: opracowanie własne

Tabela 21. Różnice w formach aktywności fizycznej słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku (N = 607) i osób starszych nie wykazujących tego typu aktywności (N = 97)

Przynależność do grupy	wcale	jeden raz w tygodniu	dwa razy w tygodniu	codziennie	Różnice statystyczne *
Spacery					
Słuchacze UTW	8,8	12,7	41,6	36,9	p=0,000000*
Osoby starsze spoza UTW	26,8	2,1	14,4	56,7	
Marsz (nordic walking)					
Słuchacze UTW	66,9	15,1	12,0	6,1	p=0,003100*
Osoby starsze spoza UTW	80,4	8,2	2,1	9,3	
Jazda na rowerze					
Słuchacze UTW	59,4	16,3	17,1	7,3	p=0,000000*
Osoby starsze spoza UTW	83,5	0,0	14,4	2,1	
Basen					
Słuchacze UTW	73,3	20,0	5,3	1,4	p=0,020000*
Osoby starsze spoza UTW	86,6	7,2	4,1	2,1	
Praca na działce					
Słuchacze UTW	53,7	8,0	25,3	12,9	p=0,001000*
Osoby starsze spoza UTW	71,1	5,2	8,2	15,5	
Aerobik					
Słuchacze UTW	89,8	6,1	3,9	0,2	p=0,000000*
Osoby starsze spoza UTW	95,9	0,0	0,0	4,1	
Inna forma aktywności fizycznej					
Słuchacze UTW	80,2	3,3	9,6	6,9	p=0,321000
Osoby starsze spoza UTW	82,5	0,0	9,3	8,2	

*IS – zależność istotna statystycznie

Źródło: opracowanie własne

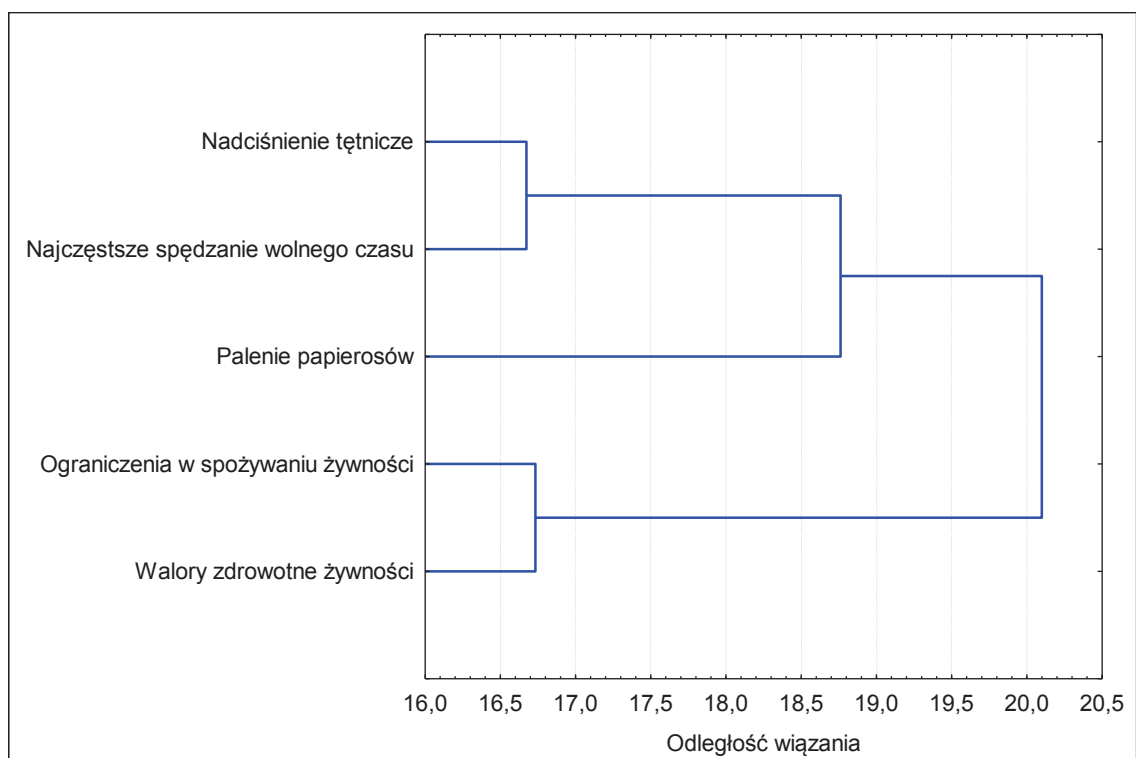
Słuchacze Uniwersytetu Trzeciego Wieku częściej spędzali czas aktywnie/czynnie (84,3%) niż osoby spoza tej grupy (60,8%). Na spacerów dwa i więcej razy w tygodniu czas poświęcało 78,5% słuchaczy. Ze spacerów nie korzystało 8,8% badanych z grupy słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku i dużo więcej, bo aż 26,8%, osób nie wykazujących tego typu aktywności. Pracę na działce dwa i więcej razy w tygodniu deklarowało 38,2% badanych z Uniwersytetu i 23,7 badanych spoza grupy. Pracy na działce nie wykonywało 53,7% słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku i aż 71,1% osób nie wykazujących tego typu aktywności. Dwa razy w tygodniu i częściej na jazdę na rowerze poświęcało 21,4% badanych z Uniwersytetu i 16,5% osób spoza.

Mając na uwadze to, że w każdym przypadku p-value jest mniejsza od 0,05 należy odrzucić hipotezy zerowe mówiące o tym, że tryb życia osób starszych jest niezależny od grupy w której te osoby przebywają i przyjmując hipotezy alternatywne do nich mówiące o tym, że sposób spędzania wolnego czasu jak i aktywność fizyczna (ogólnie nazwane trybem życia) badanych osób różnicuje grupy tj. zależy od przynależności do jednej

z grup: słuchaczy Uniwersytetów Trzeciego Wieku bądź do grupy osób nie wykazujących tego typu aktywności.

Zależność pomiędzy postawami i zachowaniami prozdrowotnymi a występowaniem chorób dietozależnych osób starszych

Aby określić związek pomiędzy postawami i zachowaniami prozdrowotnymi a ryzykiem występowania chorób dietozależnych osób starszych zastosowano analizę skupień. W analizie tej uwzględniono wszystkie zmienne występujące w badaniu. Wyniki przedstawiono w tabelach 22 i 23 oraz graficznie na wykresach 12 i 13. Wykresy te zawierają poziomy hierarchiczne w oparciu o wykresy drzewa.



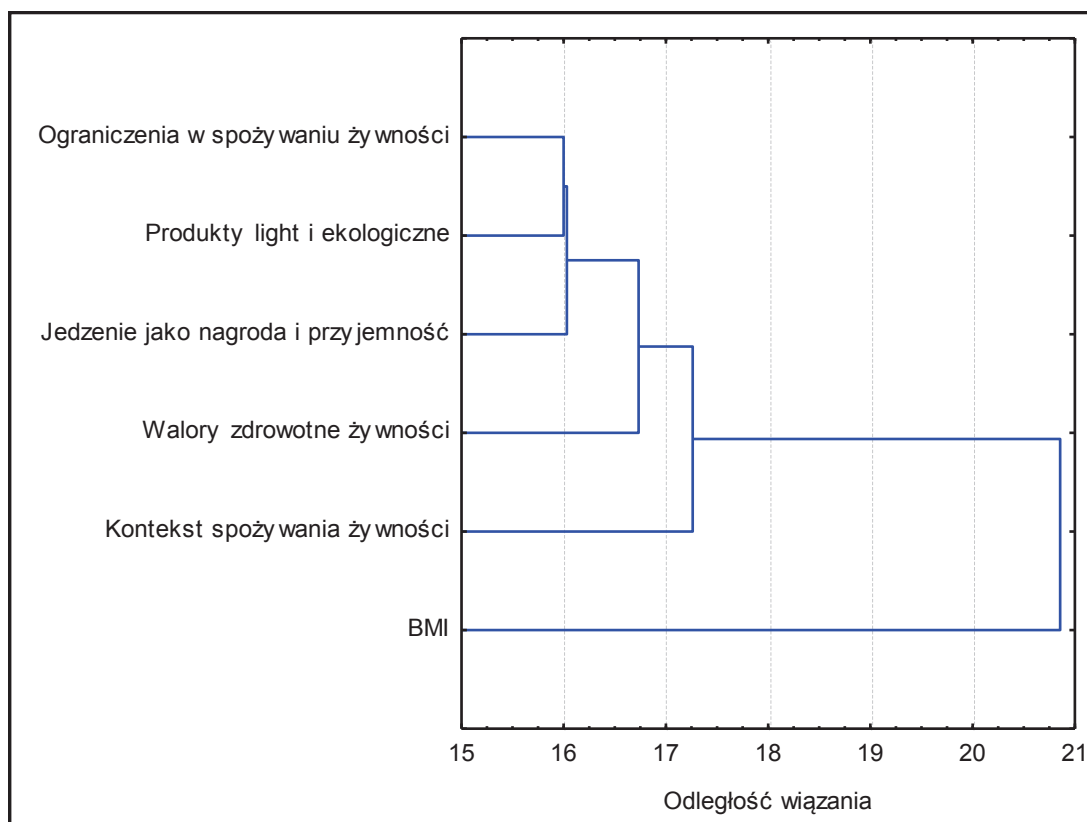
Źródło: opracowanie własne

Wykres 12. Zależność pomiędzy występowaniem nadciśnienia tętniczego a postawami i zachowaniami prozdrowotnymi

Tabela 22. Zależność pomiędzy występowaniem nadciśnienia tętniczego a postawami i zachowaniami prozdrowotnymi

Odległość łączy	Obj. Nr 1	Obj. Nr 2	Obj. Nr 3	Obj. Nr 4	Obj. Nr 5
16,67333	Nadciśnienie tętnicze	Najczęstsze spędzanie wolnego czasu			
16,73320	Ograniczenia w spożywaniu żywności	Walory zdrowotne żywności			
18,76166	Nadciśnienie tętnicze	Najczęstsze spędzanie wolnego czasu	Palenie papierosów		
20,09975	Nadciśnienie tętnicze	Najczęstsze spędzanie wolnego czasu	Palenie papierosów	Ograniczenia w spożywaniu żywności	Walory zdrowotne żywności

Źródło: opracowanie własne



Źródło: opracowanie własne

Wykres 13. Zależność pomiędzy poziomem wskaźnika BMI a postawami i zachowaniami prozdrowotnymi

Tabela 23. Zależność pomiędzy poziomem wskaźnika BMI a postawami i zachowaniami prozdrowotnymi

Odległość łąčenja	Obj. Nr 1	Obj. Nr 2	Obj. Nr 3	Obj. Nr 4	Obj. Nr 5	Obj. Nr 6
16,00000	Ograniczenia w spożywaniu żywności	Produkty light i ekologiczne				
16,03122	Ograniczenia w spożywaniu żywności	Produkty light i ekologiczne	Jedzenie jako nagroda i przyjemność			
16,73320	Ograniczenia w spożywaniu żywności	Produkty light i ekologiczne	Jedzenie jako nagroda i przyjemność	Walory zdrowotne żywności		
17,26268	Ograniczenia w spożywaniu żywności	Produkty light i ekologiczne	Jedzenie jako nagroda i przyjemność	Walory zdrowotne żywności	Kontekst spożywania żywności	
20,85665	Ograniczenia w spożywaniu żywności	Produkty light i ekologiczne	Jedzenie jako nagroda i przyjemność	Walory zdrowotne żywności	Kontekst spożywania żywności	BMI

Źródło: opracowanie własne

Badania zależności pomiędzy postawami i zachowaniami prozdrowotnymi a ryzykiem występowania chorób dietozależnych pozwoliły na ustalenie związku tylko dla nadciśnienia tętniczego oraz otyłości. Związków z innymi chorobami dietozależnymi nie udało się ustalić ze względu na małą liczebność osób badanych (statystyczne dużo rzadsze występowanie pozostałych chorób uwzględnionych w badaniu w populacji). Występowanie nadciśnienia tętniczego wiązało się z formą spędzania czasu wolnego, a dalszej kolejności z paleniem papierosów, stosowaniem ograniczeń w spożywaniu żywności i postawami względem zdrowej diety. Natomiast poziom wskaźnika BMI wiązał się z kontekstem spożywania żywności, postawami względem zdrowej diety, traktowania jedzenia jako przyjemności i produktów light i ekologicznych, a dalszej kolejności z zachowaniami dotyczącymi stosowania ograniczeń w spożywaniu żywności.

Przeprowadzone badania zostały poddane dodatkowej analizie, mającej na celu sprawdzenie czy uzyskanie wyniki w badanym zakresie mogą zostać uogólnione dla większej liczby przypadków. Analiza wykazała, że otrzymane wyniki obserwacji w grupie słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku mogą służyć do wnioskowania o całej badanej grupie słuchaczy. Nie można tego stwierdzić w przypadku osób nie wykazujących tego typu aktywności.

5 DYSKUSJA

Analiza postaw i zachowań prozdrowotnych badanej populacji

Poznanie postaw i zachowań prozdrowotnych osób starszych pozwala na opracowanie efektywnej edukacji w tym zakresie. Edukacja prozdrowotna może wspomagać leczenie lub zapobiegać wielu chorobom. Większość respondentów (59,5%) choruje na nadciśnienie tętnicze. Drugą chorobą występującą najczęściej to choroba zwyrodnieniowa stawów i kręgosłupa. Choruje na nią 50,6% badanych. Na osteoporozę choruje 23,4% badanych. W kategoriach wiekowych największą zachorowalność na te choroby wykazywała grupa osób powyżej 60 roku życia (odpowiednio 52,0% i 34,6% badanych). 29% respondentów chorujących na nadciśnienie tętnicze i 25,5% badanych chorujących na chorobę zwyrodnieniową stawów tętnicze to osoby z nadwagą. Żywieniowe podłoże przewlekłych chorób niezakaźnych związane jest z niską aktywnością fizyczną i nieprawidłowym odżywianiem. U ludzi starszych maleje aktywność fizyczna, czego przyczyną jest zmniejszenie siły mięśni i ograniczenie wydolności narządów wewnętrznych. Z wiekiem postępuje ograniczanie przemian metabolicznych w narządach i tkankach, a więc zmniejsza się zapotrzebowanie na energię i składniki odżywcze. W pracy przedstawiono analizę zachowań prozdrowotnych osób starszych.

Analizując wyniki Wieloośrodkowego Ogólnopolskiego Badania Stanu Zdrowia Ludności (WOBASZ), można zauważyć, że dużą i systematyczną aktywność fizyczną w czasie wolnym od pracy deklarowało 23% kobiet oraz 27% mężczyzn, natomiast aktywność umiarkowaną około 12-13% badanych. Uzyskane dzięki WOBASZ badania wykazały pozytywny stopniowy wzrost aktywności fizycznej Polaków w latach 2002-2004 (Drygas i in. 2005).

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego, dotyczących stanu zdrowia ludności w Polsce, większość dorosłych Polaków spędza czas wolny biernie lub wykonuje czynności niewymagające wysiłku fizycznego. Należą do nich oglądanie telewizji lub słuchanie radia. Bierny sposób spędzania czasu wolnego dotyczy głównie osób starszych (GUS, 2004). Według Halickiej i Halickiego (2002) styl życia polskich seniorów można określić jako bierny i monotony. Z badań Kozdroń (2003) wynika, że na terenie Warszawy rekreacyjną aktywność fizyczną podejmuje zaledwie 1% populacji osób starszych. Na potrzeby badań w pracy zapytano respondentów czy spędzają czas wolny aktywnie (spacery, wycieczki, basen, itp.) czy nieaktywnie (oglądanie telewizji, czytanie

książek, itp.). Zdecydowana większość słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku spędzała czas aktywnie. Czas aktywnie spędzały zarówno kobiety (81,4%), jak i mężczyźni (76,6%). Spędzanie wolnego czasu aktywnie koreluje z deklarowanym poziomem wykształcenia słuchaczy. Osoby z wykształceniem średnim i wyższym deklarowały bardziej aktywne spędzanie czasu niż osoby z wykształceniem podstawowym i zawodowym. Badania wykazały istotność statystyczną pomiędzy wiekiem, sytuacją materialną, wykształceniem i masą ciała respondentów, a spędzaniem wolnego czasu. Czas wolny aktywnie spędzały przede wszystkim osoby starsze w wieku 50-60 lat, oceniające swoją sytuację materialną jako bardzo dobrą, z normatywną masą ciała i nadwagą. Porównanie spędzania czasu wolnego Słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku i osób starszych nie wykazujących tego typu aktywności wykazało, że aż 84,3% seniorów z pierwszej grupy spędzało czas aktywnie, z grupy drugiej – 60,8%. Wynika to zapewne z faktu, że słuchacze Uniwersytetu Trzeciego Wieku mają dostęp do zorganizowanych form aktywności.

Jak wynika z przeprowadzonych badań słuchacze Uniwersytetu Trzeciego Wieku w zdecydowanej większości (40%) poświęcały czas na nordic walking oraz spacer. Codzienne spacerowały 36,9% słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku i aż 56,7% seniorów niewykazujących tego typu aktywności. Wynika to z tego, że spacer jest łatwo dostępną formą aktywności na co dzień. Marsz z kijami (nordic walking) jest coraz bardziej popularną, łatwo dostępną formą aktywności polecaną osobom starszym. Słuchacze Uniwersytetu Trzeciego Wieku spacerowali z kijami najczęściej raz w tygodniu (15,1%) i dwa razy w tygodniu (12%). Znacznie mniej słuchaczy deklarowało poświęcanie codziennie czasu na pracę na działce (13,3%), basen (1,5%), aerobik (0,8%). Wśród innych form aktywności przeważała gimnastyka i taniec. Dużą rolę w edukacji dotyczącej między innymi kultury fizycznej seniorów spełniają Uniwersytety Trzeciego Wieku. Realizowane tam programy aktywności ruchowej osób starszych opierają się na założeniach profilaktyki gerontologicznej. Według tych założeń aktywność fizyczna powinna być zaadaptowana do potrzeb i możliwości seniorów w taki sposób, by jej efektem było utrzymanie jak najdłużej odpowiedniego poziomu sprawności, samodzielności i niezależności życiowej uczestników programu (Kozdroń, 2006). Według badań Morgulec-Adamowicz i in. (2011) wynika, że aż 97% z badanych Uniwersytetów Trzeciego Wieku deklarowało prowadzenie zajęć związanych z aktywnością fizyczną. Dominującym typem zajęć były wycieczki krajoznawcze, zajęcia rekreacyjno-sportowe i piesze wycieczki. Najbardziej popularnymi formami systematycznie organizowanych zajęć sportowo-rekreacyjnych były gimnastyka

i pływanie. Ponadto słuchaczom oferowane były zajęcia takie jak gimnastyka w wodzie i taniec, a także coraz bardziej popularny nordic walking. W ofercie Uniwersytetów Trzeciego Wieku najmniejszą popularnością cieszą się ćwiczenia siłowe, niezbędne w zapobieganiu pogarszania się funkcji mięśniowej.

Badania Gębskiej-Kuczerowskiej (2002) wykazały, że osoby aktywne znacznie lepiej oceniają stan swojego zdrowia, są mniej obciążone chorobami układu krążenia, rzadziej korzystają z opieki szpitalnej. Aktywni seniorzy są sprawniejsi fizycznie i posiadają lepszą kondycję psychiczną. Aktywność fizyczna ma korzystny wpływ na utrzymanie odpowiedniej masy ciała.

W celu analizy stosowania używek zapytano badanych o palenie papierosów. Wyniki badań wykazały, że tylko niewielka ilość osób badanych (9,7%) pali papierosy. Jako niepalący deklaruje się aż 90,3% badanych. Najwięcej osób palących to słuchacze do 50 roku życia, osoby z niedowagą i otyłością. Niestety palenie papierosów przez osoby otyłe może przyczyniać się do powstania wielu groźnych chorób. Palenie papierosów przez słuchaczy koreluje z występowaniem nadciśnienia tętniczego. Osoby palące to przede wszystkim słuchacze deklarujący swoją sytuację zawodową jako bardzo złą. Podobnie wyniki badań uzyskali Suwała i Gerstenkorn (2006). Badania przeprowadzone wśród ludności w wieku 65 lat i więcej zamieszkujących w populacji wielkomiejskiej wykazały, że częstość palenia papierosów wynosiła 10,8%. Jak wynika z raportu Głównego Urzędu Statystycznego (2006) palaczami najczęściej są osoby pomiędzy 20-60 rokiem życia. Według danych codziennie pali 26,3% osób dorosłych. W analizie badań Bronkowskiej i in. (2009) 62% kobiet oraz 61% mężczyzn twierdziło, że nie pali i nigdy nie paliło papierosów. Z raportu GUS wynika, że taką deklarację złożyła ponad połowa dorosłych Polaków. Natomiast według rezultatów badań WOBASZ (2005) osoby niepalące w Polsce to 67% kobiet i 46% mężczyzn.

Respondentów zapytano również o źródła, z których korzystają aby uzyskać informacje na temat zdrowego odżywiania. Ponad połowa słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku jako źródła wiedzy na temat zdrowego odżywiania podawała znajomych, poradniki popularnonaukowe oraz książki. Internet jako źródło wiedzy na temat odżywiania wskazywały przede wszystkim kobiety, osoby z wykształceniem średnim i wyższym. Osoby starsze nie wykazujące tego typu aktywności jako źródło wiedzy o odżywianiu podawały lekarza oraz znajomych. Tylko niewielka ilość osób z tej grupy wskazywała na Internet.

Z badań Bronkowskiej i in. (2009) wynika, że dla połowy ankietowanych źródłem wiedzy na temat właściwego odżywiania są również książki i poradniki popularnonaukowe. Pozostali badani odpowiadali, że wiedzę czerpali z tradycji kulinarnych domu rodzinnego.

Analiza postaw i zachowań żywieniowych

Jak podkreśla wielu autorów (Duda i in., 2001; Szajkowski Z., 2001; Słowińska, Wądołowska, 2003) sposób żywienia osób w starszym wieku nie odpowiada racjonalnym zasadom i prowadzi do niedoboru składników odżywczych, zarówno w diecie, jak i organizmie, lub może nasilać zależne od żywienia schorzenia. Zdrowe i właściwe odżywianie nie tylko chroni przed chorobą, ale również zwiększa poczucie dobrobytu człowieka. Niedobory żywieniowe wpływają na wydolność fizyczną i psychiczną człowieka. Niedożywienie sprzyja podatności na choroby (Roszkowski, 2000).

Na potrzeby analizy stosowania ograniczeń w spożywaniu żywności przez osoby starsze zastosowano zmodyfikowaną na potrzeby pracy Restricted Eating Scale (Van Strien i Frijtes, 1986). Wyodrębniono grupę zachowań negatywnych związanych ze spożywaniem niewielkiej ilości warzyw i owoców, mięs, ryb i wody oraz pozytywnych takich jak nieprzejadanie się, ograniczanie potraw bogatych w tłuszcz i słodczy. Badania osób w wieku starszym (Kałuża i in., 2001) z okolic Warszawy wskazują, że ograniczenia spożycia wybranych produktów stosowało aż 67% badanych, a 33% wprowadzało celowo ze względów zdrowotnych do diety surowe warzywa i owoce, fermentowane produkty mleczne, ciemne pieczywo, chude mięso i wędliny oraz soki owocowe i warzywne. Niektóre z ograniczeń pokarmowych, takie jak unikanie tłustych produktów mięsnych i mlecznych, tłuszczów zwierzęcych, cukru i słodczy, soli i żywności solonej, pokrywały się z zaleceniami kierowanymi do osób w starszym wieku i mogły korzystnie obniżyć spożycie tłuszczu, soli i cukru (Stanner i in. 2009). Według badań Wierzbickiej i Roszkowskiego (2004) około 10% osób starszych unika takich produktów jak owoce i warzywa oraz mleko, co może obniżyć wartość odżywczą racji pokarmowych i sprzyjać niedoborom witamin i składników mineralnych oraz niskiemu spożyciu błonnika.

Analizując wyniki badań dotyczące wpływu czynników środowiskowych na stosowane ograniczenia w spożywaniu żywności można stwierdzić, że poziom wykształcenia i sytuacja materialna na największym stopniu wpływają na zachowania słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku w badanym zakresie. Pozytywne zachowania

charakteryzowały przede wszystkim osoby z wykształceniem średnim i wyższym oraz oceniające swoją sytuację materialną jako bardzo dobrą i średnią. Słuchacze legitymujący się wykształceniem podstawowym i zawodowym deklarowali obojętną postawę względem badanego zakresu. Podobnie wykazały badania Wądołowskiej (2010), które potwierdzają, że niskie dochody, niski poziom wykształcenia i wiedzy żywieniowej negatywnie wpływają na jakość odżywiania osób starszych. Potwierdziły to również badania Niedźwiedzkiej i Wądołowskiej (2010), które wykazały zależność pomiędzy poziomem wykształcenia, a urozmaiceniem spożycia żywności. Wykazano duży udział uwarunkowań ekonomicznych w statusie socjoekonomicznym osób starszych i ich wpływ na urozmaicenie spożycia żywności. Spostrzeżenie to jest zgodne z doniesieniami innych autorów (Gutkowska, 2002; Drewnowski i in., 2004). Wyższy poziom wykształcenia sprzyjał większemu urozmaiceniu spożycia żywności przez osoby starsze. Wielu autorów wykazało, że ludzie należący do wyższej klasy społecznej i posiadający wyższy stopień wykształcenia jedli więcej owoców, chudego mięsa, ryb, produktów zbożowych z pełnego przemiału i surowych warzyw oraz pili więcej soków owocowych w porównaniu z pracownikami fizycznymi (de Irala-Estevéz J. i in., 2000; Drewnowski i in., 2004; Lallukka i in., 2007; Lopez-Azpiazu i in., 2003).

Ponad połowa (52,9%) słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku deklarowała pozytywne zachowania żywieniowe względem ograniczania spożycia wybranych produktów, a niespełna połowa (45,9%) postawy obojętne. Zdecydowana większość (81,2%) osób starszych niewykazujących tego typu aktywności deklarowała postawy obojętne, a tylko 24,7% pozytywne. Przeprowadzone badania wykazały istotność statystyczną pomiędzy przynależnością do grupy, a spożywaniem warzyw, owoców, mięs i ryb. 24,7% słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku i aż 37,1% seniorów nie wykazujących tego typu aktywności spożywało niewiele warzyw. Podobne wyniki kształtowały się jeśli chodzi o spożycie owoców, mięs i ryb. Niewiele owoców do swojej diety włączało 24,3% słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku i niespełna połowa (41,2%) osób starszych nie wykazujących tego typu aktywności, mięs i ryb – odpowiednio 27,6% i 35,1%. Badanie przeprowadzone przez Wierzbicką i Roszkowskiego (2004) wśród osób w wieku 75-80 lat z różnych środowisk z rejonu Warszawy wykazały, że około 10% badanych unikało takich produktów jak surowe owoce i warzywa. Ich brak w codziennych jadłospisach może obniżać wartość odżywczą racji pokarmowych oraz niskim spożyciu błonnika pokarmowego, a w efekcie zwiększać ryzyko m. in. chorób układu krążenia, otyłości, nadciśnienia, cukrzycy typu 2, nowotworów i osteoporozy oraz nasilać

objawy istniejących schorzeń (Hung i in., 2004; Lichtenstein i in., 2006; Stanner i in., 2009). Niskie spożycie mięs i ryb może skutkować niedoborem białka.

Jednym z wyznaczników prawidłowego żywienia osób starszych jest liczba spożywanych posiłków w ciągu doby. Zalecenia żywieniowe mówią, że osoby starsze powinny spożywać w ciągu dnia 4-5 niewielkich objętościowo posiłków. Przeprowadzone badania wykazały, że większość (39%) słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku spożywa 3-4 posiłki dziennie. Istnieje istotność statystyczna pomiędzy ilością spożywanych posiłków, a płcią, wiekiem, deklarowanym wykształceniem i sytuacją materialną oraz aktywnością zawodową badanych. Są to przede wszystkim słuchacze legitymujący się wykształceniem średnim lub wyższym, oceniające swoją sytuację materialną jako średnią. Są to w większości osoby nieaktywne zawodowo. Podobne wyniki badań uzyskały Sadowska i Śliwińska (2005), które objęły badaniami seniorów zamieszkujących tereny wiejskie. Osoby te spożywały zwykle cztery (42,1% kobiet i 36,4% mężczyzn) i pięć posiłków (42,1% kobiet i 45,4% mężczyzn) dziennie. Badania Kołłajtis-Dołowy i Tyskiej (2004) wykazały jednak, że wśród osób starszych z warszawskich stowarzyszeń, dominowało spożycie 3-4 posiłków dziennie niezależnie od płci. Trzyposiłkowy model żywienia charakteryzował 44,8% kobiet i 47,8% mężczyzn, czteroposiłkowy – 43,1% kobiet i 41,3% mężczyzn. Spożycie 3-4 posiłków dziennie deklarowała również większość osób starszych z Poznania (odpowiednio 34% kobiet i 35,7% mężczyzn oraz 42% kobiet i 34,3% mężczyzn) (Duda, 2003). Słuchacze Uniwersytetu Trzeciego Wieku częściej deklarowali spożywanie zalecanej ilości 4-5 posiłków dziennie, niż osoby starsze nie wykazujące tego typu aktywności. Analiza badań Słowińskiej i in. (2001) przeprowadzonych wśród osób starszych z województwa warmińsko-mazurskiego wykazała, że wśród seniorów przeważał trzyposiłkowy model żywienia (67%).

Na potrzeby analizy wpływu czynników środowiskowych na postawy słuchaczy Trzeciego Wieku względem walorów zdrowotnych żywności zastosowano zmodyfikowaną na potrzeby pracy Health Attitude Scale (Roininen i Tuorila, 1999). Analizując postawy słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku w badanym zakresie można stwierdzić, że większość respondentów deklarowało postawy pozytywne (66,7%). Postawy negatywne deklarowało tylko 2,7% badanych, a 30,6% - obojętne. Istnieje istotność statystyczna pomiędzy płcią i masą ciała a postawami względem diety prozdrowotnej. Postawy pozytywne względem diety prozdrowotnej charakteryzowały w większości kobiety (71,8%), 26,6% kobiet deklarowało postawy obojętne, a tylko 1,6% postawy negatywne. Z kolei tylko niespełna połowa mężczyzn deklarowała postawy pozytywne (47,7%),

niewiele mniej mężczyzn deklarowało postawy obojętne (43,9%) w badanym zakresie. Postawy negatywne deklarowało tylko 8,6% badanych mężczyzn. Słuchacze Uniwersytetu Trzeciego Wieku z niedowagą deklarowali przede wszystkim postawy obojętne względem diety prozdrowotnej (66,7%). Postawy pozytywne w większości charakteryzowały seniorów z normatywną masą ciała, nadwagą i otyłością (odpowiednio 68,5%, 67,2%, 67,3%). Badania nie wykazały istotnych zależności pomiędzy postawą seniorów względem diety prozdrowotnej, a wiekiem, poziomem wykształcenia, oceną własnej sytuacji materialnej, liczbą osób w gospodarstwie domowym i aktywnością zawodową badanych. Badania Jeżewskiej-Zychowicz i in. (2009) potwierdziły brak zależności pomiędzy poziomem wykształcenia i aktywnością zawodową a spożywaniem żywności prozdrowotnej. Badania te wykazały jednak istotny wpływ poziomu wykształcenia na spożywanie żywności prozdrowotnej.

Oceniając postawy w badanym zakresie pod względem przynależności do grupy można stwierdzić, że postawy pozytywne deklarowali w większości zarówno Słuchacze Uniwersytetu Trzeciego Wieku (66,7%) oraz osoby starsze nie wykazujące tego typu aktywności (72,2%). Pozytywne postawy osób starszych względem diety prozdrowotnej mogą wynikać z chęci spożywania produktów korzystnie wpływających na stan zdrowia seniorów. Według badań Jeżewskiej-Zychowicz (2009) produkty obniżające cholesterol spożywane były najczęściej przez osoby w wieku 50 lat i więcej.

Badania Kozirok i in. (2012) przeprowadzone wśród respondentów o zróżnicowanej płci i wieku wykazały, iż wśród badanych dominowała postawa obojętne i pozytywna w stosunku do żywności prozdrowotnej.

Zarówno większość badanych słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku (77,1%), jak i seniorów nie wykazujących tego typu aktywności (70,1%) dba o to aby dieta była niskotłuszczowa. Podobnie wykazała analiza dbałości o dietę zawierającą dużo witamin i minerałów. O taką dietę dba 78,2% słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku i 71,1% badanych nie wykazujących tego typu aktywności.

Przeprowadzone badania nie wykazały istotności statystycznej pomiędzy postawami osób starszych względem produktów light i żywności ekologicznej, a czynnikami środowiskowymi. Zarówno słuchacze Uniwersytetu Trzeciego Wieku, jak i osoby starsze nie wykazujące tego typu aktywności deklarowali w zdecydowanej większości (odpowiednio 72,5% i 70,1%) obojętne postawy względem produktów light i żywności ekologicznej. Może wynikać to z faktu niewielkiej wiedzy seniorów na temat tego typu żywności. Warto zwrócić uwagę na tendencję do częstszego wybierania

produktów light i żywności ekologicznej przez osoby starsze z otyłością i nadwagą. Można więc wywnioskować, że osoby te wybierają tego typu produkty w celu obniżenia wartości kalorycznej swojej diety.

Odzwierciedleniem postawy, jaką dana jednostka reprezentuje wobec nowości jest poziom neofobii. Postawy względem nowej żywności mogą się istotnie różnić, a ich skrajne postaci określane są jako neofobia żywieniowa (postawa negatywna) i neofilia żywieniowa (postawa pozytywna). Aby poznać postawy słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku względem nowej, nieznannej żywności zastosowano zmodyfikowaną do potrzeb pracy Food Neophobia Scale (Pliner i Hobdem, 1992). Uwzględniono stwierdzenia negatywne takie jak obawa przed spożywaniem dań, które wcześniej nie były jedzone, preferowanie spożywania znanych produktów, a także pozytywne takie jak wybieranie najdziwniejszego dania podczas spożywania posiłku poza domem (np. w restauracji), próbowanie nowych przepisów, preferowanie spożywania egzotycznych potraw.

Ponad połowa (57,3%) badanych słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku deklarowała postawę obojętną wobec nowej, nieznannej żywności. Aż 31% deklarowało postawę negatywną w badanym zakresie, a tylko 11,8% - postawę pozytywną. Można stwierdzić więc, że niewiele osób starszych poszukuje różnorodności w żywieniu i próbuje nowych, nieznanych potraw. Badanie wykazało istotność statystyczną pomiędzy sytuacją materialną, aktywnością zawodową i masą ciała, a poziomem neofobii żywieniowej. Jak wynika z badań niezależnie od deklarowanej sytuacji materialnej osoby starsze charakteryzuje postawa obojętna w badanym zakresie. Pozytywne postawy względem nieznannej żywności deklarowali w większości respondenci oceniający swoją sytuację materialną jako bardzo złą (40%). Seniorzy oceniający swoją sytuację materialną jako bardzo dobrą, średnią i raczej złą prezentowali negatywne postawy w badanym zakresie (odpowiednio 32,8%, 32,2% i 42,2%). Podobnie jest w przypadku aktywności zawodowej. Niezależnie od tego czy badani są aktywni zawodowo czy też nie, deklarowali w większości obojętne postawy względem nieznannej żywności. Seniorzy aktywni zawodowo wykazywały bardziej pozytywne postawy w badanym zakresie. W badaniach Jeżewskiej-Zychowicz i in. (2009) odnotowano również istotnie statystycznie mniejszy poziom neofobii żywieniowej wśród osób aktywnych zawodowo, a większy z niską neofobią żywieniową w porównaniu z osobami nieaktywnymi zawodowo. Z badań wynika również, że negatywną postawę względem nowej żywności prezentują w największym stopniu (64,5%) osoby z wykształceniem podstawowym. Podobnie wykazały badania

z Jeżewskiej-Zychowicz i in. (2009). Wraz ze wzrostem wykształcenia odnotowano mniejszy odsetek charakteryzujących się wysoką food neofobią i jednocześnie większy odsetek osób z niską food neofobią, z wyjątkiem osób w wykształceniu podstawowym.

Analizując zależność masy ciała badanych a postawą względem nowej, nieznannej żywności można stwierdzić, że poziom neofobii był większy u osób z otyłością niż u osób z niedowagą, normatywną masą ciała i nadwagą. Postawa obojętna seniorów wobec nowej, nieznannej żywności może wynikać z nieznamomości pojęcia żywności nowej generacji przez osoby starsze. Według Badań Dąbrowskiej i Babicz-Zielińskiej (2011) zaledwie 28,57% respondentów w wieku powyżej 60 lat twierdziła, że wie co to jest żywność nowej generacji. Seniorzy wykazali też najbardziej sceptyczny stosunek do jej spożywania (42,86%). Badania te wykazały, że zdecydowana większość badanych nie wykazuje pozytywnej postawy względem nowej żywności (63,8%), a najczęstszymi odpowiedziami były obojętność, brak zdania oraz deklaracja postawy negatywnej.

Przeprowadzone badania wykazały istotność statystyczną pomiędzy odpowiedziami na stwierdzenia „chętnie spożywam egzotyczne potrawy” i „wolę spożywać produkty, które znam” a przynależności respondentów do grupy. Ponad połowa słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku i seniorów nie wykazujących tego typu aktywności nie spożywa egzotycznych potraw. Preferowane spożywanie produktów znanych deklarowało aż 80% słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku i 89,9% osób starszych spoza tej grupy. Analizując postawy seniorów w tym zakresie można stwierdzić, że osoby starsze niezależnie od przynależności do grupy charakteryzuje wysoki poziom neofobii żywieniowej. Niechęć do spożywania nowej żywności przez osoby starsze może być spowodowana ukształtowanymi nawykami żywieniowymi przez całe życie lub brakiem zaufania do genetycznych modyfikacji. Niepokoje i obawy związane z nową, nieznaną żywnością wiążą się głównie z brakiem podstawowej wiedzy na temat biotechnologii i jej produktów.

Zachowania żywieniowe nie zawsze są tylko odpowiedzią na odczucie głodu. Często są uwarunkowane emocjami i nastrojem. Już w dzieciństwie opiekunowie podają swoim dzieciom ulubione smakołyki w nagrodę lub na pocieszenie. Dzieci uczą się w ten sposób, że jedzenie może służyć uspokojeniu, pocieszeniu, polepszeniu nastroju. Nawyki te są często utrwalane przez lata i zaspokajanie potrzeb emocjonalnych jedzeniem nabiera większego znaczenia niż racjonalna dieta. Powtarzające się takie zachowania żywieniowe mogą w efekcie prowadzić do nadmiernego zwiększania masy ciała. Badania przeprowadzone przez Instytut Galupa (1989) wśród 1000 Amerykanów polegały na

zapytaniu „co można zrobić, gdy odczuwa się przygnębienie?”. Poza odpowiedziami „zając się czymś” czy spotkać się ze znajomymi, częstą odpowiedzią było „zjeść coś smacznego”.

Postawy słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku względem traktowania jedzenia jako nagrody i przyjemności oceniono stosując, dostosowaną do potrzeb analizy, skalę Using Food as a Reward and Pleasure Scale (Roininen, 2001). Badania wykazały istotność statystyczną pomiędzy postawami w badanym zakresie a płcią badanych oraz ich sytuacją materialną. Większość (62,7%) słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku charakteryzowała postawą obojętną wobec traktowania jedzenia jako nagrody i przyjemności. Postawa negatywna w badanym zakresie dotyczyła tylko 0,6% badanych. Jedzenie jako nagrodę i przyjemność traktują w większości kobiety (40%). Może to wynikać z większej emocjonalności kobiet. Techniki poprawy nastroju stosowane przez kobiety sprzyjają stanom depresyjnym. Kobiety częściej niż mężczyźni rozmyślają nad przyczyną problemu, zamiast podejść do niego konstruktywnie. Próbuje poprawić sobie nastrój na przykład jedząc słodczyce, co często prowadzi do nadwagi skutkującej obniżeniem nastroju (Marszał-Wiśniewska i Nowicka, 2007). Analizując zależność pomiędzy postawą względem żywienia pod wpływem emocji a deklarowaną sytuacją materialną słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku stwierdzono również w większości obojętną postawę w badanym zakresie, z wyjątkiem osób oceniających swoją sytuację materialną jako bardzo złą. Aż 70% seniorów oceniających swoją sytuację materialną jako bardzo złą wykazało postawę pozytywną względem żywienia pod wpływem emocji. Postawy pozytywne seniorów oceniających swoją sytuację jako bardzo dobrą, średnią i raczej złą kształtują się na podobnym poziomie (odpowiednio 39,7%, 38,5% i 31,1%). Przeprowadzane badania nie wykazały istotności statystycznej pomiędzy postawami względem żywienia pod wpływem emocji a masą ciała. Jednakże należy zwrócić uwagę, że badani z normatywną masą ciała wykazywali bardziej pozytywną postawę względem żywienia emocjonalnego niż seniorzy z nadwagą i otyłością. Badania wielu autorów (Canetti i in., 2002; Edman i in., 2005; Elfhag i Morey, 2008) wykazały, że stany emocjonalne, zwłaszcza negatywne, silniej wpływają na zachowania żywieniowe u osób z nadmierną masą ciała, prowadząc zwykle do nadmiernego jedzenia. Jedzenie może być również związane ze zjawiskiem zwanym odhamowaniem, kiedy tendencja do przejadania się, mimo uczucia sytości, jest odpowiedzią na ciężki stan emocjonalny. Wyniki badań wskazują, że wysoki wskaźnik odhamowania jest związany z wysokimi wartościami wskaźnika BMI (Boschi i in., 2001; Hays i in., 2002).

W pracy przedstawiono również badania postaw osób starszych względem opakowania i składu produktu. Etykieta produktu stanowi ważną informację na temat produktu oraz wpływa na akceptację i wybór produktu. Analiza badań wykazała istotność statystyczną pomiędzy przywiązywaniem uwagi do opakowania i składu produktu przez badanych a płcią, wiekiem, poziomem wykształcenia, deklarowaną sytuacją materialną i aktywnością zawodową seniorów. Podobnie wyniki uzyskała w swoich badaniach Niewczas (2013), które wykazały statystycznie istotny wpływ na postrzeganie określonych informacji na opakowaniu żywności wieku, płci i poziomu wykształcenia.

Zachowania pozytywne w tym zakresie charakteryzują przede wszystkim kobiety. Seniorzy w wieku 70 lat i więcej w mniejszym stopniu przywiązują uwagę do składu produktu niż osoby starsze w wieku poniżej 70 lat. W badanym zakresie pozytywne zachowania w większości wykazywały osoby legitymujące się wykształceniem zarówno podstawowym, jak i zawodowym, średnim i wyższym. Respondenci, którzy ocenili swoją sytuację materialną jako bardzo dobrą i średnią oraz aktywni zawodowo w większym stopniu zwracają uwagę na opakowanie i skład produktu niż seniorzy oceniający swoją sytuację jako złą i bardzo złą oraz nieaktywni zawodowo. Postawy pozytywne w badanym zakresie deklarowali zarówno słuchacze Uniwersytetu Trzeciego Wieku jak i osoby starsze nie wykazujące tego typu aktywności.

Uzyskane wyniki potwierdzają badania Niewczas (2013), które wykazały, że kobiety zwracały uwagę na skład produktu częściej niż mężczyźni oraz osoby z wykształceniem wyższym częściej niż pozostali respondenci zwracali uwagę na element znakowania żywności. Skład produktu był ważny dla osób z gospodarstw o wyższym dochodzie niż osób deklarujących niższe dochody. Dla osób z gospodarstw domowych o niskim dochodzie głównym czynnikiem decydującym o zakupie żywności była przede wszystkim cena.

Bardzo często zachowania żywieniowe są związane z kontekstem spożywania żywności. Żywność spełnia swoje określone społeczne funkcje, a więc w różnych sytuacjach możemy prezentować różne zachowania żywieniowe. Żywność może być środkiem wyrażania gościnności, wyrazem akceptacji i poczucia przynależności. Może być również prezentem i elementem spotkań towarzyskich. Analizując zachowania respondentów w badanym zakresie stwierdzono istotność statystyczną pomiędzy sytuacją materialną seniorów, a ważnością kontekstu spożywania żywności. Słuchacze Uniwersytetu Trzeciego Wieku wykazywali w zdecydowanej większości (82,9%) pozytywne zachowania żywieniowe w badanym zakresie. Kontekst spożywania żywności

nie był ważny tylko dla 1,8% badanych. Badanie wykazało, że wraz ze wzrostem statusu materialnego respondentów wzrasta ważność kontekstu spożywania żywności. Analogicznie przedstawia się sytuacja analizy wykształcenia seniorów. Im wyższe wykształcenie respondentów tym większa ważność kontekstu spożywania żywności. Zachowania takie prezentują w większości osoby aktywne zawodowo. Takie wyniki badań mogą świadczyć o tym, że osoby starsze o lepszym statusie materialnym, wyższym wykształceniu i aktywne zawodowo częściej spożywają posiłki poza domem (np. w restauracji). Lepszy status materialny pozwala również na organizowanie spotkań towarzyskich, których elementem są wyszukane potrawy. Wykształcenie wpływa na konsumpcję żywności w dwojaki sposób – z jednej strony rozwija potrzeby, a z drugiej umożliwia ich zaspokojenie. Osoby o wyższym wykształceniu mają większy zasób wiedzy o dostępnych produktach i możliwościach ich wykorzystania oraz większe wymagania w stosunku do nabywanych produktów (Żelazna i in., 2002).

6 WNIOSKI

Przeprowadzone badania pozwoliły na sformułowanie następujących wniosków:

1. Słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku charakteryzowały pozytywne postawy w stosunku do zdrowia i zdrowego odżywiania.
2. Słuchacze Uniwersytetu Trzeciego Wieku prowadzili aktywny tryb życia oraz wykazywali pozytywne zachowania żywieniowe.
3. Czynniki środowiskowymi, które w największym stopniu wpływały na prozdrowotne zachowania osób starszych były płeć, poziom wykształcenia oraz sytuacja materialna.
4. Słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku charakteryzowały bardziej prozdrowotne postawy i zachowania żywieniowe, niż osoby starsze nie wykazujące tego typu aktywności.

Wszystkie hipotezy badawcze zostały zweryfikowane pozytywnie.

Przeprowadzone badania wskazują na istotność czynników środowiskowych wpływających na postawy i zachowania żywieniowe osób starszych. Uczestnictwo w Uniwersytecie Trzeciego Wieku wpływa na prozdrowotne zachowania.

Wyniki badań mogą być wykorzystane przez osoby lub instytucje prowadzące edukację prozdrowotną wśród osób starszych, w celu opracowania odpowiedniej strategii działania zmierzającej do zmiany niewłaściwych nawyków żywieniowych i stylu życia.

Analiza wyników badań przeprowadzonych wśród słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku wykazała, że mogą one służyć do wnioskowania o całej badanej grupie, czego nie można stwierdzić w przypadku osób nie będących uczestnikami Uniwersytetu.

7 STRESZCZENIE

Tytuł pracy: Wpływ wybranych czynników środowiskowych za postawy i zachowania żywieniowe słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku

Postęp cywilizacyjny, poprawa warunków bytowych oraz zmiana stylu życia na prozdrowotny przyczynia się do wydłużania się życia ludzkiego. Starzenie się społeczeństwa wpływa na powstawanie ośrodków dydaktycznych dla ludzi starszych. W Polsce pierwszy Uniwersytet Trzeciego Wieku powstał w 1975 roku w Warszawie. Obecnie w kraju działa około 450 Uniwersytetów Trzeciego Wieku. Celem ich działalności jest włączenie osób starszych do systemu kształcenia poprzez prowadzenie zajęć edukacyjnych z wielu dziedzin. Uniwersytety Trzeciego Wieku spełniają wiele funkcji, przede wszystkim edukacyjnych i rekreacyjnych. Aktywizacja osób starszych, zachęcanie do aktywności intelektualnej i fizycznej wpływają na lepszą jakość życia słuchaczy. Jednym z ważnych czynników wpływających na jakość życia osób starszych jest zdrowie. Wraz z wiekiem wzrasta częstotliwość występowania problemów zdrowotnych. Ludzie starsi często nie łączą powstawania chorób z nieprawidłowymi zachowaniami zdrowotnymi. Niezbędne jest prowadzenie efektywnej edukacji zdrowotnej dotyczącej zdrowej, zbilansowanej diety, która zapobiega lub wspomaga leczenie już istniejących chorób dietozależnych. Opracowanie efektywnej strategii edukacji zdrowotnej wymaga poznania postaw i zachowań żywieniowych, ale także determinant, które wpływają na te postawy i zachowania.

Celem poznawczym przeprowadzonych badań była ocena wpływu wybranych czynników środowiskowych na postawy i zachowania żywieniowe słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku. Badania przeprowadzone zostały w grupie 604 słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku województw pomorskiego i zachodniopomorskiego. Dla porównania wpływu uczestnictwa w Uniwersytecie Trzeciego Wieku na zmianę stylu życia, badania wykonano również wśród 97 osób starszych nie wykazujących tego typu aktywności. Badanie obejmowało dwa etapy: wywiad zdrowotny i żywieniowy oraz ocenę antropometryczną.

Aby zrealizować cel poznawczy pracy przyjęto 4 hipotezy badawcze. Wszystkie hipotezy zostały zweryfikowane pozytywnie. Wyniki przeprowadzonych badań wykazały istotny wpływ wybranych czynników środowiskowych na postawy i zachowania żywieniowe słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku. Na aktywne i prozdrowotne

zachowania ludzi starszych w największym stopniu wpływały płeć, poziom wykształcenia i sytuacja materialna. Badanych charakteryzowały pozytywne postawy względem zdrowia i zdrowej diety, a także pozytywne zachowania żywieniowe i aktywne spędzanie czasu. Analiza postaw i zachowań prozdrowotnych, z uwzględnieniem przynależności do grupy, wykazała, że Słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku cechowały bardziej prozdrowotne postawy i zachowania niż osoby starsze spoza grupy. Słuchacze deklarowali bardziej aktywne spędzanie czasu wolnego i większą częstotliwość uprawiania różnych form aktywności fizycznej.

Wyniki badań mogą być wykorzystane przez osoby i instytucje prowadzące edukację prozdrowotną wśród osób starszych. Efektywna edukacja ludzi starszych dotycząca stylu życia, właściwych zasad odżywiania i zagrożeń wynikających z niewłaściwych zachowań zdrowotnych pozwoli zapobiegać lub wspomagać leczenie już istniejących chorób dietozależnych.

Słowa kluczowe: postawy żywieniowe, zachowania żywieniowe, osoby starsze, Uniwersytet Trzeciego Wieku.

8 SUMMARY

Title: The influence of select environmental factors on dietary attitudes and behaviour of Third Age University students

Civilisation progress along with the overall improvement of living conditions as well as a change in lifestyle choices to more health-orientated ones, all lead to increase in life expectancy. Ageing of societies contribute to a rise in numbers of newly-opening educational centres for the elderly. The first Third Age University in Poland opened in 1975 in Warsaw. Currently, there are approximately 450 such units. Their aim is to include the elderly citizens into the education system by providing academic activities within many areas. Third Age Universities serve many roles, most important of which are education and leisure. Increasing activity of the elderly by encouraging them to intellectual and physical activity translate to improvement of students' lives. One of many factors affecting the quality of life is health. As the age increases, the occurrence of health problems rises. The elderly rarely associate the incidence of an illness with inappropriate health behaviour. It is essential to conduct effective health education concerning healthy balanced diets which can prevent or supplement treatment of already existing diet-related diseases. Devising an effective health education strategy requires both an insight into dietary attitudes and behaviours, and an analysis of determinants which affect these attitudes and behaviours.

The aim of this research was to assess the determinants affecting the dietary attitudes and behaviours of Third Age University students. The research was conducted among 604 students of Third Age University students in the Pomorskie and Zachodniopomorskie provinces. To balance the significance of participation in Third Age University's programme and its influence on lifestyle choices, the research has also been conducted among 97 elderly respondents not involved in its activities. The study included two stages: health and dietary survey and anthropometric evaluation.

Four hypotheses have been assumed for the purpose of the research. All of them have been positively verified. The results have shown a substantial effect of environmental factors on the dietary attitudes and behaviour of the Third Age University students. The sex of the respondents, their educational background and material situation have all had most influence on proactive and health-centred behaviour of the elderly. The respondents

have displayed a positive health and dietary approach as well as positive dietary behaviour and active lifestyle. Analysis of pro-health attitudes and behaviours within two separate groups has showed that Third University students have displayed more health-orientated attitudes and behaviours than people not involved in this type of activity. The students also declared to have been involved in more active lifestyles and a greater frequency of pursuing various forms of physical activity than those outside the University respondent group. Given the results of the study, it can be observed that there is a positive correlation between proactive and health-orientated lifestyle choice of the elderly and the risk of incidence of hypertension.

The results of this research may be used by persons and institutions involved in health education of the elderly. Effective education on lifestyle, guide to healthy diets and risks resulting from inappropriate health behaviour will allow to prevent or support treatment of already existing diet-related diseases.

Key words: dietary attitudes, dietary behaviour, the elderly, Third Age University.

9 SPIS TABEL

1.	Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy.....	36
2.	Tabela 2. Częstotliwość występowania chorób dietozależnych w zależności od wybranych cech środowiskowych	40
3.	Tabela 3. Inne jednostki chorobowe występujące w badanej grupie	41
4.	Tabela 4. Stosowanie się do zaleceń lekarza i dietetyka w zależności od wybranych cech środowiskowych	42
5.	Tabela 5. Źródła wiedzy o zdrowym odżywianiu w zależności od wybranych cech środowiskowych	43
6.	Tabela 6. Formy spędzania wolnego czasu w zależności od wybranych cech środowiskowych	44
7.	Tabela 7. Częstotliwość wybranych form aktywności fizycznej	45
8.	Tabela 8. Pozostałe formy aktywności fizycznej występujące w badanej grupie..	45
9.	Tabela 9. Palenie papierosów w zależności od wybranych cech środowiskowych	46
10.	Tabela 10. Postawy respondentów względem walorów zdrowotnych żywności w zależności od wybranych czynników środowiskowych.....	47
11.	Tabela 11. Postawy respondentów względem produktów light i żywności ekologicznej z uwzględnieniem wybranych czynników środowiskowych.....	50
12.	Tabela 12. Postawy respondentów względem nowej, nieznannej żywności w zależności od wybranych czynników środowiskowych.....	53
13.	Tabela 13. Postawy respondentów względem traktowania jedzenia jako nagrody i przyjemności w zależności od wybranych czynników środowiskowych.....	56
14.	Tabela 14. Wpływ wybranych czynników środowiskowych na postawy respondentów względem opakowania i składu produktu	59
15.	Tabela 15. Kontekst spożywania żywności w zależności od wybranych czynników środowiskowych	62
16.	Tabela 16. Wartości czynników	64
17.	Tabela 17. Stosowanie ograniczeń w spożywaniu żywności w zależności od wybranych czynników środowiskowych	66
18.	Tabela 18. Liczba spożywanych posiłków w ciągu doby w zależności od wybranych czynników środowiskowych	69
19.	Tabela 19. Porównanie postaw i zachowań żywieniowych słuchaczy UTW i osób starszych nie wykazujących tego typu aktywności	74

20. Tabela 20. Porównanie form spędzania wolnego czasu przez słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku i osób starszych nie wykazujących tego typu aktywności..... 75
21. Tabela 21. Różnice w formach aktywności fizycznej słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku i osób starszych nie wykazujących tego typu aktywności..... 76
22. Tabela 22. Zależność pomiędzy występowaniem nadciśnienia tętniczego a postawami i zachowaniami prozdrowotnymi..... 78
23. Tabela 23. Zależność pomiędzy poziomem wskaźnika BMI a postawami i zachowaniami prozdrowotnymi 79

10 SPIS RYCIN

1.	Ryc. 1. Udział czynników decydujących o zdrowiu człowieka	11
2.	Ryc. 2. Piramida żywienia seniora	13
3.	Ryc. 3. Soczewkowy model wyznaczników i konsekwencji postaw	24
4.	Ryc. 4. Wpływ postawy na zachowanie	29

11 SPIS WYKRESÓW

1.	Wykres 1. Postawy respondentów względem walorów zdrowotnych żywności w zależności od wskaźnika BMI i poziomu wykształcenia	48
2.	Wykres 2. Postawy respondentów względem produktów light i żywności ekologicznej w zależności od sytuacji zawodowej i liczby osób w gospodarstwie domowym.....	51
3.	Wykres 3. Postawy respondentów względem nowej, nieznannej żywności w zależności od wskaźnika BMI i sytuacji materialnej	54
4.	Wykres 4. Postawy respondentów względem traktowania jedzenia jako nagrody i przyjemności w zależności od sytuacji materialnej i wieku	57
5.	Wykres 5. Postawy respondentów względem opakowania i składu produktu w zależności od sytuacji materialnej i poziomu wykształcenia	60
6.	Wykres 6. Rola kontekstu w wyborze i spożywaniu żywności w zależności od sytuacji materialnej	63
7.	Wykres 7. Graficzne przedstawienie wyodrębnionych czynników.....	65
8.	Wykres 8. Stosowane ograniczenia w spożywaniu żywności w zależności od wskaźnika BMI i wieku.....	67
9.	Wykres 9. Częstotliwość spożywania posiłków w ciągu doby	70
10.	Wykres 10. Zależności zachowań żywieniowych od płci i wieku	71
11.	Wykres 11. Aktywność i prozdrowotne zachowania w zależności od wykształcenia i aktywności zawodowej	73
12.	Wykres 12. Zależność pomiędzy występowaniem nadciśnienia tętniczego a postawami i zachowaniami prozdrowotnymi	77
13.	Wykres 13. Zależność pomiędzy poziomem wskaźnika BMI a postawami i zachowaniami prozdrowotnymi	78

PIŚMIENNICTWO

1. Abelson R.P. (1982): Three modes of attitude-behavior consistency. W: Zanna M.P., Higgins E.T., Herman C.P. (red.): Consistency in Social Behavior: The Ontario Symposium, t. 2, Hillsdale: Erlbaum.
2. Ajzen I., Fishbein M. (1977): Attitude-behavior relations: A theoretical analysis and review of emirical research. *Psychological Bulletin* 84: 888-918.
3. Aldwin C.M., Park C.L., Spiro III A. (2007): Health psychology and aging. Moving to the next generation of research. W: Aldwin C.M., Park C.L., Spiro III A. (red): Handbook of health psychology and aging. The Guilford Press, New York: London.
4. Al Windi A., Elmfeldt D., Tibblin G., Svärdsudd K. (1999): The influence of sociodemographic characteristics on well-being and symptoms in a Swedish community. Results from a postal questionnaire survey. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 17: 201-209.
5. Arvola A., Lahteenaki L., Tuorila H. (1999): Predicting the intent to purchase unfamiliar and familiar cheeses: the effects of attitudes, expected liking and food neophobia. *Appetite* 32: 113-126.
6. Babicz-Zielińska E. (1998): Wybrane aspekty badań upodobań żywieniowych. *Żywnie człowieka i Metabolizm* 25: 195-200.
7. Babicz-Zielińska E. (2001): Zachowania konsumentów w stosunku do żywności i żywienia. *Żywność, Nauka, Technologia, Jakość* 29: 5-15.
8. Babicz-Zielińska E., Rybowska A., Zabrocki R. (2006): The relations between emotions and food preferences. *Polish Journal of Food and Nutrition Sciences* 15/56, SI 2: 163-165.
9. Babicz-Zielińska E., Zabrocki R. (2007): Postawy konsumentów wobec prozdrowotnej wartości żywności. *Żywność. Nauka. Technologia. Jakość* 6: 82.
10. Bowling A. (2005): Ageing Well. Quality of life in old age, London.
11. Booth D. (1994): Psychology of nutrition. Taylor and Francis, London.
12. Bornstein R.F. (1989): Exposure and affect: Overview and meta-analysis of research, 1968-1987. *Psychological Bulletin* 106: 265-289.
13. Boschi V., Lorio D., Margiotta N., D'Orsi P., Falconi C. (2001): The Three-Factor Eating Questionnaire in the evaluation of eating behaviour in subjects

- seeking participation in a dietotherapy programme. *Annals of Nutrition and Metabolism* 45: 72-77.
14. Bronkowska M., Martnowicz H., Żmich K., Szuba A., Biernat J. (2009): Wybrane elementy stylu życia oraz wiedza żywieniowa otyłych osób z rozpoznaniem nadciśnieniem tętniczym. *Arterial Hypertension*, vol 13, 4: 266-274.
 15. Canetti L., Bachar E., Berry E.M. (2002): Food and emotion. *Behavioral Processes* 60: 157-164.
 16. Clendennen V. I., Herman C. P., Polivy J. (1994): Social facilitation of eating among friends and strangers. *Appetite* 23: 1-13.
 17. Chmielewska B. (2001): Nierówności społeczne w sferze żywienia. Studia i Monografie. IERiGŻ, Warszawa.
 18. Czerniawska O. (1998): Style życia ludzi starych. W: Czerniawska O. (red.): Style życia w starości, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej, Łódź.
 19. Dąbrowska A., Babicz-Zielińska E. (2011): Zachowania konsumentów w stosunku do żywności nowej generacji. *Hygeia Public Health* 46(1): 39-46.
 20. De Irala-Estevez J., Groth M., Johansson L., Oltersdorf U., Prättälä R., Martínez-González M.A. (2000): A systematic review of socioeconomic differences in food habits in Europe: consumption of fruit and vegetables. *European Journal of Clinical Nutrition*, 54: 706-714.
 21. Diener E., Lucas R.E., Oishi S., Suh E.M. (2002): Looking up and looking down: Weighting good and bad information in life satisfaction judgments. *Personality and Social Psychology Bulletin* 28: 437-445.
 22. Domachowski W. (1998): Przewodnik po psychologii społecznej. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
 23. Drewnowski A., Darmon N., Brend A. (2004): Replacing fats and sweets with vegetable and fruits – a question a cost. *American Journal of Public Health*, 94(9): 1555-1559.
 24. Drygas W., Kwaśniewska M., Szcześniawska D., Kozakiewicz K., Głuszek J., Wiercińska E., Wyrzykowski B., Kurjata P. (2005): Ocena aktywności fizycznej dorosłej populacji Polski. Wyniki programu WOBASZ. *Kardiologia Polska* (supl. 4): 51-56.

25. Duda G. (2003): Zwyczaje żywieniowe a stan zdrowia i odżywienia osób w wieku podeszłym. *Bromatologia i Chemia Toksykologiczna*, supl: 243-248.
26. Duda G., Józwiak A., Chmielewska Z. (2001): Wybrane elementy stylu życia i nieprawidłowości stanu odżywienia osób w wieku podeszłym z niedokrwienną chorobą serca. Badania wstępne. *Nowiny Lekarskie*, 70: 1028-1036.
27. Duliniec E. (1986): Postępowanie nabywców towarów konsumpcyjnych w krajach o gospodarce rynkowej. Monografie i opracowania, Warszawa.
28. Drożdż M. (2009): Edukacyjna i rekreacyjno-kulturalna funkcja Uniwersytetów Trzeciego Wieku. W: Bluzak A. (red): Kapitał intelektualny osób aktywnych zawodowo. Formy i metody zarządzania wiedzą poprzez ustawiczne kształcenie dorosłych. Wyższa Szkoła Biznesu National Louis University, Nowy Sącz.
29. Eagly A., Chaiken S. (1993): The psychology of attitudes. Fort Worth, TX: Harcourt Brace Jovanovich, University of North Florida.
30. Edman J.L., Yates A., Aruguete M.S., De Bord K.A. (2005): Negative emotion and disordered eating among obese college students. *Eating Behaviors* 6: 308-317.
31. Elfhag K., Morey L.C. (2008): Personality traits and eating behavior in the obese: poor self-control in emotional and external eating but personality assets in restrained eating. *Eating Behaviors* 9: 285-293.
32. Fazio R.H. (1990): Multiple processes by which attitudes guide behavior: the MODE model an integrative framework. *Advances in Experimental Social Psychology* 23: 75-109.
33. Fazio R.H., Zanna M.P. (1981): Direct experiences and attitude behavior consistency. W: Berkowitz (red): *Advances i Experimental Social Psychology* 14, New York Academic Press: 161-202.
34. Fernandez-Ballesteros R.F. (2006): GeroPsychology. An Applied Field for the 21st Century. *European Psychologist* 11, 4: 312-323.
35. Gallup G.G. Jr., Castelli J. (1989): The people's religion/ Macmillian, New York.
36. Ganley R.M. (1989): Emotions and eatin: a review of the literature. *International Journal of Eating Disorders* 8: 343-361.

37. Gębska-Kuczerowska A. (2002): Ocena zależności między aktywnością fizyczną a stanem zdrowia ludzi w podeszłym wieku. *Przeгляд Epidemiologiczny*, 56: 471-477.
38. Gębska-Kuczerowska A., Miller M. (2006): Sytuacja zdrowotna ludzi powyżej 65 roku życia. *Zdrowie Publiczne* 116(1): 135-137.
39. Gibney M.J., Margetts B.M., Kearney J.M., Arab L. (2004): Public health nutrition. Blackwell Science, Oxford.
40. Głębocka A., Szarzyńska M. (2005): Wsparcie społeczne a jakość życia ludzi starszych. *Gerontologia Polska*, tom 13, nr 4: 255-259.
41. Greenglass E., Fiksenbaum L.M., Eaton J. (2006): The relationship between coping, social support, functional disability and depression in the elderly. *Anxiety, Stress and Coping* 19, 1: 15-31.
42. Gulbicka B. Kwasek M. (2001): Wpływ dochodów na spożycie żywności w gospodarstwach domowych. IERiGŻ, Warszawa.
43. Gutkowska K. (2002): Uwarunkowania wielkości struktury spożycia żywności w gospodarstwach domowych osób starszych. *Żywnienie Człowieka i Metabolizm* 29, Supl: 92-98.
44. Główny Urząd Statystyczny (2011): Trwanie życia w 2010 roku, Warszawa.
45. Główny Urząd Statystyczny (2006): Stan zdrowia Ludności Polski w 2004 roku. Wydawnictwo GUS, Warszawa.
46. Halicka M. (2004): Satysfakcja życiowa ludzi starych. Akademia Medyczna w Białymstoku, Białystok.
47. Halicka M., Pędich W. (2002): Satysfakcja życiowa ludzi starych. W: Synak B. (red): Polska starość. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.
48. Halicki J., Halicka M. (2002): Integracja społeczna i aktywność ludzi starszych. W: Synak B. (red): Polska starość. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.
49. Hays N.P., Bathalon G.P., McCrory M.A., Roubenoff R., Lipman R., Roberts S.B. (2002): Eating behavior correlates of adult weight gain and obesity in healthy women aged 55-65. *The American Journal of Clinical Nutrition* 75: 476-483.
50. http://www.sfd.pl/Nowa_Piramida_%C5%BBywieniowa-t190872.html.
51. Hung H.C., Joshipura K.J., Jiang R., Hu F.B., Hunter D., Smith-Warner S.A., Colditz G.A., Rosner B., Spiegelman D., Willet W.C. (2004): Fruit and

- vegetables intake and risk of major chronic disease. *Journal of the National Cancer Institute* 96: 1577-1584.
52. Izdebski P., Polak A. (2005): Bilans życia i poczucie koherencji osób starszych w zależności od ich aktualnej sytuacji życiowej. *Gerontologia Polska* 3: 188-194.
 53. Jarosz M., Bułhak-Jachymczyk B. (2011): Normy żywienia człowieka. Podstawy prewencji otyłości i chorób niezakaźnych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
 54. Jeżewska-Zychowicz M. (1996): Zachowania żywieniowe konsumentów a proces w edukacji żywieniowej. Wydawnictwo SGGW, Warszawa.
 55. Jeżewska-Zychowicz M. (2000): Ocena wpływu wybranych czynników na postawy kobiet w sferze edukacji żywieniowej kobiet. Wydawnictwo SGGW, Warszawa.
 56. Jeżewska-Zychowicz M. (2004): Zachowania żywieniowe i ich uwarunkowania. Wydawnictwo SGGW, Warszawa.
 57. Jeżewska-Zychowicz M., Pilska M. (2007): Postawy względem żywności i żywienia. Wydawnictwo SGGW, Warszawa
 58. Jeżewska-Zychowicz M., Babicz-Zielińska E., Laskowski W. (2009): Konsument na rynku nowej żywności. Wydawnictwo SGGW, Warszawa.
 59. Jeżewska-Zychowicz M. Pilska M. (2008): Psychologia żywienia. Wydawnictwo SGGW, Warszawa.
 60. Kamiński A. (1978): Studia i szkice pedagogiczne, Warszawa.
 61. Katz D. (1960): The functional approaches to the study of attitudes. *Public Opinion Quarterly* 24: 163-204.
 62. Katz D. (1967): The functional approach to the study of attitudes. W: M. Fishbein (red): Readings in attitude theory and measurement. Wiley, New York.
 63. Kałuża J., Brzozowska A. (2002): Wykorzystanie analizy włosów do oceny uwarunkowań stanu odżywienia żelazem osób starszych zamieszkałych w rejonie warszawskim. *Żywność Człowieka i Metabolizm* 29: 294-298.
 64. Kałuża J., Jeruszka M., Brzozowska A. (2001): Ocena stanu odżywienia żelazem, cynkiem i miedzią osób starszych zamieszkałych w rejonie warszawskim na podstawie analizy włosów. *Rocznik PZH*, 52: 111-118.

65. Kleiber M. (2008): MEMORIAŁ Komitetu Prognoz „Polska 2000 Plus” przy Prezydium PAN dla najwyższych władz Rzeczypospolitej Polskiej w sprawie programu działań na rzecz poprawy sytuacji ludzi w starszym wieku, Warszawa.
66. Knurowski T., van Dijk J.P., Geckova A.M., Brzyski P., Tobiasz-Adamczyk B., van den Heuvel W.J. (2005): Socio-economic health differences among the elderly population in Krakow, Poland. *Sozial- und Präventivmedizin* 50: 177-185.
67. Kołajtis-Dołowy A., Schlegel-Zawadzka M. (2011): Upowszechnianie wiedzy o żywieniu. W: Gawęcki J., Roszkowski W. (red), Żywnienie człowieka a zdrowie publiczne. Tom 3. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
68. Kołajtis-Dołowy A., Tyska M. (2004): Świadomość żywieniowa ludzi starszych w relacji do ich postaw i zachowań żywieniowych. *Żywnienie Człowieka i Metabolizm* 31: 3-17.
69. Kozdroń E. (2003): Możliwości uczestnictwa ludzi starszych w zorganizowanych formach rekreacji ruchowej na terenie Warszawy. W: Dąbrowski A. (red): Uczestnictwo Polaków w rekreacji ruchowej i jego uwarunkowania. Szkoła Wyższa im. Pawła Włodkowica w Płocku, Płock.
70. Kozdroń E. (2006): Zorganizowana rekreacja ruchowa kobiet w starszym wieku w środowisku miejskim. Propozycja programu i analiza efektów prozdrowotnych. Studia i monografie. Akademia Wychowania Fizycznego, Warszawa.
71. Kozirok W., Baumgart A., Babicz-Zielińska E. (2012): Postawy i zachowania konsumentów wobec żywności prozdrowotnej. *Bromatologia i Chemia Toksykologiczna* 3: 1030-1034.
72. Kozieł D., Trafiałek E. (2007): Kształcenie na Uniwersytetach Trzeciego Wieku a jakość życia seniorów. *Gerontologia Polska* 3: 104-108.
73. Krzyżowski J. (2004): Psychogeriatrya. Wydawnictwo Medyk, Warszawa.
74. Lallukka T., Laaksonen M., Rahkonen O., Roos E., Lahelma E. (2007): Multiple socio-economic circumstances and healthy food habits. *European Journal of Clinical Nutrition*, 61: 701-710.
75. Larrieu S., Letenneur L., Berr C., Dartigues J.F., Ritchie K., Alperovitch A., Tavernier B., Barberger-Gateau P. (2004): Sociodemographic differences in

- dietary habits in a population-based sample of elderly subjects, *Journal of Nutrition, Health & Aging* 8: 497-502.
76. Lassota L. (2006): Satysfakcja z życia emerytów w Polsce i w Niemczech. W: Steuden S., Marczuk M. (red): Starzenie się a satysfakcja z życia, Wydawnictwo LUL, Lublin.
 77. Levinson D.J., Darrow D.N., Klein E.B., Levinson M.H., McKee J.B. (1978): *The Seasons of the Man's Life*. Alfred A. Knopf, New York.
 78. Lichtenstein A.H., Appel L.J., Brands M., Carnethon M., Danie LS S., Franch H.A., Franklin B., Kris-Etherton P., Harris W.S., Howard B., Karanja N., Lefevre M., Rudel L., Sacks F., Van Horn L., Winston M., Wylie-Roset J. (2006): Diet and Lifestyle Recommendations Revision. A Scientific *Statement From the American Heart Association Nutrition Committee. Circulation* 114: 82-96.
 79. Lindeman M., Stark K. (1999): Pleasure, pursuit of health or negotiation of identity? Personality correlates of food choice motives among young and middle-aged women. *Appetite* 33: 141-161.
 80. Lopez-Azpiazu I., Sanchez-Villegas A., Johansson L., Petkeviciene J., Prättälä R., Martínez-González M.A. (2003): Disparities in food habits in Europe: systematic review of educational and occupational differences in the intake of fat. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 16(5): 349-364.
 81. Macht M. (1999): Characteristics of eating in anger, fear, sadness and joy. *Appetite* 33: 129-139.
 82. Maison D. (2004): Utajone postawy konsumenckie . Analiza możliwości wykorzystania metody IAT. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
 83. Marcinek P. (2007): Funkcjonowanie intelektualne a subiektywna jakość życia u osób w wieku emerytalnym. *Gerontologia Polska* 3: 76-81.
 84. Mathers B. (2009): Promoting Mental Health and Wellbeing. W: Kydd A., Duffy T., Duffy F.R. (red): *The Care and Wellbeing of Older People. A Textbook for Health Care Students*. Reflect Press Ltd., London.
 85. Marczuk M. (2006): Podłoże, kształtowanie i narodziny Lubelskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku. W: Steuden S., Marczuk M. (red.). *Starzenie się a satysfakcja z życia*. Wydawnictwo KUL, Lublin.
 86. Marszał-Wiśniewska M., Nowicka M. (2007): Temperamentalne uwarunkowania regulacji nastroku. *Studia Psychologiczne* 45: 64-72.

87. Martins Y., Pilner P. (2005): Human food choices: An examination of the factors underlying acceptance/rejection of novel and familiar animal and nonanimal foods. *Appetite* 45: 214-224.
88. Maynard M., Gunnell D., Ness A.R., Abraham L., Bates C.J., Blane D. (2005): What influences diet in early old age? Prospective and cross-sectional analyses of the Boyd Orr cohort. *Eur. J. Public Health* 16(3): 315-323.
89. Mika S. (1981): Psychologia społeczna. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
90. Millar M. G., Millar K.U. (1998): Effects of prior experience and thought on the attitude behavior relation. *Social Behavior and Personality* 26: 105-113.
91. Morgulec-Adamowicz N., Rutkowska I., Rekowski W., Kosmol A., Bednarczuk G. (2011): Zajęcia aktywności fizycznej w Uniwersytetach Trzeciego Wieku w Polsce. *Gerontologia Polska*; 19, 3-4: 190-198.
92. Myers D.G. (2003): Psychologia społeczna. Wydawnictwo Zysk i Spółka, Poznań.
93. Narojek L. (1993): Niektóre aspekty uwarunkowań zachowań żywieniowych. Instytut Żywności i żywienia, Warszawa.
94. Niedźwiedzka E., Danowska-Oziewicz M., Słowińska M.A., Cichoń R., Szymelfejnik E., Waluś A. (2005): Typy zachowań osób starszych związanych z żywnością. W: Gutkowska K., Narojek L. (red.): Konsument żywności i jego zachowania w warunkach polskiego członkostwa w Unii Europejskiej. Wydawnictwo SGGW, Warszawa.
95. Niewczas M. (2013): Kryteria wyboru żywności. *Żywność. Nauka. Technologia. Jakość*, 6 (91): 204-219.
96. Norman R. (1975): Affective-cognitive consistency, attitudes, conformity and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology* 32: 83-91.
97. Okła W. (2006): Psychospołeczne uwarunkowania jakości życia osób starszych w rodzinach własnych i domach opieki społecznej. W: Steuden S., Marczuk M. (red): Starzenie się a satysfakcja z życia. Wydawnictwo KUL, Lublin.
98. Pędich W., Wojszel B. (2000): Zagrożenia późnego wieku rozwojowego. W: Indulski J., Jethon Z., Dawydzik L. (red.): Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia. Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera, Łódź.
99. Pilner P., Hobden K. (1992): Development of food neophobia in humans. *Appetite* 19: 105-120.

100. Piórecka B. (2013): Dieta kluczem do zdrowia seniora. W: *Głos seniora* 6(4): 26.
101. Redd M., de Castro J. M. (1992): Social facilitation of eating: effects of social instruction on food intake. *Psychology and Behavior* 52: 749-754.
102. Roininen K. (2001): Evaluation of food choice behavior: development of validation of health and taste attitude scales. University of Helsinki, Helsinki.
103. Roininen K., Tuorila H. (1999): Health and taste attitudes in the prediction of use frequency and choice between less healthy and more healthy snacks. *Food Quality and Preference* 10: 357-365.
104. Rokeach M. (1968): Beliefs, attitudes and values: A theory of organization and change. Jossey-Buss Publications.
105. Roszkowski W. (2011): Żywnienie osób starszych. W: Grzymisławski M., Gawęcki J. (red), *Żywnienie człowieka zdrowego i chorego. Tom 2.* Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
106. Sadowska J., Śliwińska U. (2005): Ocena sposobu żywienia i stanu odżywienia osób w wieku starszym, zamieszkałych na terenach wiejskich. *Żywnienie Człowieka i Metabolizm* 32: 187-202.
107. Sęk H. (2001): Wprowadzenie do psychologii klinicznej. Wydawnictwo Naukowe „Scholar”, Warszawa.
108. Sękowski T. (1993): Adaptacja psychiczna osób w podeszłym wieku do warunków życia. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie Skłodowskiej, Lublin.
109. Schwartz S.H. (1978): Temporal instability as a moderator of the attitude-behavior relationship. *Journal of Personality and Social Psychology* 36: 715-724.
110. Słowińska M. A., Wądołowska L. (2003): Wskaźniki biochemiczne krwi a model żywienia osób starszych. *Przegląd Lekarski*, 60 (supl. 6): 25-30.
111. Słowińska M.A., Wądołowska L., Waluś A. (2001): Zwyczaje żywieniowe a stan odżywienia osób starszych w województwa warmińsko-mazurskiego. *Żywnienie Człowieka i Metabolizm* 28, Supl: 84-89.
112. Stanner S., Thompson R., Buttris JL. (2009): Healthy aging. The role of nutrition and lifestyle. Willey-Blackwell, Oxford.
113. Steuden S. (2012): Psychologia starzenia się i starości. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa.

114. Steuden S., Oleś P. (2005): Oddziaływania zwiększające poczucie jakości życia u pacjentów z zaburzeniami widzenia. W: Bańka A. (red): Psychologia jakości życia. Stowarzyszenie Psychologia i Architektura, Poznań.
115. Straś-Romanowska M. (2005): Jakość życia w świetle założeń psychologii zorientowanej na osobę. *Kolokwia Psychologiczne* 13: 263-274.
116. Suwała M., Gerdtenkorn A. (2006): Palenie tytoniu i picie alkoholu w wielkomięjskiej populacji osób w starszym wieku. *Psychogeriatrya Polska*, 3(4): 191-200.
117. Sygit M. (2010): Zdrowie publiczne. Wydawnictwo Oficyna, Warszawa.
118. Szajkowski Z. (2001): Ocena zawartości Mg, Ca i P w całodziennych racjach pokarmowych osób w wieku emerytalnym na podstawie badań ankietowanych i analitycznych. *Nowiny Lekarskie*, 70: 32-39.
119. Szatur- Jaworska B., Błędowski P., Dzięgielewska M. (2006): Podstawy gerontologii społecznej, Warszawa.
120. Szczepański J. (1970): Elementarne pojęcia w socjologii. Wydawnictwo PWN, Warszawa.
121. Szewczyczak M., Stachowska M., Talarska M. (2012): Ocena jakości życia osób w wieku podeszłym – przegląd piśmiennictwa. *Nowiny Lekarskie* 81, 1: 96-100.
122. Szponar L., Sekuła W., Rychlik E., Ołtarzewski M., Figurska K. (2003): Badania indywidualnego spożycia żywności i stanu odżywienia w gospodarstwach domowych, Wydawnictwo IŻŻ, Warszawa.
123. Szwarc H. (2000): Dwadzieścia pięć lat Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Warszawie. Księga Jubileuszowa wydana z okazji 25-lecia Uniwersytetu Trzeciego Wieku, Warszawa.
124. Śmiechowska M. (2012): Żywność, żywienie a zdrowie i jakość życia seniorów. *Szkice Humanistyczne* 3: 35-48.
125. Światowy G. (2006): Zachowania konsumenta. Determinanty oraz metody poznania i kształtowania. Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa.
126. Tańska M., Babicz-Zielińska E., Komorowska-Szczepańska W. (2013): Zwyczaje żywieniowe osób starszych i ich wpływ na występowanie nadwagi i otyłości. *Family Medicine & Primary Care Review* 15,2: 178-180.

127. Tańska M., Babicz-Zielińska E., Przysławski J. (2013): Postawy osób starszych wobec zdrowia i żywności o działaniu prozdrowotnym. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 94(4): 915-918.
128. Tesser A., Shaffer D.R. (1990): Attitudes and attitude change. *Annual Review of Psychology* 41: 479-523.
129. Trafiałek E. (2006): Starzenie się i starość. Wybór tekstów z gerontologii społecznej. Wydawnictwo Uczelniane Wszechnica Świętokrzyska, Kielce.
130. Trzebiatowski J. (2011): Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych – systematyzacja ujęć definicyjnych. *Hygeia Public Health* 46: 25-31.
131. Wądołowska L. (2011): Żywieniowe podłoże zagrożeń zdrowia w Polsce. Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn.
132. Wierzbicka E., Roszkowski W. (2004): Stosowanie specjalnych diet oraz zwyczaje żywieniowe wybranej grupy osób starszych. *Żywnienie Człowieka i Metabolizm* 31: 17-28.
133. Wnuk W. (2002): Poradnictwo dla osób starszych wyzwaniem dla andragogiki. W: Maciejewski J., Horynia W. (red.): Nauczyciel andragog u progu XXI wieku, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław.
134. Wojciszke B. (2000): Postawy i ich zmiana. W: Strelau J. (red.). Psychologia. Podręcznik akademicki. Gdańskie Wydawnictwa Psychologiczne, Gdańsk.
135. Wojciszke B. (2002): Człowiek wśród ludzi. Zarys psychologii społecznej. Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa.
136. Wolnicka K., Rychlik E. (2011): Zalecenia żywieniowe dla osób w wieku starszym. W: Jarosz M. (red.): Żywnienie osób w wieku starszym. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
137. Wordle J., Parmenter K., Walter J. (2000): Nutrition knowledge and food intake. *Appetite* 34: 269-275.
138. Van Strien T., Frijters J.E.R., Bergers G.P.A., Defares P.B. (1986): The Dutch eating behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *International Journal of Eating Disorders* 5, 2: 295-315.
139. Van Strien T., Schippers G.M., Cox W.M. (1995): On the relationship between emotional and external eating behavior. *Addictive Behaviors* 20: 584-595.

140. Van Trijp H.C.M., Steenkamp J.B.E.M. (1992): Consumer's variety seeking tendency with respect to foods: measurement and managerial implications. *European Review of Agricultural Economics* 19: 181-195.
141. Zanna M.P., Olson J.M., Fazio R.H. (1980): Attitude-behavior consistency: An individual difference perspective. *Journal of Personality and Social Psychology* 38: 432-440.
142. Zaorska Z. (2006): Słuchacze Lubelskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku. W: Steuden S., Marczuk M. (red): Starzenie się a satysfakcja z życia. Wydawnictwo KUL, Lublin.
143. Zunft H.J.F., Friebe D. (1997): Perceived benefits of healthy eating among a nationally-representative sample of adults in European Union. *European Journal of Clinical Nutrition* 51: 41-46.
144. Żelazna K., Kowalczyk I., Mikuta B. (2002): *Ekonomika konsumpcji – elementy teorii*. Wydawnictwo SGGW, Warszawa.

ANEKS

Załącznik 1. Kwestionariusz ankiety

KWESTIONARIUSZ ANKIETY

Szanowni Państwo

Nazywam się Magdalena Tańska. Przeprowadzane przeze mnie badania posłużą do celów naukowych. Badania mają charakter anonimowy. Proszę o udzielenie szczerych odpowiedzi, które pozwolą na zebranie potrzebnych informacji.

- 1. Płeć** (*podkreśl właściwe*)
 - a) Kobieta
 - b) Mężczyzna

- 2. Wiek** (*podkreśl właściwe*)
 - a) Do 50 lat
 - b) 50-60 lat
 - c) 60-70 lat
 - d) 70 lat i więcej

- 3. BMI** (*proszę wpisać masę ciała w kilogramach i wzrost w centymetrach*)
 - a) Masa ciała
 - b) Wzrost.....

- 4. Poziom wykształcenia** (*podkreśl właściwe*)
 - a) Podstawowe
 - b) Zawodowe
 - c) Średnie
 - d) Wyższe

- 5. Czy jest Pan/Pani aktywny/aktywna zawodowo?** (*podkreśl właściwe*)
 - a) Tak
 - b) Nie

6. Jak Pan/Pani ocenia własną sytuację materialną? (podkreśl właściwe)

- a) Powodzi mi się bardzo dobrze
- b) Powodzi mi się średnio
- c) Powodzi mi się raczej źle
- d) Powodzi mi się bardzo źle, jestem w trudnej sytuacji materialnej

7. Czy choruje Pan/Pani na chorobę związaną z:

(proszę wstawić znak x w miejscu wymienionej jednostki chorobowej, jeśli występuje)

Układ krążenia	Nadciśnienie tętnicze	
	Choroba niedokrwienna serca	
	Zawał serca	
	Miażdżycza zarostowa tętnic	
Układ oddechowy	Przewlekła obturacyjna choroba płuc	
	Gruźlica płuc	
Choroby naczyniowe mózgu	Udar mózgu	
Narząd ruchu	Choroba zwyrodnieniowa stawów i kręgosłupa	
	Osteoporoza	
Choroby przemiany materii	Cukrzyca typu II	
	Dna moczanowa	
Inne, wymień jakie	

8. Czy jest Pan/Pani pod stałą opieką lekarza? (podkreśl właściwe)

- a) Tak
- b) Nie

9. Czy stosuje się Pan/Pani do zaleceń lekarza? (podkreśl właściwe)

- a) Tak
- b) Nie

10. Czy jest Pan/Pani pod stałą opieką dietetyka? (podkreśl właściwe)

- a) Tak
- b) Nie

11. Czy stosuje się Pan/Pani do zaleceń dietetyka? (podkreśl właściwe)

- a) Tak
- b) Nie

12. Czy Pan/Pani pali papierosy? (podkreśl właściwe)

- a) Tak
- b) Nie

13. Jak najczęściej spędza Pan/Pani czas wolny? (podkreśl właściwe)

- a) Najczęściej czas wolny spędzam aktywnie/czynnie (spacery, basen, wycieczki, itp.)
- b) Najczęściej czas wolny spędzam nieaktywnie/biernie (czytanie, oglądanie tv itp.)

14. Ile czasu poświęca Pan/Pani na ćwiczenia fizyczne/aktywność fizyczną w ciągu tygodnia?

(proszę wstawić znak x przy właściwej odpowiedzi w tabeli)

Rodzaj aktywności	W ogóle	Raz w tygodniu	Kilka razy w tygodniu (2 i więcej)	Codziennie
Spacery				
Marsz (nordic walking)				
Jazda na rowerze				
Basen				
Praca na działce				
Aerobik				
Inne, jakie.....				

15. Jakie są Pana/Pani postawy względem walorów zdrowotnych żywności?

(proszę wstawić znak x przy właściwej odpowiedzi w tabeli)

Stwierdzenie	Zdecydowanie tak	Raczej tak	Ani tak ani nie	Raczej nie	Zdecydowanie nie
Zwracam uwagę na walory zdrowotne pożywienia, które jem					
Dbam o to aby moja dieta była niskotłuszczowa					
Dbam o to aby moja codzienna dieta zawierała dużo witamin i minerałów					
Jem to co lubię niezależnie od tego czy jest zdrowe					
Wybierając produkt zwracam uwagę na jego walory zdrowotne					
Unikam żywności, która mogłaby podwyższyć poziom cholesterolu					
Wybieram produkty tylko świeże, nieprzetworzone					

16. Jakie są Pana/Pani postawy względem produktów light i żywności ekologicznej?

(proszę wstawić znak x przy właściwej odpowiedzi w tabeli)

Stwierdzenie	Zdecydowanie tak	Raczej tak	Ani tak ani nie	Raczej nie	Zdecydowanie nie
Spożywając produkty light mogę zjeść więcej nie przyjmując nadmiaru kalorii					
Nie jem przetworzonej żywności ponieważ nie wiem co zawiera					
W mojej opinii sztucznie aromatyzowana żywność jest szkodliwa dla zdrowia					
Uważam, że produkty light nie są zdrowsze niż konwencjonalne					
W mojej opinii żywność ekologiczna nie jest zdrowsza niż konwencjonalna					
Unikam żywności, która zawiera sztuczne dodatki					

17. Jakie są Pana/Pani postawy względem nowej, nieznannej żywności?

(proszę wstawić znak x przy właściwej odpowiedzi w tabeli)

Stwierdzenie	Zdecydowanie tak	Raczej tak	Ani tak ani nie	Raczej nie	Zdecydowanie nie
Kiedy jem poza domem, np. w restauracji, wybieram najdziwniejsze danie, nawet jeśli nie jestem pewien czy je polubię					
Kiedy przygotowuję posiłki lubię próbować nowych przepisów					
Lubię spożywać egzotyczne potrawy					
Obawiam się spożywania dań, których wcześniej nie próbowałem/próbowałam					
Wolę spożywać produkty które znam					
Obawiam się spożywania dań , których nie znam					

18. Jakie są Pana/Pani postawy względem traktowania jedzenia jako nagrody i przyjemności?

(proszę wstawić znak x przy właściwej odpowiedzi w tabeli)

Stwierdzenie	Zdecydowanie tak	Raczej tak	Ani tak ani nie	Raczej nie	Zdecydowanie nie
Kiedy mam zły nastrój spożywam coś naprawdę pysznego					
Poprawianie nastroju poprzez jedzenie jest oszukiwaniem samego siebie					
Dbam o to aby moje jedzenie było smaczne zarówno na co dzień i od święta					
Wygląd jedzenia ma dla mnie znaczenie					
Wierzę, że jedzenie może być źródłem przyjemności					
Zjadam /dokańczam/ posiłek nawet wtedy gdy mi nie smakuje					

19. Jakie są Pana/Pani postawy względem ważności opakowania i składu produktu żywnościowego?

(proszę wstawić znak x przy właściwej odpowiedzi w tabeli)

Stwierdzenie	Zdecydowanie tak	Raczej tak	Ani tak ani nie	Raczej nie	Zdecydowanie nie
Zwracam uwagę na wygląd opakowania żywności					
Zawsze czytam skład produktu podany na opakowaniu					
Ważne są dla mnie informacje dotyczące kaloryczności i wartości odżywczej zawarte na opakowaniu					
Kupując produkt nie zwracam uwagi kaloryczność i wartość odżywczą podaną na opakowaniu					

20. Jakie są Pana/Pani postawy względem kontekstu spożywania żywności?

(proszę wstawić znak x przy właściwej odpowiedzi w tabeli)

Stwierdzenie	Zdecydowanie tak	Raczej tak	Ani tak ani nie	Raczej nie	Zdecydowanie nie
Jedząc poza domem, np. w restauracji wybieram często nieznanne mi potrawy					
Podczas spotkań towarzyskich lubię spróbować nieznanych mi dotąd potraw					
Miejsce spożywania posiłku ma dla mnie znaczenie					
Pyszne potrawy są dla mnie niezbędnym elementem spotkań towarzyskich					

21. Czy stosuje Pan/Pani ograniczenia w spożywaniu żywności?

(proszę wstawić znak x przy właściwej odpowiedzi w tabeli)

Stwierdzenie	Zdecydowanie tak	Raczej tak	Ani tak ani nie	Raczej nie	Zdecydowanie nie
Staram się nie przejadać					
Ograniczam spożywanie potraw bogatych w tłuszcz					
Ograniczam spożywanie słodczy					
Spożywam niewiele warzyw					
Spożywam niewiele owoców					
Spożywam niewiele mięs i ryb					
Spożywam niewiele wody					

22. Ile posiłków najczęściej spożywa Pan/Pani w ciągu doby? (podkreśl właściwe)

- a) 1-2 posiłki
- b) 2-3 posiłki
- c) 3-4 posiłki
- d) 4-5 posiłków
- e) 5 posiłków i więcej
- f) Posiłki spożywam bardzo nieregularnie

23. Z jakich źródeł czerpie Pan/Pani wiedzę na temat zdrowego odżywiania?

(podkreśl właściwe)

- a) Poradniki popularnonaukowe
- b) Książki (literatura fachowa)
- c) Lekarz
- d) Dietetyk
- e) Znajomi
- f) Internet

Dziękuję za wypełnienie ankiety