

PREHRANA I KVALITETA ŽIVOTA OSOBA STARIJE DOBI NA OTOKU LOŠINJU

Lenac, Linda

Master's thesis / Diplomski rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Rijeka, Faculty of Health Studies / Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:184:994921>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-04-25**

Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Health Studies - FHSRI Repository](#)



SVEUČILIŠTE U RIJECI
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ
KLINIČKI NUTRICIONIZAM

Linda Lenac
PREHRANA I KVALITETA ŽIVOTA OSOBA STARIJE DOBI NA
OTOKU LOŠINJU
Diplomski rad

Rijeka, 2020.

UNIVERSITY OF RIJEKA

FACULTY OF HEALTH STUDIES

GRADUATE UNIVERSITY STUDY OF CLINICAL
NUTRITIONISM

Linda Lenac

NUTRITION AND QUALITY OF LIFE OF ELDERLY ON THE
ISLAND OF LOŠINJ

Final work/Final thesis

Rijeka, 2020.

Mentor rada:

Istraživački rad obranjen je dana _____ u/na

_____ ,

pred povjerenstvom u sastavu:

1. _____

2. _____

3. _____

Izvešće o provedenoj provjeri izvornosti studentskog rada

Opći podatci o studentu:

Sastavnica	Fakultet zdravstvenih studija
Studij	Sveučilišni diplomski studij Klinički nutricionizam
Vrsta studentskog rada	Diplomski rad
Ime i prezime studenta	Linda Lenac
JMBAG	0351001759

Podatci o radu studenta:

Naslov rada	PREHRANA I KVALITETA ŽIVOTA OSOBA STARIJE DOBI NA OTOKU LOŠINJU
Ime i prezime mentora	Doc. dr. sc. Lovorka Bilajac
Datum predaje rada	23. rujan 2020.
Identifikacijski br. podneska	1394679312
Datum provjere rada	23. rujan 2020.
Ime datoteke	Linda Lenac Diplomski rad
Veličina datoteke	83,14
Broj znakova	63 795
Broj riječi	11 357
Broj stranica	42

Podudarnost studentskog rada:

Podudarnost (%)	14 %

Izjava mentora o izvornosti studentskog rada

Mišljenje mentora	
Datum izdavanja mišljenja	
Rad zadovoljava uvjete izvornosti	☒
Rad ne zadovoljava uvjete izvornosti	☐
Obrazloženje mentora (po potrebi dodati zasebno)	Rad zadovoljava uvjete izvornosti s podudarnošću od 14%

Datum

23.9.2020.

Potpis mentora

Sadržaj

1. UVOD	6
1.1. Teorijska analiza starenja	7
1.2. Kvaliteta života osoba starije životne dobi	9
1.3. Zadovoljstvo životom	10
1.4. Prehrana u starijoj životnoj dobi	13
1.5. Uravnotežena i pravilna prehrana kod starijih osoba	15
1.6. Dodaci prehrani kod starijih osoba	18
2. CILJ ISTRAŽIVANJA	19
3. ISPITANICI I METODE	20
3.1. Ispitanici	20
3.2. Metode	20
3.3. Etički aspekti istraživanja	21
4. REZULTATI	22
5. RASPRAVA	33
6. ZAKLJUČAK	37
7. LITERATURA	38
POPIS ILUSTRACIJA	41
Sažetak	42
Summary	43
ŽIVOTOPIS PRISTUPNIKA	44

1. UVOD

Unapređenjem standarda života, većom brigom o životnoj kvaliteti i zdravlja ljudi, dostignućima u znanosti, došlo je do produženja životnoga vijeka. U Izvješću Državnog zavoda za statistiku za 2018. godinu očekivano trajanje života za oba spola poraslo je sa 77,9 godina na 78,2 godine. Za muškarce, očekivano trajanje ostalo je nepromijenjeno – 74,9 godina, a za žene je poraslo s 80,9 na 81,4 godine (1).

Starenje je prirodan biološki proces, a sklonost preranom starenju ili smrti može biti uzrokovana nepravilnom prehranom, stilom života i lošim navikama. Proces starenja ne započinje isključivo u 65. godini života, već je uvjetovano i životnim navikama pojedinca tijekom čitavog njegovog procesa rasta i razvoja (1). Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije, razlikujemo tri razdoblja starosti: starije osobe u dobi od 60 do 75 godina, stare osobe u dobi od 76 do 90 godina te veoma stare osobe iznad 90 godina života (2).

Starost ili treća životna dobi obuhvaća posljednju trećinu ili četvrtinu života, ovisno o tome gdje je postavljena granica. Postoje dva pojma vezana za starost, koje je potrebno razlikovati te uočiti razliku u njihovom značenju, a to su starost i starenje. Starost označava posljednje razdoblje u životu čovjeka koje je karakterizirano fizičkim propadanjem organizma i smanjenjem kognitivnih sposobnosti pojedinca. Starost određuje, obzirom na više faktora, kronološku dob (nakon 65. godine života), socijalnu ulogu (nakon umirovljenja) i funkcionalni status (nakon pada kognitivnih sposobnosti). Starenje je proces kojim se događaju funkcionalne promjene. Razlikuju se tri osnovna vida starenja: biološko, psihološko i socijalno starenje o čemu će biti više riječi u poglavlju koje slijedi (3).

Znanje o čimbenicima koji su povezani s kasnijim optimalnim funkcioniranjem organizma može doprinijeti neovisnosti i dobrom stanju starijih osoba, psihološkom stanju, razini samostalnosti, društvenim odnosima, osobnim uvjerenjima i sl. Kvaliteta života starijih osoba, povezana je s tjelesnim zdravljem i funkcioniranjem, ali ne mora biti nužno ovisna o zdravstvenim čimbenicima. Neke osobe starije dobi žive kvalitetno i zadovoljni su vlastitim životom iako su narušena zdravlja i obrnuto. Prehrana ima važnu funkciju u smanjenju rizika za razvoj kroničnih bolesti u kasnijoj životnoj dobi, a prvenstveno se radi o poremećaju ravnoteže u opskrbi organizma energijom i odnosa pojedinih energetskih izvora u prehrani te deficita esencijalnih prehrambenih tvari, vitamina i minerala (4). Starije osobe naročito su osjetljive na prehrambene poremećaje.

U pogledu energetske potrebe, poznato je da se starenjem smanjuje mišićna masa, a time i bazalni metabolizam te su i potrebe za ukupnom energijom snižene. Tjelesna je aktivnost u većini slučajeva smanjena. Osim toga, prehrana starijih ljudi često je manjkava i monotona zbog ekonomske situacije, neznanja o osnovnim načelima pravilne prehrane ili nemogućnosti, odnosno nezainteresiranosti za pripremanjem hrane.

Najveći problemi prehrane javljaju se kod starijih osoba smanjene pokretljivosti, odnosno nepokretnih. Hranom osigurane prehrambene tvari iskorištavaju se mnogo slabije u organizmu starijih osoba zbog poremećaja probavnog trakta i poremećaja metabolizma, defekta zubala, kao i interakcije s lijekovima i djelovanje alkohola. Također, prehrana utječe na obrambene mehanizme organizma, koji onda mogu znatno oslabjeti (5).

1.1. Teorijska analiza starenja

Kao što je prije spomenuto, teorije starenja dijele se na biološki, sociološki i psihološki aspekt starenja. Biološke teorije starenja objašnjavaju uzroke i procese starenja na razini stanica, organa i organizma kao cjeline. Postoji više bioloških teorija koje objašnjavaju proces starenja, međutim ni jedna nije dala potpuni odgovor na pitanje koji je stvarni razlog starenja i kako ljudski organizam stari.

Biološke teorije starenja svrstavaju se u dvije glavne skupine (5):

- Programirane teorije starenja (nazivaju se još i genetičke ili razvojne teorije). Teorija programiranog starenja stavlja odnose na povezanost genetike i procesa starenja te ističe da postoje specifični geni koji dovode do naglih promjena u stanicama što rezultira starenjem. Prema toj teoriji starenje je programirano, kao i svako drugo životno doba čovjeka.
- Stohastičke ili slučajne teorije pretpostavljaju da je proces starenja rezultat samog života, odnosno rezultat akumuliranih oštećenja koja uzrokuju slučajni događaji iz svakodnevnog života, a mogu biti izazvani unutarnjim i/ili vanjskim čimbenicima (npr. ozljede, bolesti i sl.). Oštećenja se zbivaju unutar stanice (npr. promjene molekula proteina, promjene u DNA i sl.).

Psihološka starost se definira s obzirom na mogućnost prilagodbe pojedinca promjenama u životnoj okolini. Starenje se odnosi na proces promjena u psihičkim funkcijama, kao i na tijek

prilagodbe. Starenjem dolazi do promjena u psihičkom funkcioniranju osobe. Najčešće praćene promjene u psihologiji starijih osoba odnose se na inteligenciju i pamćenje. Starije osobe često se žale na probleme u pamćenju novih sadržaja, zaboravljanje informacija, gubitak stvari i sl. Psihološku starost može se definirati kao mogućnost prilagodbe pojedinca promjenama životnoj okolini naglašavajući psihičke funkcije (4). Starije osobe također postaju emocionalno osjetljivije, što je više izraženo u ženskoj populaciji.

Socijalna starost odnosi se na promjene socijalne uloge pojedinca u društvu. Prilikom starenja dolazi do napuštanja dosadašnjih društvenih uloga i preuzimanje onih koje su primjerene dobi. Socijalna starost povezana je u većoj mjeri s kronološkom dobi, iako i psihološka i biološka nisu nezavisne od kronološke starosti. Od starijih osoba društvo očekuje da se ponaša u skladu sa svojim godinama. Starost ima svoje loše strane, kako za osobu dospjelu u tu dob, tako i za društvo u cijelosti. Problem socijalne starosti znači socijalnu marginalizaciju, uglavnom osamljenost te smanjena sredstva za život što predstavlja teret za društvo zbog uzdržavanja starijih osoba koje nisu produktivne. Osobe starije životne dobi iziskuju povećanje izdatka koji su vrlo često jedan od naglašenijih financijskih opterećenja blagajni razvijenim zapadnim zemljama (6). Smanjenje socijalnih uloga (prvenstveno radi odlaska u mirovinu) najčešće dovode do gubitka motivacije za bilo kakvom vrstom aktivnost. Iz navedenog zaključuje se potreba starijih osoba da budu korisni i da su prihvaćeni, kako od šire okoline, tako i od vlastite obitelji, pogotovo djece (7). Sociološke teorije starenja objašnjavaju promjene u odnosu društva i pojedinca, a do kojih dolazi zbog procesa starenja. Unutar socioloških teorija razlikuju se (8):

- „socijalne makro teorije koje promatraju starenje u svjetlu demografskih i socioloških promjene
- socijalne mikro teorije koje objašnjavaju starenje na razini pojedinca, njegovog socijalnog statusa i uloga koje mu društvo dodjeljuje, a na temelju navedenog pojedinac određuje svoju vrijednost
- socijalne povezujuće teorije nastoje povezati socijalnu strukturu s pojedincem, njihovim interakcijama koje mogu naglasiti društvenu aktivnost starijeg čovjeka ili mu je uskratiti, odnosno dodijeliti mu uloge na temelju njegove dobi“.

Govoreći o starenju razlikujemo primarno i sekundarno starenje. Primarno starenje povezano je s fiziološkim starenjem te se odnosi na fiziološke procese kao posljedica sazrijevanja i protoka vremena (npr. menopauza kod žena). Sekundarno starenje su patološke promjene koje

su posljedica vanjskih čimbenika, kao bolest, okolišni utjecaj i ponašanja (npr. utjecaj buke na slabljenje sluha) (6).

1.2. Kvaliteta života osoba starije životne dobi

Razumijevanje koncepta kvalitete života prošlo je dugu evoluciju. Definicije i mjerenja kvalitete života u velikoj su se mjeri razlikovale i mijenjale tokom povijesti. Sredinom dvadesetog stoljeća kvaliteta života opisivala je životni standard, istražujući područje ekonomije. Povećanjem standarda života istraživanja kvalitete života usmjerila su se i na zadovoljavanju osobnih i društvenih potreba, istražujući pritom područje sociologije (9).

Razlikovanje subjektivne od objektivnih pokazatelja osobne kvalitete života započelo je šezdesetih godina dvadesetog stoljeće. Sedamdesetih godina istraživanja o kvaliteti života bila su usmjerena na subjektivne pokazatelje kvalitete života. Taj koncept kvalitete života razlikuje se od prijašnjih po usmjerenosti na pojedinca. Vremenom su se razvila dva pristupa konceptualizaciji kvalitete života: skandinavski, koji uzimajući u obzir objektivne indikatore kvalitete života društva kao cjeline te američki koji naglašava subjektivne indikatore kvalitete života (10).

Ne postoji konsensus oko definicije kvalitete života, niti opće prihvaćen "zlatni standard" mjerenja. Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) definira kvalitetu života kao percepciju pojedinca pozicije u specifičnom kulturološkom, društvenom te okolišnom kontekstu (10). Kvaliteta života može se definirati kao: „Opće blagostanje koje uključuje objektivne čimbenike i subjektivno vrednovanje fizičkog, materijalnog, socijalnog i emotivnog blagostanja, uključujući osobni razvoj i svrhovitu aktivnost, a sve promatrano kroz osobni sustav vrijednosti pojedinca“ (11).

Kvaliteta života obuhvaća i objektivnu i subjektivnu komponentu. Subjektivna komponenta života uključuje sedam domena: materijalno blagostanje, emocionalno blagostanje, zdravlje, produktivnost, sigurnost, intimnost i zajednicu. Objektivna komponenta uključuje kulturalno relevantne mjere objektivnog blagostanja (12).

Kvalitetu života nije jednostavno opisati, a niti mjeriti. Da bi se nešto mjerilo, mora biti u kvantificirano i definirano. Odnosno, želi li se mjeriti kvalitetu života osoba treće dobi, moraju se jasno postaviti granice što podrazumijeva kvaliteta života starijih osoba, a što ne.

Uzimajući u obzir povijest mjerenja kvalitete života, izdvajaju se dva osnovna pristupa: subjektivnost i multidimenzionalnost. Subjektivnost se može opisati kao kvalitetu života iz perspektive pojedinca, a multidimenzionalnost se može opisati kao dio psihometrijske tradicije mjerenja zdravstvenog statusa koja procjenjuje različite dimenzije života pojedinca (13).

1.3. Zadovoljstvo životom

Posljednjih nekoliko desetljeća zadovoljstvo životom izaziva zanimanje znanstvenika koji se bave širim područjem kvalitete života. Razni istraživači zadovoljstvo životom definiraju na različite načine. S psihologijskog stajališta zadovoljstvo životom obilježava subjektivni doživljaj kvalitete života, a može se definirati kao kognitivnu evaluaciju cjelokupnog života kroz koju pojedinci procjenjuju vlastiti život (8,9).

Pojmovi poput kvalitete života, zadovoljstva životom, subjektivne dobrobiti i sreće često su smatrani sinonimima. Neki istraživači slažu se s tom tvrdnjom, međutim ima ih i onih koji se takvoj generalizaciji protive. Mnogi istraživači iz tog područja zadovoljstvo životom objašnjavaju kao kognitivnu komponentu subjektivnog blagostanja, a sreću kao emotivnu komponentu. Subjektivnu dobrobit čine emocije, odnosno emotivne reakcije ljudi, zadovoljstvo u životnim domenama te opće procjene koliko su zadovoljni životom (12).

Pod emocionalnim reakcijama podrazumijevaju se pozitivni (npr. radost, ponos, sreća) i negativni afekti (npr. strah, depresija, ljutnja). Zadovoljstvo životom odnosi se i na zadovoljstvo u prošlosti, ali i budućnosti, a polja koja se izdvajaju su posao, obitelj, slobodno vrijeme, zdravlje i sl. (13). Procjene zadovoljstva životom su subjektivne te osoba koristi bilo koje informacije koje smatra relevantnim za evaluaciju vlastitog života. Postoji slaganje o najvažnijim komponentama „dobrog života“. Različite osobe pripisuju različitu težinu određenim komponentama te drukčije percipiraju standarde „uspješnosti“ u pojedinim domenama života. Iz tog razloga važno je ispitati općenitu procjenu nečijeg života, a ne zadovoljstvo samo pojedinim aspektima (14). Definicija objašnjava da pri analizi zadovoljstva životom osoba ispituje neke aspekte svoga života, razmatra što je dobro, a što loše te dolazi do ukupne procjene zadovoljstva. Pretpostavlja se kako je globalna priroda ove procjene donekle stabilna te da nije uključena emocionalna komponenta osobe prilikom prosudbe (15).

Zadovoljstvo životom starije osobe individualno shvaćaju prema svojim osobnim, odnosno individualnim kriterijima, a odnosi na proces individualnog pristupa vlastitoj kvaliteti života. Osobe starije životne osjetljivije su na svoje zadovoljstvo i zdravstvene uvjete, što je dodatno pod utjecajem socio-ekonomskih situacija i ograničenog radnog doprinosa u toj dobi (16). Zadovoljstva životom u osoba starije životne dobi čine uglavnom: zdravlje, osjećaj osobne kontrole, dobri socijalni odnos i dnevne aktivnosti s određenom svrhom koje rado obavljaju. Kada govorimo o zadovoljstvu životom osoba starije životne dobi, pretpostavlja se da zadovoljna osoba puno bolje prihvaća vlastitu stvarnost starenja (15). Kognitivna teorija starenja smatra da su zadovoljstvo životom i subjektivna dobrobit pokazatelji uspostavljene psihofizičke ravnoteže ostarjelog pojedinca te navodi tri postulata prilagodbe na starenje (16):

- „prilagodba je povezana s percepcijom promjene, a ne objektivnom promjenom (primjer: osoba vlastito zdravlje procjenjuje dobrim iako boluje od neke bolesti)
- promjene se percipiraju i pamte u skladu s vlastitim očekivanjima (primjer: osoba svoje vlastito zdravlje ocjenjuje kao dobro u odnosu na ostale vršnjake)
- prilagodba osobe na životne izazove i probleme starosti ovisi o postignutoj ravnoteži između kognitivnih i motivacijskih struktura pojedinca (primjer: osoba ocjenjuje da je dobro sve dok se može sama brinuti o sebi).“

Psiholozi u raznim istraživanjima nastoje utvrditi što najviše doprinosi zadovoljstvu životom kako bi mogli promicati važnost istraženog u svrhu konačnog postizanja dobre prilagodbe pojedinca na starenje. Također, mnogobrojna istraživanja pokušavaju dati odgovore na pitanja što to čini starije osobe zadovoljnim u životu. Osim već spomenutih faktora koji utječu na zadovoljstvo životom starijih osoba, navode se još karakteristike okoline, socijalna potpora, crte ličnosti, samopoštovanje, fizičko zdravlje, financije i kontrola nad životom. Nadalje, zadovoljstvo starijih osoba ovisi i o socio-demografskim faktorima kao što su dob, obiteljski status, obrazovanje, zatim razini pomoći i podršci koja im se pruža, raznovrsnosti aktivnosti kojima se bave te socijalnim i okolnim faktorima (17).

Neka istraživanja navode kako su osobe starije dobi, koje žive u Domovima za starije i nemoćne, zadovoljniji svojim životom od onih koji žive u vlastitom kućanstvu. Boravak u domu za starije i nemoćne starijoj osobi pruža osjećaj sigurnosti i konstantnoj brizi. Osobe u domu za starije i nemoćne lišeni su brige vezane za svakodnevne situacije s kojima se inače susreće starija osoba koja živi u vlastitom kućanstvu (npr. plaćanje računa i sl.). Iz svega navedenog da

se zaključiti da se ne izdvaja niti jedan od faktora koji mogu doprinijeti životnom zadovoljstvu, već je zastupljen široki raspon raznih varijabli.

U pokušajima teorijskog objašnjenja pojma subjektivne dobrobiti i zadovoljstva životom, razvijeni su i različiti modeli. Iako bi se moglo naći mnogo više modela, ipak se najčešće spominju tri. To su strukturalni model pod imenima (18):

- „Top-down model (model odozgo prema dolje- deduktivni model),
- Bottom-up model (model odozdo prema gore - induktivni model)
- Dinamički model ravnoteže“.

Top-down model (odozgo prema dolje) pretpostavlja da ljudi imaju dispozicije za interpretiranje života i na negativne i na pozitivne načine, koje dalje utječu na procjenu zadovoljstva na raznim životnim područjima. Odnosno, jedna opća procjena može se razložiti i na pojedinačne (niže) dijelove (18,19,20).

Bottom-up model smatra da se ukupan osjećaj zadovoljstva temelji na osnovi jednostavnoga akumuliranja zadovoljstva u određenim životnim područjima, kao brak, obitelj i posao, tj. odozdo prema gore (20). U ovom modelu, za razliku od prvoga, važniju ulogu imaju objektivne okolnosti.

Zadovoljstvo životom u raznim područjima života, može pridonijeti ukupnom zadovoljstvu, isto kao što i ukupno zadovoljstvo životom ima značajnog utjecaja na procjene zadovoljstva u različitim područjima života. Važnija područja života kao npr. posao i brak, vrednuju se tako da se uspoređuje životna realnost s različitim standardima uspjeha.

U dinamički model ravnoteže, uključen je i utjecaj određenih dimenzija ličnosti koje utječu na procjenu zadovoljstva. Osim dimenzija ličnosti, ovaj model uključuje i određene objektivne pokazatelje i subjektivne procjene života na raznim sferama kao varijable koje imaju utjecaj na zadovoljstvo (19). Model dinamičke ravnoteže govori o tome da kada životni događaji naruše određenu ravnotežu, promjeni se stanje subjektivne dobrobiti. Kao osnovne prediktore zadovoljstva životom trebalo bi promatrati dimenzije ličnosti ali bez isključivanja utjecaja različitih životnih događaja koji mogu utjecati na procjenu zadovoljstva.

1.4. Prehrana u starijoj životnoj dobi

Prehrana je važan element koji uvelike utječe na zdravlje i na proces starenja kod osoba starije populacije. Prevalencija malnutricije, koja predstavlja bilo kakvu prehrambenu neravnotežu, raste u starijoj populaciji. Malnutricija je povezana s padom funkcionalnog statusa, smanjenom koštanom masom, oslabljenom funkcijom mišića, imunološkom disfunkcijom, anemijom, smanjenom kognitivnom funkcijom, lošim zacjeljivanjem rana, odgođenim oporavkom od operacije, višom stopom ponovnog odlaska u bolnicu i smrtnošću (21).

Kod osobe starije životne vrlo se često javlja smanjen apetit i potrošnju energije, što dovodi do pada bioloških i fizioloških funkcija, te posljedično gubitak nemasne tjelesne mase, promjenama citokina i razine hormona, promjene u regulaciji elektrolita, odgađanje pražnjenja želuca i smanjuje osjetila okusa i mirisa. Kronične i psihološke bolesti kao patološke posljedice starenja doprinose velikom postotku pothranjenosti kod starijih osoba. Iako se češće govori o rastućoj pothranjenosti kod starijih osoba, često je prisutna i pretilost, koja također stvara određene zdravstvene probleme u vidu pojave dijabetesa, inzulinske rezistencije, kardiovaskularnih bolesti.

Tjelesna masnoća se s godinama povećava, a smanjuje se nemasna masa, odnosno dolazi do gubitka mišićne mase (22). Povećanje masnog tkiva događa se iz više razloga, kao smanjenje tjelesne aktivnosti, smanjeno lučenje hormona rasta, dolazi do pada razine spolnih hormona te smanjenja bazalnog metabolizma. Raspodjela masti kod mladih ljudi razlikuje se od one kod starijih ljudi, kod kojih je veći udio tjelesne masti smješten je unutar jetre i trbuha, što je povezano s inzulinskom rezistencijom i većim rizikom od ishemijske srčane bolesti, moždanog udara i dijabetesa. Za pravovremeno otkrivanje rizika za malnutriciju ili pretilost kod starijih osoba potrebna je pravovremena prehrambena procjena. S tim u vezi osmišljen je koncept „*diet resilience*“ koji smatra kvalitetnu prehranu kao prioritet, odnosno poduzimanje svih radnji koje su potrebne za postizanje i nastavak kvalitetne prehrane, te mogućnost da se to učini samostalno uz dobivanje pomoći kada je potrebno (23).

Pri slaganju dnevnog plana obroka kod starijih osoba, vrlo je važno uzeti u obzir zdravstveno stanje osobe, određene kronične i psihičke bolesti i njenu fizičku aktivnost. Potrebno je osigurati dovoljan unos tekućine i energije, te osmisлити uravnotežen dnevni plan prehrane s obzirom na omjer makro i mikro nutrijenata. Preporučeni broj obroka u danu je 5-6,

s tri glavna obroka te međuobrocima, a ukoliko je potrebno, ovisno o prehranbenom i zdravstvenom statusu, uvodi se i noćni obrok. Prehrana se temelji na lako probavljivoj, po potrebi kašastoj i tekućoj hrani, te ako je potrebno, dodatke prehrani (21). Smjernice za dnevnu energetska raspodjelu obroka prikazane su u Tablici 1.

Tablica 1. Smjernice za energetska raspodjelu obroka

VRSTA OBROKA	<i>% dnevnih potreba</i>
ZAJUTRAK	25
MEĐUOBROK	15
RUČAK	30
MEĐUOBROK	10
VEČERA	20

Izvor: Ilić, B., Županić, M. (2014). Kvaliteta života starijih ljudi u ruralnoj sredini. Hrvatski časopis za javno zdravstvo, 10(37), 22-44

Budući da se tijekom starenja javljaju određene promjene u funkciji probavnog sustava, prehrana starijih treba biti usklađena s općim preporukama zdrave prehrane, njihovim energetska potrebama i tjelesnom aktivnošću. Najčešća pogreška u prehrani je prekomjeren unos soli, šećera i zasićenih masnoća, koji pogoduju nastanku bolesti u starosti, a time i funkcionalne onesposobljenosti. Energetska unos treba biti niži kod osoba starije dobi.

Dnevne energetske potrebe smanjuju se za 10 % u dobi od 51 do 75 godina, a nakon toga smanjuju se za još 10 % po desetljeću (23). Sa životnom dobi postupno se smanjuje sadržaj vode u tijelu. Zbog toga je u starijoj dobi nužno uzimati minimalno osam čaša vode ili nezaslađene i negazirane tekućine dnevno.

1.5. Uravnotežena i pravilna prehrana kod starijih osoba

Kod starijih osoba se potrebe za energijom mogu smanjiti čak za 25 % jer njihov organizam za osnovne funkcije troši znatno manje energije. Svakog desetljeća života gubi se 2-3 % mišićne mase, a tijelo troši manje energije za održavanje tjelesnih masnoća nego za održavanje mišićne mase, a kod starijih osoba slabija je tjelesna aktivnost (24). Preporučeni dnevni unos bjelančevina je 12 do 15 % ukupno unesene energije, odnosno, preporučeni dnevni unos engl. *Recommended Daily Allowances* (dalje u tekstu RDA) iznosi 0,8 g/kg tjelesne mase, što je minimalna količina da se izbjegne progresivan gubitak mišićne mase (25).

Starije odrasle osobe manje reagiraju na anabolički učinak niskih doza unosa aminokiselina u usporedbi s mlađim odraslim osobama, te je iz tog razloga potrebna viša razina uzimanja bjelančevina (26).

Preporuke za unos masti su 30 % ukupnog energetskeg unosa ili manje, ali ne manje od 20 % jer može negativno utjecati na kvalitetu prehrane (25). Ugljikohidrati (dalje u tekstu UH) su esencijalne hranjive tvari koje su osnovni izvor energije. Unos ugljikohidrata potrebno je kontrolirati jer je nenormalna regulacija metabolizma UH povezana s bolestima kao što su dijabetes, kardiovaskularne bolesti i moždani udar.

RDA-vrijednosti za UH kod starijih nisu utvrđene, no prema zadnjim Hrvatskim smjernicama (27) preporuča se unos UH koji će osigurati 55-60 % ukupnog dnevnog energetskeg unosa.

Podnošenje UH smanjuje se sa starenjem pa bi oni u najvećoj mjeri trebali biti složeni, iz razloga što se duže probavljaju i ne povisuju razinu šećera u krvi kao jednostavni UH. Prehrambena vlakna dijele se na topljiva vlakna i netopljiva. Topljiva vlakna djeluju kao prebiotici i važni su za održavanje sluznice crijeva, dobro se apsorbiraju i osiguravaju do 5 % energetskeg potreba organizma.

Netopljiva vlakna na sebe vežu vodu, izlaze gotovo nepromijenjena iz probavnog sustava i djeluju laksativno, te na taj način održavaju normalan rad crijeva (28).

Provedena su brojna istraživanja o utjecaju prehrambenih vlakana na zdravlje čovjeka. U jednom sustavnom pregledu došlo se do zaključka da je kod pojedinaca koji konzumiraju najviše količine prehrambenih vlakana, značajno smanjena učestalost i smrtnost od

kardiovaskularnih bolesti (29), a u drugom, pak, da je kod osoba koje konzumiraju najviše prehrambenih vlakana, posebno žitarica, smanjena mogućnost razvoja šećerne bolesti tipa 2.

Kod pripremanja jela osobitu pozornost treba posvetiti očuvanju posebno vrijednih dijelova namirnica, npr. vitamina. U starosti je poželjno jesti hranu koja se priprema na lešo, a ne pržena i pohana, te nikako sa zaprškom. Svakodnevno treba pripremati svježu hranu, a ne koristiti odstajalu i podgrijanu. Juhe i variva preporučljiva su hrana za starije, koju ne treba dosoljavati i začinjavati, jer velika većina povrća sadrži prirodnu slanost.

Integralne žitarice, kefir, acidofil i bioaktiv povoljno djeluju na crijevnu mikrofloru i općenito na organizam. Starije osobe koje ne mogu dobro žvakati moraju hranu usitniti, odnosno učiniti je kašastom.

Iako se vitamini i minerali općenito ne smatraju izvorima energije, ovi esencijalni hranjivi sastojci djeluju kao čimbenici u različitim biološkim procesima. Ljudi ne mogu sintetizirati minerale i većinu vitamina, stoga se moraju osigurati prehrambenim uzimanjem.

Pravilna prehrana najbolja je obrana protiv tjelesnog i duševnog starenja. Ona se treba sastojati od prirodne, neprerađene hrane, koja sadrži sve neophodne hranjive tvari. Treba uzimati dovoljno žitarica, povrća i voća, obrano mlijeko, svježi sir i sireve s manjim sadržajem masti, kisele mliječne proizvode, ribu i bijele vrste mesa, ponekad jaja. Od masnoća preporuča se maslinovo ulje. Jake začine i prekomjerno soljenje hrane treba izbjegavati. Hranu treba jesti kuhanu ili pirjanu, a ne pečenu ili prženu. Jestu treba u miru, a hranu dobro sažvakati.

Preporučaju se tri obroka i dva međuobroka na dan. Doručak je obavezan, a večerati treba 2 do 3 sata prije spavanja (5). Dnevno treba unositi dovoljno tekućine, a ako je potrebno, ukućani trebaju osobu podsjetiti na pijenje, jer centar za žeđ kod starijih osoba oslabljeno reagira pa lako dođe do dehidriranosti. Pojavama starosti treba se prilagoditi i to životno doba oplemeniti i učiniti što kvalitetnijim, a pojavu bolesti što više odgoditi zdravim životnim navikama.

Deficit esencijalnih vitamina i minerala može narušiti biološke funkcije i poticati razvoj različitih bolesti. Mnoga istraživanja pokazuju da vitamini i minerali utječu na životni vijek organizma. Sustavnim pregledom zaključeno je da vitamini E i C utječu na starenje djelujući kao sredstva protiv slobodnih radikala, što zauzvrat smanjuje ili povećava životni vijek. Stanično starenje usporava suplementacija selenom (Se^{4+}).

Pravilna prehrana bogata vitaminima značajna je za sve ljude, ali osobito za starije osobe, jer su pod većim rizikom od manjka vitamina od mlađih odraslih. Ako zdrave starije osobe svakodnevno unose raznovrsnu hranu, i nemaju dokazani nedostatak vitamina i/ili minerala, u tom slučaju nije potrebno redovito uzimati vitaminsko-mineralne dodatke prehrani. Posljednjih su godina suplementi folne kiseline privukli veliku pažnju u prevenciji Alzheimerove bolesti i opadanja kognitivnih funkcija.

Folat (vitamin B9), vitamin B12 i vitamin B6 podržavaju metaboličku dostupnost metilnih skupina i na taj način olakšavaju remetilaciju homocisteina u metionin. Razine homocisteina u serumu povezane su s padom kognicije i demencijom. U randomiziranom kontroliranom pokusu zabilježene su smanjene koncentracije homocisteina dvanaestomjesečnom suplementacijom folne kiseline (400 µg/dan) čime se učinkovito smanjila razina perifernih upalnih citokina, s naknadnim pozitivnim učincima na kogniciju starijih osoba s blagim kognitivnim poremećajem (28).

Učinak folne kiseline na koncentraciju homocisteina veći je nego učinak vitamina B12, ali se ipak preporučuje njihova zajednička primjena zbog značajne prevalencije manjka vitamina B12 kod starijih osoba (28). Vitamin K bitan je kočimbenik za sintezu nekoliko čimbenika koagulacije. Oralni antikoagulansi (npr. varfarin) konkurentno inhibiraju enzim koji sudjeluje u metabolizmu vitamina K. Interakcija između dijetalnog vitamina K i derivata kumarina klinički je važna i igra glavnu ulogu u fluktuaciji INR-a kod kroničnih antikoaguliranih bolesnika engl. *international normalized ratio*; univerzalna mjera izražavanja protrombinskog vremena) (29), stoga ovi pacijenti moraju paziti na unos vitamina K putem hrane.

Vitamin A, cink i željezo su mikronutrijenti koji, ako se unesu u prevelikim količinama, mogu biti toksični za starije osobe, te je potrebno pripaziti na njihove preporučene dnevne doze. Opća je preporuka da dnevni unos tekućine iznosi oko 30 mL/kg tjelesne mase, a pothranjenim osobama treba osigurati barem 1500 mL tekućine na dan, osim u slučaju kontraindikacija i kada je potrebno ograničiti unos tekućine (30).

Neodgovarajuća hidracija u starijih osoba povezana je s povećanim morbiditetom i mortalitetom. Dehidracija se javlja pri povećanom gubitku tekućine iz tijela, koji uzrokuje bolest, izloženost visokim temperaturama, napor uz neodgovarajući unos tekućine ili uporaba diuretika. Starije osobe smanjuju unos tekućine iz više razloga i to zbog: smanjenog osjećaja žeđi, problema povezanih s inkontinencijom urina, smanjenom spretnošću ruku ili zbog kognitivnih promjena.

Neki od fizičkih znakova dehidracije koji su pokazali dobru specifičnost za otkrivanje uključuju: suhe aksile, zatim crne, velike podočnjake te produženo vrijeme punjenja kapilara. Pored tromboembolije, postoje i brojne druge posljedice dehidracije kod starije populacije, uključujući delirij, zbunjenost, infekcije, padove i lomove (31). Prevencija dehidracije mora biti multidisciplinarna.

Njegovatelji i zdravstveni radnici moraju biti stalno svjesni čimbenika rizika i znakova dehidracije kod starijih bolesnika. Strategije za održavanje normalne hidracije trebale bi sadržavati praktične pristupe za poticanje starijeg stanovništva za unosom tekućine. To se može postići čestim poticanjem na pijenje nudeći širok izbor pića, savjetovanjem da se radije često piju manje količine tekućine nego odjednom veće količine, te prema potrebi prilagodbom okoliša i lijekova.

1.6. Dodaci prehrani kod starijih osoba

Dodaci prehrani su koncentrirani izvor hranjivih sastojaka ili drugih sastojaka s hranjivim ili fiziološkim učinkom kao minerali, vitamini, bjelančevine, žive kulture mikroorganizama, biljni ekstrakti, pčelinji proizvodi, a svrha im je pomaganje unosa hranjivih sastojaka u uobičajenoj prehrani.

Enteralne pripravke za oralnu primjenu propisuje liječnik obiteljske medicine pothranjenim osobama starije dobi ili osobama u riziku od malnutricije, po preporuci liječnika specijaliste. Primjenjuju se u slučajevima nedostatnog unosa hrane, te kad osoba nenamjerno izgubi 5 % tjelesne mase u 3 mjeseca ili 10 % u 6 mjeseci ili kada je indeks tjelesne mase engl. *Body Mass Indeks* (BMI) ispod vrijednosti 20 kg/m² (31).

Postoje raznovrsni okusi enteralnih pripravaka, te osoba po svojoj volji odabire koji joj okus naj bolje odgovara, potrebna je dodatna motivacija, s obzirom da se u početku mogu javiti teškoće pri prihvatanju pripravaka. Kalorijska vrijednost pripravaka je od 1 do 1,5 kcal po mililitru (32). Postoje i prilagođeni pripravci s obzirom na određeno stanje osobe npr. visokokalorični za restrikciju tekućine ili nekakve traume, visokoproteinski za sarkopeniju i krhkost kod starijih osoba, pripravci niskog glikemijskog indeksa za dijabetes ili nepodnošenja glukoze, s visokim udjelom vlakana za prevenciju konstipacije i proljeva, itd.) (33).

2. CILJ ISTRAŽIVANJA

Cilj istraživanja je utvrditi odnos između unosa pravilne prehrane i kvalitete života osoba starije životne dobi na otoku Lošinju te provjeriti postoje li razlike u unosu prehrane kod starijih osoba s obzirom na period pandemije COVID-19 u Republici Hrvatskoj. U ovom radu će se utvrditi je li došlo do promjena u načinu prehrane, te je li došlo do promjene u kvaliteti života osoba starije životne dobi koji žive na otoku Lošinju.

Sukladno navedenom, definirani su ciljevi:

1. Definirati način prehrane osoba starije životne dobi na otoku Lošinju
2. Utvrditi poznavanje pojma *zdrava prehrana* kod osoba starije životne dobi na otoku Lošinju
3. Utvrditi razlike u prehrani kod osoba starije životne dobi na otoku Lošinju za vrijeme i poslije trajanja karantene uslijed pandemije COVID-19
4. Utvrditi neke od emotivnih stanja kod osoba starije životne dobi na otoku Lošinju za vrijeme trajanja karantene uslijed pandemije COVID-19
5. Procijeniti vlastitu percepciju zadovoljstva i sreće kod osoba starije životne dobi na otoku Lošinju
6. Procijeniti zadovoljstvo zdravstvenom skrbi kod osoba starije životne dobi na otoku Lošinju
7. Procijeniti kvalitetu života osoba starije životne dobi na otoku Lošinju
8. Procijeniti fizičku aktivnost osoba starije životne dobi na otoku Lošinju

3. ISPITANICI I METODE

3.1. Ispitanici

Ispitanici u istraživanju su osobe starije životne dobi (65 godina i više) oba spola, koji žive na području Lošinja, nisu dementni i mogu samostalno obavljati dnevne aktivnosti. Ispitanici su odabrani metodom namjernog uzorkovanja s obzirom na ključne kriterije za istraživanje.

Ispitivanje je provedeno putem vođenog i snimanog polustrukturiranog intervjua s pitanjima koja su proizašla istražujući literaturu. Ispitanici su upoznati sa svrhom i ciljevima istraživanja te su dali informirani pristanak za sudjelovanje koje je dobrovoljno i anonimno za ispitanike. U istraživanju je sudjelovalo deset ispitanika.

Nakon intervjua napravljeni su transkripti koji su analizirani. Prilikom obrade rezultata ispitanicima je dodijeljeno veliko početno slovo abecede (A-J) kako bi se osigurala njihova anonimnost.

3.2. Metode

U istraživanju se koristila kvalitativna metoda problemski usmjerenog (dubinskog) polustrukturiranog intervjua. Intervju je istraživačka metoda kojom se prikupljaju informacije o znanju, vrijednostima, prioritetima i stavovima pojedinaca. Metoda polustrukturiranog intervjua po unaprijed pripremljenim pitanjima za cilj je imala spontani, otvoreni razgovor sa sudionicima istraživanja ostavljajući prostor za dodatno postavljena pitanja. Definirana je unaprijed zadana struktura koja je bila ista za sve sudionike istraživanja, a uz to bilo je dozvoljeno kreiranje i postavljanje novih pitanja kao rezultat sadržaja koji sugovornik iznosi. Prvi dio intervjua sastojao se od općih pitanja čija je svrha bila prikupljanje socio-demografskih podataka. U tu svrhu bili su prikupljeni sljedeći podatci: dob (godina rođenja), spol, stupanj obrazovanja, mjesto stanovanja i broj ukućana. Drugi dio, problemski usmjeren (dubinski) polustrukturirani intervju, sastojao od 29 pitanja. Pitanja su bila otvorenog tipa i rječnik je bio prilagođen rječniku ispitanika, a obuhvaćala su prehrambene navike i stil života. Treći dio intervjua, koji se sastoji od 10 pitanja, odnosi se na mentalno zdravlje i kvalitetu života ispitanika.

Ukupno je provedeno deset intervjua, individualno, u obliku razgovora „licem u lice“ poštujući epidemiološke preporuke. Polustrukturirani intervju koji se provodio tijekom istraživanja sadržavao je pitanja čija je građa jednostavna za čitanje i razumijevanje.

3.3. Etički aspekti istraživanja

Na početku intervjua svakom se ispitaniku objasnila svrha i cilj istraživanja. Svi ispitanici su potpisali informirani pristanak čime su dali svoj pristanak na sudjelovanje u istraživanju očitujući svoju volju slobodno i bez prisile. Svakom ispitaniku dana je mogućnost da u bilo kojem trenutku istraživanja može odustati te im je zajamčena povjerljivost i anonimnost. Također, objašnjeno im je da će se prikupljeni podaci koristiti samo u svrhu izrade diplomskog rada. Intervju se prvo dogovorio te se proveo u njihovim domovima poštujući epidemiološke preporuke. Intervju je u prosjeku trajao do 30 minuta.

4. REZULTATI

U istraživanju je sudjelovalo 10 ispitanika koji žive na području otoka Lošinja, imaju više od 65 godina, a kojima je prilikom obrade rezultata dodijeljeno veliko početno slovo abecede (A-J). Raspon godina ispitanika je od 65 do 78. Od ukupnog broja ispitanika, četiri je ženskog spola i šest osoba je muškog spola. Troje ispitanika ima višu stručnu spremu, šest je imalo srednjoškolsko obrazovanje, a jedan visoku stručnu spremu. Devet od deset ispitanika živi u kući dok samo jedan živi u stanu u zgradi. Tri ispitanika žive sami, četiri sa supružnikom, a ostali žive s djecom (Tablica 2).

Tablica 2. Opća obilježja ispitanika

Ispitanik	Spol	Dob	Stupanj obrazovanja	Mjesto stanovanja	Broj članova kućanstva
A	M	74	VŠS	VELI LOŠINJ, KUĆA	6
B	M	73	VŠS	VELI LOŠINJ, KUĆA	1
C	M	65	VŠS	MALI LOŠINJ ZGRADA	2
D	M	68	SSS	NEREZINE, KUĆA	2
E	Ž	67	VSS	NEZERINE, KUĆA	1
F	M	78	SSS	VELI LOŠINJ, KUĆA	5
G	Ž	66	SSS	VELI LOŠINJ, KUĆA	2
H	Ž	69	SSS	VELI LOŠINJ, KUĆA	2
I	M	73	SSS	ĆUNSKI, KUĆA	5
J	Ž	70	SSS	VELI LOŠINJ, KUĆA	1

Na pitanje „**Smatrate li da se hranite zdravo i zašto?**“ svi ispitanici su naveli da smatraju da se hrane zdravo, paze što jedu i jedu pretežno kuhanu hranu.

„Smatram da se hranim zdravo jer jedem dosta voća, povrća, ne jedem slatko, ne pijem gazirano (osim pive)“

„Pa recimo da se hranim zdravo, jer moram, ako jedem gluposti boli me želudac, a gluposti su slatko, kiselo, masno, ljuto...“

„Operirao sam karcinom debelog crijeva i od tada mi se prehrana promijenila, i smatram da se hranim zdravo, jer pazim što jedem, tj. jedem ono što smijem“

„Dva glavna obroka, a više jedem navečer za večeru, znam da nije dobro ali meni tako paše“

Ispitanici imaju uglavnom 3 obroka dnevno, jedan ispitanik ima dva obroka (C), a tri ispitanika imaju 2-3 obroka dnevno, ovisno o danu (G, F, I), a jedan ispitanik ima 3-5 obroka dnevno (H). Većina redovito doručkuje, dva ispitanika neredovito (F,I), a dva uopće ne doručkuju (A,C). Većina svaki dan odlazi u trgovinu po osnovne namirnice, dok tjedno idu u veće nabavke u dostupne trgovine. Jednom ispitaniku namirnice dostavljaju članovi obitelji.

„Idem svaki dan jer volim svježi kruh, a idem uglavnom u Mali Lošinj u Konzum ili Lidl, tamo je jeftinije nego u jedinoj trgovini koju imamo u Velom Lošinju“

„Svaki dan, po kruh i ostalo, jer se ne prekracam, jer ne mogu nositi...tu imamo mali dućan a znamo ići i do Malog Lošinja u Konzum“

„Svaki dan, po kruh i ostalo, jer se ne prekracam, jer ne mogu nositi...tu imamo mali dućan a znamo ići i do Malog Lošinja u Konzum“

Većina ispitanika ima svoj vrt u kojem sade povrće i voće. Dva ispitanika nemaju svoj vrt (E, H), a jedan ispitanik iako ima vrt, više ne može raditi u njemu (D).

„Imam, zet i ja radimo u vrtu, imam pomidore, krastavce, tikvice, salatu, radić, sadim i karfiol, brokule, broskvu, raštiku...“

„Imam vrt, i sadim svašta, salatu, radić, peršin, celer, pomidore, krastavce, blitvu, raštiku, karfiol, broskvu, tikve, melancane, imam i smokve, grožđe, jagode, marelice, kaki, breskve, kruške“

„Nekad sam imala, sada imamo zdravstvenih problema i muž i ja i više ne možemo raditi u vrtu“

Ispitanici sami pripremaju obroke i većinom imaju sve potrebne namirnice na raspolaganju. Muškom ispitaniku kuha supruga (C), a dvoje ispitanika izjavljuju da se o tome brine kćer (G, J). Jedna ispitanica kaže da nema uvijek sve što bi joj trebalo (I).

„Sam kuham, i pokušavam da imam sve, ali mi se desi da i zaboravim kupiti...sol, šećer, ulje...”

„Živim sam, pa pripremam sve sam, i uvijek se potrudim da imam sve šta mi treba, imam i rezerve

„Kćeri mi kuhaju, a ako šta fali, idem ja u dućan.”

„Da pripremam sama, i nemam baš uvijek sve šta mi treba, što bi htjela.”

Prilikom pripreme obroka, svi koriste začine koji se nalaze u njihovim vrtovima, a većinom su to lovor, ružmarin, bosiljak, kadulja.

„Koristim peršin, celer, lovor, češnjak, papriku crvenu, indijski oraščić, ružmarin....

„Znam da žena koristi lovor, ružmarin, papar, prije sam volio ljuto i koristio Tabasco, sada ne“

„Koristim ih obavezno, peršin, celer, ružmarin, lovor, origano, kadulju“

„Da, koristim začine, peršin, majčinu dušicu, ružmarin, kopar, ljutu papriku“

Svi ispitanici obavezno koriste maslinovo ulje, 9 ispitanika koristi i maslac, 5 ispitanika i svinjsku mast, isto kao i biljno ulje, a samo jedan ispitanik koristi i kokosovo ulje.

„Biljno ulje, maslinovo ulje, maslac, svinjska mast „

„Maslinovo ulje, maslac, svinjska mast (ali samo ako je mast domaća)“

Svježe voće 7 ispitanika jede svaki dan (A, C, D, E, F, I, J), dva ispitanika vrlo često (B, H) a jedan samo povremeno (G). Krumpir konzumiraju do dva puta tjedno, a povrće (zelena, rajčica, cikla, kupus, mrkva i sl.) svaki dan ili skoro svaki dan konzumiraju skoro svi ispitanici (9), a dva puta tjedno jedan (G). Mahunarke se rjeđe nalaze na stolu, najčešće jednom do dva puta tjedno, iako jedan ispitanik ne konzumira iste radi zdravstvenog stanja.

„Ja ih izbjegavam sada, a prije bolesti dva do tri puta tjedno“

„Jedemo grašak, grah, mahune i to jednom tjedno sigurno“

„Jedemo ih jedan do dva puta tjedno, mahune ili grašak, naj češće

Ispitanici konzumiraju ribu češće ili podjednako kao i meso, iako dva ispitanika jedu samo meso piletine i puretine (D, F) a jednom meso ne odgovara (E), dok je jednom ispitaniku riba preskupa (G).

„Meso 2-3 puta tjedno, a ribu 3-4 puta tjedno, jedemo i zaleđene kozice, i lignje, i školjke....“

„Meso samo piletinu i puretinu i to svaki drugi dan, i ribu svaki drugi dan...“

„Meso jako rijetko, do dva tri puta mjesečno, jako mi škodi, jedem ribu uglavnom, i to i iz konzerve, tunu, haringu, lososa...“

„Meso samo bijelo, piletinu i puretinu, dva puta tjedno, a ribu samo kad imam frišku oko dva puta tjedno“

„Meso 4 do 5 puta tjedno, a ribu malo rjeđe, jer je skupa.“

Sušeno voće i orašaste plodove konzumiraju povremeno, kad se sjete, iako četiri ispitanika konzumiraju svaki dan.

„To znam da je zdravo, tako bar pišu, ali zaboravim, jer nisam to navikao jesti“

„Sam sušim smokve pa ih jedem po zimi kad se sjetim, a pojedem koji orah i badem isto kad se sjetim, dva do tri puta tjedno“

„To skoro svaki dan jedem, volim ih“

„To jedemo uz televiziju svaki dan, naročito suhe smokve od susjede...“

Dva ispitanika uopće ne piju kavu (E, F), sedam ispitanika popiju do dvije šalice kave dnevno, a samo jedan tri i više šalice (A). Jedan ispitanik uopće ne koristi šećer, a većina stavlja jednu žličicu šećera u kavu, dok dvoje šećeri više od dvije žličice (G, I).

Mlijeko većinom ispitanici koriste samo u kavi, iako tri ispitanika vole piti mlijeko redovito (D, E, F). Svi radije konzumiraju mliječne proizvode i sir.

„Mlijeko samo u kavi, a radim si sam kefir, navečer stavim mlijeko i do jutra se pomoću gljivica napravi kefir, i to pijem tokom dana“

„Volim piti mlijeko, i to hladno iz frižidera po ljeti, jedem i sira, jogurte lgg, sirne namaze, skoro svaki dan“

„Mlijeko ne pijem nikad, malo sirnog namaza i to je sve“

Većinom jedu bijeli kruh, jedan ispitanik ne jede kruh (C), iako izjavljuju da koriste i druge vrste: polubijeli (B), raženi (D) i crni (E), kukuruzni (A) sa sjemenkama (I) dok druge žitarice (zob, ječam, raž, heljdu, proso) konzumiraju vrlo rijetko (C, G, H, I), uopće ne konzumiraju (F, J), a dva puta tjedno (A, B, D, E).

Četiri ispitanika konzumiraju kolače kekse i druge slatkiše vrlo rijetko (A, B, D, E, F), dok druga polovica konzumira svaki dan ili skoro svaki dan (C, G, H, I, J).

„Vrlo rijetko (nekoliko puta mjesečno), i kad je neki rođendan“

Trajne ili polutrajne suhomesnate proizvode većina ispitanika konzumira dva puta tjedno (A, B, C, D, H, I, J), jedan ispitanik navodi da ih konzumira svaki dan ili skoro svaki dan (G) i jedan ispitanik vrlo rijetko (nekoliko puta mjesečno) (E), a jedan ispitanik suhomesnate proizvode uopće ne konzumira (F). Sedam ispitanika dodaje sol u hranu kad im jelo nije dovoljno slano, a tri ispitanika navode da nikada ne dodaju za stolom sol (C, E, J).

Na pitanje koliko dnevni pijete tekućine, četiri ispitanika piju oko jedne litre dnevno (H, I, B, F), zatim od 1-2 litre dnevno pije ispitanik C, oko dvije litre (A, D, J) te 2-3 litre kaže ispitanik E. Jedan ispitanik navodi da vodu pije samo uz bevandu.

„Pijem vodu uz bevandu, i malo mineralne, do 1 litre dnevno“

Na pitanje da li piju alkohol, koji i koliko, svi ispitanici osim dva (F, D) konzumiraju alkohol, i to uglavnom vino, bevandu i gemišt (B, C, E, I, G, H, J), jedan ispitanik navodi i da pije rakiju svaka tri dana (J), a jedan ispitanik pije pivo (A).

„Pijem svaki dan bevandu ili gemišt, bijelo vino, 4 do 5 čaša dnevno, ako imam goste i više“

„Pijem gemište i bevande, 5 do 6 na dan, i kad sam žedan.“

„Bevandicu nakon ručka, a drugo ne.“

Od deset ispitanika 7 ih ne puši (B, D, E, F, G, I, J), jedan ispitanik puši do 10 cigareta na dan (A), jedan ispitanik 7-8 na dan (C), jedan ispitanik puši samo uz društvo oko 5 cigareta tjedno (H)

Tijekom perioda trajanja karantene radi pandemije COVID-19, šest ispitanika navodi da nisu neke namirnice konzumirali češće nego inače (B, C, D, E, G, J), dok je 4 ispitanika navelo da su određene namirnice, pekarske proizvode, konzumirali češće nego inače (A, F, H, I).

„Da, bila sam uglavnom doma, i pekla kolače više nego inače, iz dosade, i više smo ih jeli“

„Da, kćer mi pekla kruh i bio je baš fini, i puno sam ga više jeo.“

„Da, bila sam više doma i uz televiziju jela čips, jer ga volim, i to više nego do tada.“

„Da, pekla sam kruh i kifle, koje su bolje nego u pekarama pa smo više i jeli“.

Na pitanje, što je najviše nedostajalo što se prehrane tiče, a da se do toga nije moglo doći, tri je ispitanika odgovorilo da im ništa nije falilo (B, C, J), jedan ispitanik navodi kako mu je falilo određena vrsta voća, (A), jednom ispitaniku falio je svježi kruh, pošto nije svaki dan išao u trgovinu (D), do „friške ribe“ nije mogao doći jedan ispitanik (F). Jedan ispitanik navodi kako mu je nedostajalo „puno stvari“ zbog rjeđeg odlaska u veće trgovine (E), jedan ispitanik navodi kako mu je falilo svježe voće i povrće, koje je kupovao zaleđeno, radi što rjeđeg odlaska u trgovine, pošto se nalazi u rizičnoj grupi (I), dok je jednom ispitaniku nedostajao kiseli kupus i repa s riječke tržnice jer nije mogao putovati (G).

„Znalo se desiti da kad dođem u dućan, a išao sam rjeđe, da baš nema onih jabuka koje jedino jedem, one kisele, a i izbor voća bio je manji.“

„Izbjegavala sam u dućan, u rizičnoj sam grupi, pa mi je falilo svježeg voća, i povrća, kupila bi zamrznuto, a to nije tako dobro kao svježe“

„Pa pošto nisam išla svaki dan u trgovinu, falio mi je svježi kruh“

„Pa friška riba, nisu ribari lovili jer nisu imali kome prodat, restorani su bili zatvoreni, pa nisu ni išli na more“

Na pitanje **„Što bi izdvojili kao razliku u prehrani prije i za vrijeme trajanja karantene radi epidemije, ili i nakon prestanka mjere izolacije?“** 4 ispitanika navodi da se ništa nije promijenilo (B, C, G, J), jedan ispitanik je više jeo kruha, i općenito, radi boravka u kući „stalno uzimao nešto iz frižidera“(A), četiri ispitanika navode kao razliku da su određene namirnice pripremali i konzumirali češće i više (D, F, H).

„Pa jeo sam više kruha, a i općenito sam više bio doma i više jeo, stalno nešto uzimao iz frižidera, makar komad sira, salame, valjda radi dosade, nije da sam bio gladan, a vidi se i na kilaži...“

„Nema neke razlike“

„Pa jeli smo više i češće, bili uglavnom doma, radila sam pite, bureke, što mi se inače nije dalo...“

„Kad je bila karantena sam nekako više kuhala i jela...”

„Pa prije nisam jela toliko kolača, kao u karanteni, a sada se trudim što manje peći...”

Što se tiče mišljenja o kvaliteti prehrane za vrijeme trajanja karantene radi epidemije, pet ispitanika navodi da im je prehrana bila ista (B, C, F, I), a pet navodi da je prehrana bila lošija i to većinom u smislu količine hrane (A, D, H), manjka svježeg voća i povrća (I), te nedostatka željene namirnice (E)

„Bila je lošija, što se količine tiče....”

„Lošija, jer nisam htjela ići svaki dan u dućan, pa nije bilo svježeg voća i povrća”

„Pa mislim da je bila ista.”

„Smatram da je bila količinski „bolja”

„ Mislim da je bila lošija, jela sam šta imam, a ne što bi htjela”

Drugi dio intervjuja obuhvaća samoprocjenu zdravlja, zadovoljstvo životom i kvalitetu života ispitanika. Na pitanje da procjene svoje zdravlje „od loše do odlično“, jedan ispitanik ocijenio je svoje zdravlje kao odlično (B), tri ispitanika ocijenilo je svoje zdravlje kao vrlo dobro (A, E, I), jedan ispitanik kao dobro (G), a pet ispitanika, od kojih jedan boluje od KOPB (H), a jedan je onkološki bolesnik (J) navelo je svoje zdravlje kao zadovoljavajuće (C, D, F, H, J)

Na pitanje da procjene koliko su zadovoljni svojim životom na ljestvici od 1-10, (1- nisam uopće zadovoljan/na, a 10- jako sam zadovoljan/na), dva ispitanika izjavili su da su jako zadovoljni (E, I), jedan ispitanik procijenio je svoje zadovoljstvo brojem 9 (A), dva ispitanika brojem 8 (B, C), jedan ispitanik brojem 7 (I). Tri ispitanika procijenilo je zadovoljstvo sa ocjenom 6 (F, G, H), te jedan navodi da je razlog što više ne vozi auto(F), jedan ispitanik ocijenio je svoje zadovoljstvo životom brojem 5 (D).

Na pitanje možete li procijeniti koliko ste sretni, pet ispitanika je procijenilo koliko su sretni na skali od 1-10, brojkom 10 (B, E, G, H, J), jedan ispitanik brojkom 9 (A), dva ispitanika brojkom 8 (C, F), te jedan ispitanik brojkom 7 (D).

Na pitanje ispitanicima **„Smatrate li da je za Vas život na otoku teži nego osobama istih godina na kopnu ili u većem gradu i zašto?”**, devet ispitanika smatra da je na otoku lakše živjeti, a kao razlog navode vlastitu kuću, vrt, brz dolazak na sva mjesta bez korištenja gradskog prijevoza, nema gužve, mir, tišina (A, G), čisti zrak, vrt, odlazak svuda pješke (B), čisti zrak,

mogućnost obrade zemlje, držanja kokoši, mačke (F), jedan ispitanik smatra da je ljepše, ali teže radi putovanja u Rijeku na zdravstvene preglede, te navodi kako je na otoku sve za barem 30% skuplje nego na kopnu, u gradovima ima više izbora, cijena (C). Šest ispitanika također smatraju kao nedostatak odlazak na kopno radi zdravstvene skrbi (A, C, D, E, F, H). Jedan ispitanik navodi kako smatra da je na otoku život teži, a kao razlog navodi da se na kopnu brzo stigne svuda, putovanja u Rijeku, te veće mogućnosti za druženje umirovljenika (H)

„Ma ne nikako, puno nam je bolje, imam svoju kuću i vrt, ne živim u nekom stančiću u neboderu, svuda sam začas, ne moram koristiti gradski prijevoz, nema gužve, mir, tišina...jedino je teže kad ti treba doktor...“

„Ja bih rekao da je meni puno bolje, imam čisti zrak, svoj vrt, idem svuda pješke, imam sve šta mi treba, ja u gradu ne bih mogao nikad živjeti, kad moram do Rijeke jedva čekam da se vratim, jako me umara ta gužva i galama.““

„Smatram da mi je bolje, nema gužve, nigdje ne čekam, jedino je po ljeti gužva radi turista, zrak mi je čisti, imam svoj vrt, svoje povrće, kokoši, mačku, jedino je bolje ljudima mojih godina radi toga što imaju doktore, a ja moram putovati, ali i to je dobro jer usput prođemo i dućane, placu...“

„Smatram da je teži, kad si na kopnu svuda si za čas, a oдавde je sve daleko, moramo putovati kod doktora i kontrole u Rijeku, u gradu imaju više druženja i mogućnosti za nas umirovljenike.“

Na pitanje o **zadovoljstvu zdravstvenom skrbi na otoku Lošinju**, pet ispitanika odgovorilo je kako nisu zadovoljni zdravstvenom skrbi (A, C, D, E, F), tri ispitanika navode kako su zadovoljni zdravstvenom skrbi (B, H, I), jedan ispitanik navodi kao odgovor „i da i ne, ali više ne“(G), te jedan ispitanik odgovara s „50% sam zadovoljan“(J). Kao razlog nezadovoljstva navode odlazak u Rijeku na preglede, „za sve ide u Rijeku (A), „ja za sve moram u Mali Lošinj ili u Rijeku“(D), „skoro za sve moram u Rijeku“(F), „morala sam na kemo terapije ići u Rijeku „(J), također navode kako je na otoku nekad bila puno bolja zdravstvena skrb „prije smo imali i operacionu salu, i rodilište, sada više ničeg nema “ (A), „a nekada smo imali i rodilište i operacionu salu,, (B), „zdravstvo stavljaju na dno prioriteta“(C).

„Nisam baš, moglo bi biti puno bolje, prije smo imali i operacionu salu, i rodilište, sada više ničeg nema, za sve se ide u Rijeku i to je velika sramota za otok, a kažem...sve smo to imali...valjda ih nije briga...“

„Zadovoljan sam, imam svog doktora, imamo laboratorij, rentgen, kirurga, internistu-kardiologa, radiologa...a nekada smo imali i rodilište i operacionu salu, moglo bi i bolje...“

„Nisam, moglo bi biti puno bolje, ali zdravstvo stavljaju na dno prioriteta, što je skroz krivo, moglo bi se puno više, naravno u skladu s otočkim mogućnostima“.

Na pitanje ispitanicima **kako su se osjećali za vrijeme karantene uslijed pandemije COVID-19**, pet ih je odgovorilo da su se osjećali usamljeno (A, C, D, E, H), tri ispitanika navelo je da su se osjećali isto (B, I, F), jedan ispitanik navodi da se nije bojao, jer se čuva (J), također jedan ispitanik navodi da je bio u panici i da je sve bilo strašno (G)

„Pa malo usamljeno i dosadno, jer nisam mogao ići u moj kafić u koji idem svaki dan...“

„Pomalo usamljeno, falile su mi moje dvije prijateljice, a i bili smo odsječeni od kopna, trajekti su malo vozili, trebalo je imati dozvolu za ići i do Cresa, kao da smo u zatvoru“.

„Bila sam malo zamišljena i nekako usamljena“

Na pitanje **„Koliko ste bili zabrinuti i koliko često ste pratili vijesti?“** odgovori variraju. Dvije ispitanice i jedan ispitanik su bili jako zabrinuti (C, G, H), a ostali nisu jako iako su svi redovito pratili vijesti, barem u početku, a kasnije su prestali. Četiri ispitanika navodi kako nisu bili zabrinuti, ali su redovito pratili vijesti (A, B, F, I,)

„Nisam bio jako zabrinut, pratio sam redovito sve vijesti, i nadao se da Corona neće doći na Lošinj“

„Gledao sam vijesti u podne, a sada ne gledam ni te, gledam samo sport, a nisam zabrinut jer živim na Lošinju a tu nema korone.“

„Mislim da sam bila zabrinuta kao i svi, to je nešto nepoznato, i opasno za nas u ovim godinama, i redovito sam pratila vijesti“

Na pitanje **što bi izdvojili kao naj teže za vrijeme trajanja karantene radi pandemije**, ispitanici su većinom navodili ne druženje, ne mogućnost izlaska iz kuće, izoliranost, odsječenost od kopna (A, C, D, E, G, H, J), dva ispitanika navode da im je sve bilo isto, i da ne bi ništa izdvojili (B, I), kao naj bolje jedan od ispitanika navodi da je dobro da imaju telefone

pa su se mogli čuti i vidjeti (E), a dvoje ispitanika navodi kao dobro to što su im supružnici bili više kod kuće nego inače (G, H).

„Pa najteže to što nisam mogao na kavu i pivu i druženje na Rivu.“

„Naj teže mi padao ne izlazak iz kuće i ne viđanje sa svojima, a dobro, muž i ja smo se više družili, čak smo i kartali, što dugo nismo.“

„Naj teže mi je bilo što se nisam viđala s praunukama i drugima, svi su se bojali doći jer sam u rizičnoj grupu, pa nisu dolazili, a naj bolje, pa- suprug nije mogao u birtije pa je bio doma.“

Na pitanje kako bi procijenili svoje zdravlje u usporedbi s periodom karantene uslijed epidemije, sedam ispitanika navodi da je isto kao i prije (B, C, F, G, H, I, J) dvoje ispitanika navodi da je dobilo na kilaži (A, D), jedan ispitanik navodi da mu je „skočio tlak, valjda radi kilaže koju je dobio“(A), te jedan ispitanik navodi kao je „zakržljao“ jer nisu vježbali 4 mjeseca u grupi penzionera (E).

„Malo mi je skočio tlak, valjda radi kila koje sam dobio.“

„A možda imam koju kilu više“

„Malo sam zakržljala, jer nisam vježbala u našoj grupi penzionera, i to 4 mjeseca“

Na pitanje da procijene svoje zadovoljstvo životom sada, u usporedbi s periodom karantene, tri ispitanika navode da je isto (I, B, F), a sedam ispitanika zadovoljnije je nego za vrijeme trajanja karantene (A, C, D, E, G, H, J), a kao razlog navode da je sada sve dobro, normalno (A), više se druže, nisu sami (C, D, H), vratilo se sve u normalu (H)

„Puno je bolje, nisam više sam, družim se, i iako ima korone i nose se maskice, nekako je normalno“

„Sad sam zadovoljna, bolje je, vratili se u normalu pa se sada viđam i sa praunukama...“

“Sad je dobro, samo da opet sve ne zabrane“

Fizičkom aktivnošću u vidu redovitog odlaska na grupno vježbanje bavi se jedan ispitanik(E), tri ispitanika hodaju svaki dan (F, G, I), dvoje ispitanika navodi da rade svaki dan u vrtu (B, F), jedan ispitanik navodi da šeće sa psom dva do tri puta dnevno (A). Jedan ispitanik navodi da se ne bavi ničim iz razloga što se brzo zadiše i umara (H), ispitanik (C), navodi kao svoju

fizičku aktivnost svakodnevno dizanje na ruke 300 m mreže, ate jedan ispitanik navodi da pomalo hoda do dućana, do kćeri i to je sve (J)

„Radim u vrtu i svaki dan idem do svog brata, oko 1 km hodam“

„Dižem svakodnevno 300 m mreže na ruke, u mojoj maloj barčici...“

5. RASPRAVA

Ovim istraživanjem analizirao se način prehrane u nekoliko segmenata, kao i kvaliteta života osoba starije životne dobi na otoku Lošinj, ali i relativna važnost pojedinih područja života za njihovu opću kvalitetu života za vrijeme trajanja izolacije u doba korone. Kvaliteta života je kompleksan pojam koji obuhvaća niz subjektivnih i objektivnih dimenzija, a za potrebe ovog istraživanja obuhvatilo se subjektivno zadovoljstvo životom, osjećaj sigurnosti i sreće, zadovoljstvo zdravstvenom skrbi, društveni život, kao i samo zdravlje.

Prehrana treba biti kontinuirana briga kroz sva životna razdoblja jer ono što jedemo utječe na kvalitetu života. Iznimno je bitno zdravo se hraniti, no odraslim osobama postaje sve teže spoznati koja je hrana dobra, s obzirom na eventualna zdravstvena stanja. Kako starimo polako se mijenjaju naše prehrambene navike. Sukladno tome, osobe starije životne dobi trebaju znati kako upravljati tim promjenama radi održavanja dobrog tjelesnog, ali i psihičkog zdravlja. Potrebno je, stoga, da aktivno sudjelovanje u stvaranju novih prehrambenih navika kako bi se organizmu osigurala energije, spriječile razne bolesti te poboljšala kvaliteta života.

Populacija stari te je potrebno naglasiti pozornost prema određenim potrebama i izazovima s kojima su suočeni mnogi stariji ljudi, a prehrana je važan element zdravlja kod starije populacije i utječe na proces starenja. Optimalan unos antioksidansa putem hrane može pridonijeti poboljšanoj kvaliteti života. Provedenim istraživanjem ispitan je odnos prehrane i kvalitete života osoba starije životne dobi na otoku Lošinj.

Analizirajući odgovore vezane uz prehranu, može se zaključiti da se prehrana podudara s pravilima mediteranske prehrane. Rezultati su očekivani jer se radi o populacije ispitanika koja živi na otoku, starije je dobi, te većina njih ne živi sama veći sa svojom odraslom djecom, supružnikom, itd. Uvođenje promjena u način života i prehranu u starijoj dobi veliki je izazov jer je potrebna izrazita volja ispitanika, njegovo dobro psihičko, fizičko, duhovno i materijalno stanje. Sagledavajući mediteransku prehranu pomoću piramide, bazu piramide čine žitarice, kruh, tjestenina, riža i krumpir i te se namirnice preporučuju svaki dan. Iz analize rezultata intervjuja vidi se da ispitanici konzumiraju kruh svakodnevno, a krumpir do dva puta tjedno što se podudara s mediteranskim načinom prehrane. Druga razina piramide sadrži voće, povrće, mahunarke te sušeno voće. Rezultati ankete slažu se s mediteranskom prehranom što se tiče voća i povrća, dok su mahunarke i sušeno voće rjeđe zastupljeni. Nezaobilazan dio mediteranske prehrane je i maslinovo ulje kojeg svi ispitanici koriste u svojoj prehrani. Što se

tiče namirnica životinjskog podrijetla u mediteranskoj prehrani najčešće konzumirane namirnice su riba i meso peradi, što su i ispitanici naveli, tj. da podjednako konzumiraju i ribu i meso, a od mesa uglavnom meso peradi. Crveno meso u mediteranskoj prehrani konzumira se nekoliko puta mjesečno i to u malim količinama. Mediteranska prehrana smatra se jednom od najadekvatnijih prehrana što potvrđuju brojna američka i europska istraživanja. Djeluje na smanjenje oboljelih od ateroskleroze koja predstavlja veliki rizik za infarkt i moždani udar. Pošto je ispitana populacija iznad 65 godina starosti te uglavnom s već određenim kroničnim bolestima, zaključuje se da je prehrana ispitanika pravilna i vrlo slična mediteranskoj prehrani.

Iako je poznato da je za normalno funkcioniranje metabolizma te za adekvatan unos mikro i makro nutrijenata tijekom dana potrebno pet obroka, nitko od ispitanika ne jede manje od 2 obroka dnevno, a kroz razgovor je uočeno da većina jede 3 osnovna obroka što zapravo nije dobro jer je zbog metabolizma bolje jesti više manjih obroka tijekom dana (minimalno 4 obroka). Većina ispitanika doručkuje što je poželjno zbog unošenja većeg postotka od ukupnog energetskog dnevnog unosa. Dobiveni rezultati ukazuju da većina ispitanika svakodnevno odlazi u trgovinu te zaključujemo da imaju i svakodnevno svježe namirnice. Većina ispitanika ima svoj vrt te konzumira namirnice iz svog vrta, a to su uglavnom rajčica, krastavci, tikvice, salata, radič, karfiol, brokule i tako dalje, što je zdravo i nije genetski modificirano i tretirano pesticidima. Svi ispitanici od masnoća koriste maslinovo ulje, a u manjem omjeru maslac i svinjsku mast, što je pokazatelj dobrog odabira masnoća. Također, kao pokazatelj adekvatne prehrane primjećuje se da većina ispitanika konzumira voće i povrće svaki dan, a samo jedan ispitanik navodi da konzumira voće i povrće samo povremeno. Krumpir konzumiraju do dva puta tjedno a mahunarke jednom do dva puta tjedno. Riba i meso su gotovo podjednako zastupljeni na jelovniku ispitanika, dva ispitanika konzumiraju samo piletinu i puretinu, jedan ispitanik uopće ne jede meso, a jedan ispitanik navodi kako ne jede ribu iz razloga što mu je skupa. Sušeno voće i orašaste plodovi četiri ispitanika konzumira svaki dan a ostali povremeno. Mlijeko većina ispitanika konzumira samo u kavi, a kave uglavnom piju do dvije šalice dnevno. Od vrsta kruha koje ispitanici konzumiraju zastupljeni su polu bijeli, raženi, crni, kukuruzni, sa sjemenkama, iako ih većina konzumira bijeli kruh. Žitarice kao zob, ječam, heljda, proso uopće ne konzumiraju ili vrlo rijetko. Slatkiše, kolače i kekse polovica ispitanika konzumira svaki ili skoro svaki dan, a polovica vrlo rijetko. Suhomesnate proizvode većina ispitanika konzumira dva puta tjedno a jedan ispitanik ih konzumira svaki ili skoro svaki dan. Hranu većina ispitanika soli za stolom ako jelo nije dovoljno slano, dok tri ispitanika nikad za stolom ne dodaju sol. Tekućinu većina ispitanika pije dvije do tri litre dnevno, što odgovara preporukama iz razloga

što su u starijoj životnoj dobi smanjuje osjećaj žeđi te postoji opasnost od dehidracije. Alkohol konzumiraju osam od deset ispitanika, i to uglavnom vino, bevandu i gemišt, a samo jedan navodi kako povremeno pije rakiju. Sedam ispitanika uopće ne konzumira duhan, dok ostali konzumiraju oko deset cigareta na dan. Samo jedan ispitanik alergičan je na određene nutritivne alergene.

Odabir hrane i prehrambene navike starijih odraslih osoba utječe socioekonomski status. Cijena hrane čimbenik je koji utječe na odluke o hrani koje donose starije odrasle osobe i vjerojatno ima veće značenje za pojedince koji dolaze iz područja više razine siromaštva. Prethodne studije utvrdile su da su ljudi s nižim primanjima jeli manje voća, povrća, mlijeka, mesa, peradi i ribe od odraslih s visokim dohotkom. Također su konzumirali manje odgovarajućeg unosa nutrijenata u odnosu na ljude s većim primanjima (32).

Za vrijeme trajanja karantene radi pandemije korona virusa većina ispitanika navodi da nisu određene namirnice konzumirali češće nego inače, iako jedan dio ispitanika navodi kako su češće jeli domaći kruh, kifle, čips i to najviše radi dosade.

Samoprocjena zdravlja ukazuje da većina osoba starije životne dobi iz raznih razloga zdravlje procjenjuju zadovoljavajućim. S druge strane, zadovoljstvo životom im je vrlo visoko ocijenjeno kao i osjećaj sreće što se može povezati s mirnijim načinom života i dobrim obiteljskim odnosima.

Većina ispitanika smatra da je život na otoku Lošinju lakši u usporedbi s stanovnicima iste životne dobi na kopnu, tj. gradu. Kao razlog tome navode život u vlastitoj kući, posjedovanje svog vrta, kokoši, mačke, zatim dolazak pješke bez korištenja gradskog prijevoza, čekanja, gužve, itd. Kao jedini nedostatak života na Lošinju, većina navodi neadekvatnu zdravstvenu skrb, odnosno za mnoge dijagnostičke i terapijske preglede, mora se putovati u Rijeku, kako jedan ispitanik navodi kao veliki nedostatak odlazak u Rijeku na kemoterapiju. Većina ispitanika nije zadovoljna zdravstvenom skrbi na otoku, te navode da je zdravstvena skrb nekad bila puno bolja.

Za vrijeme trajanja karantene većina ispitanika osjećala se usamljeno, nisu se družili, obitelj nije dolazila u posjetu, a jedan ispitanik navodi da je bio u panici, također pola ispitanika je bilo zabrinuto i svakodnevno su pratili vijesti. Kao najteže za vrijeme karantene ispitanici navode manjak druženja, neizlazak iz kuće, izoliranost, odsječenost od kopna, a dobro u tom periodu n je duži boravak supružnika u kući. Iz dobivenih odgovora vidljivo je koliko je društveni život važan u starijoj dobi te je isti najviše i nedostajao.

Uspoređujući svoje zdravlje za vrijeme karantene i sada, većinu ih smatra da je ostalo isto, dok su neki povećali svoju tjelesnu težinu, što se loše odražava na zdravlje. Većinu ispitanika navodi kako su sad zadovoljniji, za razliku od vremena trajanja karantene, te strahuju da se opet ne ponovi.

Fizičkom aktivnošću bavi se većina ispitanika i to u vidu grupnog vježbanja i šetnje, vrtlarskih poslova, ribarenja. Analiza dobivenih rezultata ukazuje na nepostojanje razlika u zadovoljstvu životom i načinom prehrane između ispitanicima muškog i ženskog spola. Rezultati su pokazali da osobe starije životne dobi koji žive na otoku Lošinju pokazuju visoku kvalitetu života, visoko procjenjuju zadovoljstvo životom, čak i u usporedbi sa životom u gradu. Niže procjenjuju svoje zdravlje kao i potrebe za zdravstvenom pomoći. Mnogi smatraju s obzirom, da je zdravstveni sustav bolje funkcionirao prije, da bi se trebalo poraditi na tome. U skladu s navedenim rezultatima moguće je planirati specifične aktivnosti za osobe treće dobi na otoku Lošinju. U obzir treba uzeti ispitane aspekte kvalitete života osoba treće dobi uz poštivanje njihovih individualnih razlika. Time bi se u radu s njima kvaliteta njihovih života povećala te omogućila im pristojnu i mirnu starost.

6. ZAKLJUČAK

Sukladno postavljenim ciljevima istraživanja i dobivenim rezultatima putem usmjerenog (dubinskog) polustrukturiranog intervjua, može se zaključiti sljedeće:

- Prehrana osoba starije životne dobi na otoku Lošinj vrlo je slična mediteranskoj prehrani što dokazuje svakodnevno konzumiranje voća i povrća, krumpira, ribe, pilettine i purettine, začina uz korištenje maslinovog ulja. Dnevno konzumiraju tri obroka što nije u skladu s preporukama te piju dvije do tri litre tekućine.
- Ispitanici smatraju da se hrane zdravo iz razloga što svakodnevno jedu svježe voće i povrće, zatim konzumiraju ribu te koriste maslinovo ulje.
- Razdoblje karantene ispitanicima je predstavljalo problem zbog nemogućnosti svakodnevnog odlaska u trgovinu i nabavke svježih namirnica poput voća, povrća i ribe. Također, ispitanici su tijekom karantene jeli više kruha, kolača i grickalica.
- Za vrijeme trajanja karantene, većina osoba osjećala je negativne emocije poput zamišljenosti, straha, panike i opterećenje zbog medija i njihovog izvještavanja o aktualnoj pandemiji.
- Osobe starije životne dobi na otoku Lošinjju smatraju da su zadovoljni i sretni zbog pozitivnih obiteljskih odnosa i općenito zdravlja.
- Ispitanici na otoku Lošinjju uglavnom nisu zadovoljni zdravstvenom skrbi na otoku zbog nedostatka dijagnostičkih i terapijskih postupaka za koje moraju odlaziti u Rijeku.
- Kvaliteta života osoba starije životne dobi na otoku Lošinjju na visokoj je razini uslijed dobrih odnosa u obitelji te osjećaja pripadnosti, korisnosti, važnosti i zadovoljstva.
- Osobe starije životne dobi na otoku Lošinjju fizički su aktivne. Sudjeluju na grupnim organiziranim vježbama, često odlaze u šetnju te vrtlare i ribare.

7. LITERATURA

1. Wunderlich S, Brusca J, Johnson-Austin M, Bai Y, O' Malley M. Eating Behaviors of Older Adults Participating in Government-Sponsored Programs with Different Demographic Backgrounds. *Glob J Health Sci.* 2012 Nov; 4 (6): 204-215.
2. Warner Schaie K, Willis L. Psihologija odrasle dobi i starenja. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2001.
3. Podgorelec S, Klempić S. Starenje i neformalna skrb o starim osobama Hrvatskoj. Migracijske i etničke teme. 2007; 1-2 (23): 111-134.
4. Pečjak V. Psihologija treće životne dobi. Zagreb: Prosvjeta; 2001.
5. Smiljanić V. Psihologija starenja. Beograd: Saznanja; 1987.
6. Despot-Lučanin J. Zdravstvena psihologija starenja-prikaz područja i pregled istraživanja u Hrvatskoj. *Klinička psihologija.* 2008; 1 (2): 59-77.
7. B. Sedić. Zdravstvena njega gerijatrijskih bolesnika. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Zdravstveno veleučilište; 2010.
8. Brajković L. Pokazatelji zadovoljstva životom u trećoj životnoj dobi [disertacija]. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2010.
9. Vuletić G, Benjak T, Brajković L, Brkljačić T, Davern M, Golubić R i sur., ur. Kvaliteta života i zdravlje. Osijek: Hrvatska zaklada znanost; 2011.
10. Arandjelović M, Ilić I, Milić I. Procjena kvaliteta života-sadašnji pristupi. *Acta Medica Medianae.* 2010; 4 (49): 52-60.
11. Warner Schaie K, Willis L. Psihologija odrasle dobi i starenja. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2001.
12. Martinis T. Percepcija kvalitete života u funkciji dobi. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet; 2005.
13. Slavuj L. Objektivni i subjektivni pokazatelji u istraživanju koncepta kvalitete života. *Geoadria.* 2012; 17 (1): 73-92.
14. Warner Schaie K, Willis L. Psihologija odrasle dobi i starenja. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2001.
15. Despot-Lučanin J, Havelka M, Lučanin D. Kvaliteta starenja-samoprocjena zdravlja i potrebe za uslugama skrbi. *Društvena istraživanja.* 2005; 4-5 (84-85): 801-817.
16. Martinis T. Percepcija kvalitete života u funkciji dobi. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu; 2005.

17. Podgorelec S. Ostarjeti na otoku: kvaliteta života starijeg stanovništva hrvatskih otoka. Institut za migracije i narodnosti. 2008; 3: 273-297.
18. Brajković L. Pokazatelji zadovoljstva životom u trećoj životnoj dobi [disertacija]. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2010.
19. Zahava G, Bowling, A. Quality of life from the perspectives of older people. *Ageing and Society*. 2004; 24: 675-691.
20. Poredoš D. Prilagodba na samački život kod osoba starije životne dobi. *Ljetopis socijalnog rada*. 2001; 8: 7-34
21. Ilić B, Županić M. Kvaliteta života starijih ljudi u ruralnoj sredini. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo*. 2014; 10 (37): 22-44
22. Čanković S, Harhaji S, Kvirgić S, Mijatović Jovanović V, Nikolić E, Radić I. Quality of life of elderly people living in a retirement home. *Vojnosanit Pregl*. 2016; 73 (1): 42-46
23. Vranešić Bender D, Krznarić Ž, Reiner Ž, Tornek Roksandić S, Duraković Z, Kaić-Rak A, Smolej Narančić N, i sur. Hrvatske smjernice za prehranu osoba starije dobi, dio I. *Liječ Vjesn*. 2011; 133: 231-240.
24. Colić Barić I. Prehrana u zlatnim godinama. Zagreb: Hrvatsko društvo za osteoporozu; 2005.
25. Johnson KA, Bernard MA, Funderburg K. Vitamin nutrition in older adults. *Clin Geriatr Med*. 2002 Nov;18 (4): 773-99.
26. Kalilić J. Prehrana i medicinski savjeti za treću životnu dob. Split: vlast. nakl.; 2012.
27. Vranešić Bender D, Krznarić Ž. Nutritivne potrebe osoba starije dobi. *Medix*. 2002; 8 (44); 77-84.
28. Holford P. Abeceda zdrave prehrane. Zagreb: Miob; 1999.
29. Bošnir J, Hegedus M, Puntarić D, Zovko M, Baričević L, Perko G, i sur. Nužnost stalne kontrole i nadzora prehrane u domovima za starije osobe u Hrvatskoj. *Medicus*. 2005; 14 (2): 305-312.
30. Belan I, Gašparović-Babić S, Grbac R, Janković S, Sorta-Bilajac-Turina I, Vlah N, ur. Tjelesne i mentalne promjene u zlatno životno doba. Rijeka: Naklada 2000; 2015.
31. Wunderlich S, Brusca J, Johnson-Austin M, Bai Y, O' Malley M. Eating Behaviors of Older Adults Participating in Government-Sponsored Programs with Different Demographic Backgrounds. *Glob J Health Sci*. 2012 Nov; 4 (6): 204-215.

32. Krznarić Ž, Vranešić Bender D, Kelečić Ljubas D, Reiner Ž, Tomek Roksandić S, Kekez Domina, i sur. Hrvatske smjernice za prehranu osoba starije dobi, dio II-klinička prehrana. Liječ Vjesn. 2011; 133: 299-307.
33. Odluka o standardu prehrane bolesnika u bolnicama [Internet]. Narodne novine, broj 59/15 [pristupljeno 11.09.2020.]. Dostupno na: <http://propisi.hr/print.php?id=7395>

POPIS ILUSTRACIJA

Tablica

Tablica 1. Smjernice za energetska raspodjelu obroka 14

Tablica 2. Opća obilježja ispitanika 22

KRATICE

Recommended Daily Allowances RDA

Ugljikohidrati UH

Body Mass Indeks BMI

Sažetak

Cilj provedenog istraživanja bio je utvrditi prehrambene navike i kvalitetu života osoba starije životne dobi na otoku Lošinju. Polu strukturiranim intervjuom dobili su se odgovori na pitanja o učestalosti obroka, vrsti i količini namirnica. Istražena je razlika u prehrambenim navikama za vrijeme trajanja i nakon karantene zbog pandemije korona virusom.

Kvaliteta života procijenjena je analizirajući odgovore o osobnoj percepciji o zadovoljstvu i sreći ispitanika, zatim pitanjima o zadovoljstvu zdravstvenom skrbi, te općenito analizirano je mišljenje ispitanika o životu na otoku Lošinju, gdje su ispitanici naveli svoje razmišljanje uspoređujući život osoba njihove dobi na otoku Lošinju i život na kopnu, odnosno gradu.

Ključne riječi: *prehrana, kvaliteta života, starost*

Summary

The aim of the study was to determine the eating habits and quality of life of the elderly on the island of Lošinj. A semi-structured interview provided answers to questions about meal frequency, type and amount of food. The difference in eating habits during and after quarantine due to the corona pandemic virus was investigated.

Quality of life was assessed by analyzing answers about personal perception of satisfaction and happiness of respondents, then questions about satisfaction with health care, and generally analyzed the opinion of respondents about life on the island of Losinj, where respondents compared their lives comparing the lives of people on the island of Losinj and life on land, that is, in the city.

Key words: *nutrition, quality of life, age*

ŽIVOTOPIS PRISTUPNIKA

1989. godine, u Rijeci, završena srednja medicinska škola u CUO za KUZ „Mirko Lenac“

2006.- 2011. zaposlenje u Domu za starije „A. Stuparić“ u Velom Lošnju

2011. – 2016. zaposlenje u privatnoj internističkoj ordinaciji dr. Anamarija Margan

2012. – 2019. paralelan rad u Ordinaciji medicine rada Medris, Rijeka

Od 2017. zaposlenje u Lječilištu Veli Lošinj, na mjestu glavne sestre Lječilišta

2015. upisan preddiplomski studij sestrinstva na FZS Rijeka

2018. upisan diplomski studij Klinički nutricionizam na FZS Rijeka