

Wielokulturowość jako wyzwanie dla dietetyka

ZUZANNA CHRZĄSTEK, AGNIESZKA GULIGOWSKA
UNIWERSYTET MEDYCZNY W ŁODZI

Abstrakt

Praca dietetyka z pacjentem dotyczy głównie jego nawyków i zwyczajów żywieniowych. Najczęściej wynikają one z tradycji rodzinnych bądź uwarunkowań kulturowych. Zalecenia żywieniowe oraz zasady dietoterapii, z którymi dietetyk zapoznaje się podczas procesu kształcenia, są zwyczajowo dostosowane do tradycyjnego profilu Polaka. Tymczasem rozwijająca się mobilność społeczeństw sprawia, że coraz częściej w gabinecie dietetycznym pojawiają się osoby, które mają zróżnicowane uwarunkowania kulturowe, światopoglądowe, religijne, a także fizjologiczne. Tego typu wyzwania są coraz powszechniej spotykane. Mogą one dotyczyć na przykład zaleceń dla pacjenta z anemią, który jest wegetarianinem. Powiększa się także dostępność w polskich sklepach produktów spożywczych z całego świata, co z jednej strony pozwala obcokrajowcom na wykonywanie tradycyjnych potraw, z drugiej natomiast stanowi inspirację dla mieszkańców naszego kraju.

Wyzwania te wskazują na potrzebę włączenia do procesu kształcenia dietetyków modułu obejmującego wiedzę o wielokulturowości, kuchniach świata i zasadach religijnych wpływających na sposób odżywiania się. Ułatwi to tworzenie alternatywnych zaleceń dla pacjentów reprezentujących odmienne środowiska kulturowe, przy uwzględnieniu ich zwyczajów żywieniowych.

Warto również położyć nacisk na naukę języków obcych oraz na pogłębienie umiejętności tworzenia zaleceń żywieniowych dla pacjentów z innych państw. Pozwoli to zniwelować trudności wynikające z wielokulturowości.

Słowa kluczowe:

dietoterapia, nawyki żywieniowe, kuchnia świata, wielokulturowość.



Wstęp

Wielokulturowość można definiować w różny sposób (Kastoryano, 2018). Po pierwsze jest to pojęcie wywodzące się od angielskiego terminu *multiculturalism*, wskazujące na zróżnicowanie kulturowe danego społeczeństwa. Po drugie może oznaczać państwową politykę mającą na celu niwelowanie napięć społecznych związanych z pojawianiem się innych kultur w danej społeczności. Wielokulturowymi nazywa się zazwyczaj wysoko uprzemysłowione społeczeństwa wieloetniczne. Pojawianie się w danym społeczeństwie wraz z ruchami migracyjnymi przedstawicieli nowych kultur wyznających inne wartości i tradycje może np. doprowadzić do niechęci i braku akceptacji ze strony mieszkańców kraju przyjmującego. Akceptacja wielokulturowości jest jednak niezwykle ważnym elementem w budowaniu bezpiecznego świata. Aby poznać, dobrze zrozumieć i zaakceptować nowe kultury pojawiające się w naszym kraju, niezbędna jest edukacja. Już od najmłodszych lat dzieci w szkołach podstawowych powinno uczyć się otwartości, tolerancji oraz poszanowania tradycji mniejszości narodowych. Jednak istotne jest, aby tematyka ta była podejmowana na każdym etapie edukacji, także na uczelniach wyższych.

Mając na uwadze, jak niezwykle istotna jest edukacja pod kątem wielokulturowości w przypadku różnych grup pracowników opieki medycznej, w tym także dietetyków, pragniemy w niniejszym eseju zwrócić uwagę na trudności, z jakimi może spotkać się dietetyk w kontekście pracy z pacjentami pochodzącymi z grup mniejszościowych. Artykuł ten powstał w oparciu o z jednej strony analizę dostępnej literatury z zakresu nauk medycznych, poświęconych problemom żywieniowym pacjentów pochodzących z odmiennych kultur/religii, a z drugiej strony o własne doświadczenia i przemyślenia, a także zgłaszane

przed studentów potrzeby dotyczące niniejszej tematyki. Obecnie zalecenia żywieniowe oraz zasady dietoterapii poznawane przez studentów dietetyki w Polsce dostosowane są w większości do typowego profilu żywieniowego społeczeństwa polskiego, a zagadnienia dotyczące kulturowych i religijnych aspektów żywienia osób pochodzących z grup mniejszościowych nie należą do obowiązkowych zagadnień wykładanych na kierunku dietetyka. Tym samym tematyka ta na poszczególnych uczelniach medycznych w Polsce spotyka się z różnym zainteresowaniem – od minimalnego po dość duże, co często realizowane jest w formie zajęć fakultatywnych.

W związku z tym w artykule wskazane zostaną przykładowe wyzwania dla dietetyka, który spotka się w swoim gabinecie lub szpitalu z przedstawicielem grupy mniejszościowej. Jeśli dietetyk nie zna tradycji, specyfiki kulinarnej, bądź wykluczeń dietetycznych charakterystycznych dla danej kultury, współpraca może okazać się bardzo trudna lub niemożliwa.

Różnice religijne i kulturowe a zalecenia żywieniowe

Z uwagi na łatwość i zwiększoną możliwość przemieszczania się ludności pomiędzy krajami i kontynentami obserwuje się coraz większą liczbę obcokrajowców przybywających do Polski w celach rekreacyjnych, zarobkowych lub edukacyjnych (*Mapy i dane statystyczne imigrantów i służb migracyjnych Polski*, 2020). Ponieważ dietetyka i medycyna stylu życia są dynamicznie rozwijającymi się interdyscyplinarnymi gałęziami nauk medycznych, istnieje uzasadnione wysokie prawdopodobieństwo, iż na konsultację żywieniową zgłaszać się będzie coraz więcej osób nie tylko polskiej narodowości, ale również reprezentantów innych kultur. Istotne jest, aby osoba zalecająca różnorodne diety lub prowadząca edukację żywieniową, miała na uwadze różnice kulturowe,

etniczne oraz środowiskowe i rasowe związane ze sposobem żywienia tych pacjentów.

Ważnym aspektem diety osób pochodzących z odmiennych kultur jest zależność sposobu żywienia od przekonań religijnych. Przykładem tego są różnego rodzaju posty stosowane z okazji świąt religijnych oraz w czasie przedświątecznym. Czas ich trwania jest symboliczny dla danego wyznania. W przypadku religii chrześcijańskiej obserwujemy post 40-dniowy poprzedzający święto Wielkiej Nocy, z kolei w religii islamskiej występuje post w okresie Ramadanu trwający około 30 dni (Trepanowski i Bloomer, 2010). Posty te, w zależności od czasu ich trwania oraz różnych restrykcji z nimi związanych, mogą różnorodnie wpływać na zdrowie i sposób żywienia pacjenta danego wyznania. Mają również wpływ na rodzaj stosowanej diety i efekty przestrzegania zaleceń żywieniowych pochodzących od dietetyków oraz osób zajmujących się nauką o żywieniu. Wydaje się więc istotne zwrócenie uwagi na różnice religijne i dostosowanie zaleceń żywieniowych do pacjentów różnych wyznań.

Innym aspektem, istotnym w kontekście diety i religii, jest temat wykluczeń żywieniowych. Kuchnia koszerna częściowo wyklucza produkty odzwierzęce. Dopuszczalne do spożycia są tutaj mięsa zwierząt mających racice i przeżuwających, stworzeń wodnych mających płetwy i łuski, niektórych gatunków szarańczy oraz niektórych gatunków ptaków (Kondrat, 2015; Przyłęcki, 2017). Wykluczenia stosowane w kuchni indyjskiej uzależnione są od tego, jakie wyznanie dominuje w danym rejonie. Na północy kraju, gdzie dominują wyznawcy islamu, zabrania się spożywania wieprzowiny. Na południu Indii dominuje hinduizm, którego wyznawcy nie spożywają wołowiny, a znakomita większość wybiera dietę całkowicie wegetariańską. Na zachodzie mieszają się różne kultury i religie, w związku z czym występują tutaj kuchnie wszystkich regionów, a także

wpływające na nie naleciałości z innych krajów. Kuchnia wschodnich Indii jest głównie wegetariańska (Badave, 2007). Wyznawcy islamu stanowią drugą najliczniejszą grupę wyznaniową na świecie, a ta religia również wiąże się z pewnymi ograniczeniami żywieniowymi. Przede wszystkim wyklucza się tutaj spożywanie wieprzowiny, gdyż uznaje się ją za mięso „nieczyste”. Również sposób uboju zwierzęcia jest istotny. Zabrania się spożywania zwierząt mięsożernych oraz lądowych zwierząt nieposiadających ucha zewnętrznego. Zabronione jest również spożycie krwi i produktów, które ją zawierają. W związku z wieloma ograniczeniami należy również pamiętać o pochodnych zabronionych produktów. Niektóre stosowane zagęstniki, emulgatory czy np. żelatyna mogą pochodzić od świni (Dziekan, 2020). Wszystkie te zasady oraz wykluczenia muszą być bardzo dobrze poznane przez dietetyka, aby w odpowiedni sposób i z pełnym poszanowaniem religii i kultury mógł on prowadzić dietę osoby wyznania muzułmańskiego. W Kościele Adwentystów Dnia Siódmego dieta wegetariańska jest zalecanym modelem żywieniowym stosowanym przez około połowę jego wyznawców. Kościół ten liczy aż 21 milionów ochrzczonych wyznawców w 235 krajach na świecie (*155th Report of the General Conference of Seventh-day Adventists for 2017*, 2019). Warto zauważyć, że pacjenci będący wyznania zalecającego diety bezmięsne będą charakteryzowali się różną częstością występowania chorób takich jak nowotwory jelita grubego czy nadciśnienie tętnicze w porównaniu z populacją polską. Niesie to potrzebę wdrożenia innych zaleceń żywieniowych u tych pacjentów (Le i Sabaté, 2014). Wegetarianie częściej są narażeni na niedobory składników odżywczych takich jak żelazo i witamina B12 ze względu na wykluczenie produktów odzwierzęcych. Pogłębia to potrzebę szczególnego zwrócenia uwagi na tę grupę przez dietetyka i dostosowanie odpowiedniego schematu

żywienia do potrzeb pacjenta (Pawlak, Berger i Hines, 2018; Pawlak, Parrott, Raj, Cullum-Dugan i Lucus, 2013).

Różnice w sposobie żywienia związane są nie tylko z przekonaniami religijnymi i kulturowymi, ale również z różną częstością występowania w poszczególnych krajach niektórych chorób dietozależnych. Przykładem może być choroba trzewna (celiakia). W Finlandii częstość występowania celiakii zwiększyła się znacząco w ostatnich dziesięcioleciach, a wzrost ten nie wynikał z lepszych metod diagnostycznych. Rozpowszechnienie tej jednostki chorobowej jest tu ponad dwukrotnie wyższe niż w ogólnej populacji europejskiej (Lohi i inni., 2007). Zwraca się więc uwagę, iż osoby przybywające z zagranicy będą, z różną i zależną od pochodzenia etnicznego częstością, potrzebowały wdrożenia odpowiedniej diety z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb (Mustalahti i inni., 2010).

Ważnym punktem w żywieniu i dobieraniu diet pod kątem dolegliwości u pacjenta jest częstość występowania nietolerancji laktozy u obcokrajowców. Przykładem może być populacja azjatycka, która charakteryzuje się bardzo dużym odsetkiem osób nietolerujących tego disacharydu – nawet do 87% populacji ogólnej (Goh, Mohd Said i Goh, 2018). Przedstawiciele tych regionów, przyjeżdżając do Polski, w znacznej większości będą potrzebowali wdrożenia i stosowania diety nisko – lub bezlaktozowej.

Różnice we wrażliwości na fruktozę i glukozę zauważa się pomiędzy różnymi grupami etnicznymi. U przedstawicieli fenotypu negroidalnego wartości te były znacznie wyższe w porównaniu z badaną grupą rasy białej. Z uwagi na te różnice dietetyk powinien zwrócić uwagę na zawartość szybko trawionych cukrów prostych z grupy FODMAP (Fermentable Oligosaccharides, Disaccharides, Monosaccharides And Polyols) w diecie osób

fenotypu negroidalnego (Goff, Whyte, Samuel i Harding, 2016). Również w populacji europejskiej pojawiają się różnice. Wyróżnić tu można popularnie występujący wśród ludności włoskiej „fawizm”, czyli niedobór enzymu – dehydrogenazy glukozy-6-fosforanowej. Choroba ta charakteryzuje się wystąpieniem niespecyficznych objawów takich jak ból głowy, gorączka, wymioty lub anemia po spożyciu przede wszystkim bobu, ale również i innych warzyw strączkowych (fasoli, grochu, ciecierzycy lub soczewicy) (Luzzatto i Arese, 2018).

Warto też zwrócić uwagę na to, że zmiany w zwyczajowo stosowanej diecie mogą doprowadzić do negatywnych konsekwencji zdrowotnych. Flagowym przykładem takiego stanu rzeczy są postępujące zmiany w sposobie żywienia Eskimosów grenlandzkich. Przeprowadzane badania wskazują, że w 1855 roku całkowite spożycie węglowodanów w tej grupie wynosiło zaledwie 2–8% całkowitej kaloryczności diety. Oznacza to, że standardowa dieta Eskimosa była dietą białkowo-tłuszczową. Do 1955 roku zauważono gwałtowny wzrost całkowitego spożycia węglowodanów przez Eskimosów – aż do 40% całkowitej energii (Bang, Dyerberg i Sinclair, 1980; Krogh i Krogh, 1913). Zwrócono również uwagę na aż 30-krotny wzrost spożycia rafinowanego cukru. Podczas badania stanu zdrowia Eskimosów grenlandzkich, z uwzględnieniem zmian w sposobie ich odżywiania, okazało się, że zachorowalność na miażdżycę uległa gwałtownemu wzrostowi. Badacze wiążą wzrost występowania typowych chorób przewlekłych takich jak nadciśnienie tętnicze, cukrzyca typu 2 czy choroba wieńcowa serca wśród Eskimosów, u których wcześniej choroby te były raczej sporadyczne, z gwałtowną zmianą w sposobie odżywiania tej grupy etnicznej (DiNicolantonio, 2016; DiNicolantonio i Lucan, 2014).

Wymienione wyżej różnice, wynikające nie tylko z wyboru, ale także z uwarunkowań

fizjologicznych, wpływają na konieczność poszerzenia wiedzy dietetyków. Nieumiejętne prowadzenie żywienia, przekształcanie diety wyłącznie w oparciu o polskie wytyczne lub niezastosowanie się do indywidualnych potrzeb pacjenta, może skutkować negatywnym wpływem diety na jego zdrowie.

Potrawy i techniki kulinarne charakterystyczne dla obcokrajowców, które polski dietetyk powinien znać

Na świecie istnieje ogromne zróżnicowanie produktów spożywczych takich jak zboża, sery, mięsa, przyprawy, warzywa i owoce. Tradycje kulinarne oraz rodzaj używanych produktów są nierozdzielnie związane z daną kulturą. Również sposób obróbki termicznej, przetwarzania danych produktów, może być różny na całym świecie. Różnice w spożywanej żywności oraz sposobie jej przetworstwa pierwotnie wynikały z uwarunkowań przyrodniczych. Kraje i miasta mające dostęp do morza charakteryzują się wysokim spożyciem ryb i owoców morza. W kuchni japońskiej króluje ryba spożywana na surowo (sushi, sashimi, nigiri), często z dodatkiem ryżu. Japończycy spożywają ogromną różnorodność ryb i owoców morza, których nie można pominąć podczas planowania ich diety. Szeroko pojęta kuchnia azjatycka charakteryzuje się szybkim przygotowywaniem dań metodą „stir-fry” (smażenie na tłuszczu w wysokiej temperaturze w krótkim czasie) z użyciem mięs/ryb/owoców morza/tofu z dodatkiem warzyw i takich przypraw jak sos sojowy, imbir, chilli, czosnek. Metoda „stir-fry” powoduje, że warzywa pozostają lekko zblanszowane i chrupiące, a mięsa i ryby idealnie przyrządzone. Ilość i jakość tłuszczów oraz rodzaje stosowanych przypraw można modyfikować, dzięki czemu tę metodę można również stosować w zdrowej zbilansowanej diecie. Warto również wspomnieć o występujących

w kulturze azjatyckiej zapachach. Ramen z Japonii, Pho z Wietnamu, Tom-Kha z Tajlandii czy Dhaal z Indii – takich dań nie można ominąć planując żywienie osób pochodzących z tych krajów. Zupy te gotowane są w różny sposób, z użyciem przypraw i dodatków dostępnych w Polsce, jednak niejednokrotnie nieznanymi Polakom. Fermentowana sojowa pasta (miso), galangal (odmiana imbiru), liście kaffir (liście limonki), sos rybny, pasty curry i wiele innych produktów to bogactwo witamin, minerałów i innych składników odżywczych, które dietetyk powinien znać, aby dostosować dietę dla osób z całego świata, jak również urozmaicać, wzbogacać i modyfikować dietę Polaka.

Indie to kraj o bardzo ciekawej kulturze kulinarnej, którego przedstawiciele coraz częściej na stałe rezydują w Polsce. Kuchnia indyjska charakteryzuje się brakiem w swoim składzie wołowiny (uwarunkowania religijne), najczęściej jest kuchnią wegetariańską ze względu na małą ilość zwierząt w stosunku do liczby ludności oraz na trudności z przechowywaniem produktów w odpowiednich warunkach chłodniczych (Mangalassary, 2016). Mięsem najczęściej spożywanym w Indiach, jeśli już pojawia się ono w menu, jest kurczak, jagnięcina oraz kozłina. Wegetariańskimi źródłami białka są ciecierzycy, soczewica, groch oraz ser paneer, który wytwarza się z mleka krowiego. Charakterystyczne dla kuchni indyjskiej jest stosowanie wielu bardzo ostrych przypraw, w których marynuje się składniki. Następnie dusi się je w gęstych sosach na bazie pomidorów, mielonych orzechów, śmietany lub mleka kokosowego albo piecze się w specjalnie przeznaczonych do tego piecach tandoor. Przygotowane w ten sposób dania spożywa się najczęściej z dodatkiem placków z mąki z soczewicy, pszennej, kukurydzianej lub z ryżem oraz warzywami. Tradycyjną kuchnię indyjską można modyfikować tak, aby była pełna smaku i aromatu, a równocześnie zgodna z zasadami zdrowego żywienia. Można

ją także dostosować do zaleceń diety lekkostrawnej – złagodzić smak, zmienić przyprawę oraz zrezygnować z tłustej śmietany na rzecz jogurtu (Dubey, 2011).

Różnic w sposobie żywienia oraz w występowaniu produktów i rodzajów potraw nie trzeba daleko szukać, ponieważ występują one w całej Europie. Przykładem mogą być tutaj kraje basenu Morza Śródziemnego takie jak Włochy czy Grecja. Stosowany w tych krajach schemat żywienia uwarunkowany jest tradycjami przekazywanymi od pokoleń, klimatem oraz godzinami pracy i sjestą (przerwą pomiędzy porannymi a wieczornymi godzinami pracy). Śniadania mieszkańców krajów śródziemnomorskich składają się zazwyczaj z rogalika bądź słodkiej bułki oraz kawy. Następnie w trakcie sjesty spożywają oni wczesny obiad – najczęściej pastę (makaron) lub sałatkę. Kolejny najobfitszy posiłek – kolacja – ma miejsce po zakończeniu pracy późnym wieczorem. Pojawia się tu mnogość dań zarówno rybnych, jak i mięsnych, którym zawsze towarzyszy mnogość warzyw i oliwa z oliwek oraz obowiązkowo wino. Bardzo często posiłkom wieczornym towarzyszy także przystawka oraz deser. Co ciekawe, taki schemat żywienia sprawia, że Włosi są drugim najzdrowszym krajem na świecie (Miller i Lu, 2019; Pounis i inni., 2016).

Kolejnym przykładem mogą być kraje Półwyspu Iberyjskiego, gdzie dieta także różni się od polskiej. Śniadaniem, podobnie jak u Włochów, jest coś słodkiego i kawa bądź tylko kawa. Obiad jest zazwyczaj dwudaniowy, w tym pierwsze danie to sałatka albo inna forma warzyw, a drugie stanowi mięso lub ryba. Dodatkowo do dań zazwyczaj jest tylko i wyłącznie pieczywo. Standardowym deserem w Hiszpanii i Portugalii są owoce – jest to zdrowy nawyk, który pozwala zaspokoić apetyt na słodkie niedużym kosztem kalorycznym i dodatkowo mnogością witamin i minerałów. Kolacje na Półwyspie Iberyjskim

spożywane są bardzo późno – między godziną 21.00 a 23:00 i składają się z wielu różnych dań, co sprawia, że są bardzo obfite. Dodatkowo w całym rejonie bardzo popularne są przekąski „tapas” występujące w barach i restauracjach, po które sięga się w trakcie posiłków, w czasie przerwy w pracy lub spotkań towarzyskich. Omawiając dietę Półwyspu Iberyjskiego warto również wspomnieć o portugalskim połączeniu mięsa i ryby, które powszechnie się tutaj spożywa. Jest to posiłek bogaty w białko, sycący i niezwykle popularny w tym rejonie. Schemat spożywania posiłków w krajach śródziemnomorskich, w tym krajach Półwyspu Iberyjskiego, nie jest zgodny z ogólnie przyjętym w Polsce. Jednak mnogość spożywanych warzyw (witaminy, minerały, błonnik, polifenole), ryb i owoców morza (kwasy omega-3) oraz grillowanych chudych mięs (pełnowartościowe białko) sprawia, że nawet późno zjedzona kolacja nie jest tak dużym obciążeniem dla organizmu (Miller i Lu, 2019; Saban-Ruiz i inni., 2017).

Schemat żywienia w różnych krajach europejskich znacząco różni się od standardowo zalecanego w gabinecie dietetycznym w Polsce. Nie oznacza to jednak, że taki rodzaj diety jest niezdrowy i nie można zastosować takiej strategii żywieniowej u osób przyjezdnych, ale także w dietach Polaków. Dlatego tak ważne jest, aby dietetyk w Polsce był dobrze, kierunkowo wykształcony i otwarty na różne rodzaje diet i produktów, a także na kuchnię z całego świata.

Kuchnie świata charakteryzują się mnogością produktów i potraw, których dietetyk często nie zna. W kontekście układania/korekty diety bardzo istotne jest, aby uwzględnić w niej wartości odżywcze tych produktów. Produkty, które na stałe pojawiły się na naszych półkach sklepowych, zazwyczaj zaopatrzone są w etykiety z wszystkimi najważniejszymi informacjami. Jednak najszybszym i najefektywniejszym sposobem będzie

wyszukiwanie niezbędnych informacji na temat danego produktu w międzynarodowych, sprawdzonych bazach danych, takich jak U.S. Department of Agriculture lub SELF Nutrition Data, oraz na polskich stronach takich jak www.ilewazy.pl lub www.tabele-kalorii.pl. Obcokrajowców żyjących w Polsce nie trzeba przedstawiać na polski model żywienia, można połączyć obie diety i starać się dojść do kompromisu, który będzie ukoronowaniem kultury i tradycji pacjenta, a także ciekawym wyzwaniem dla dietetyka. Food and Agriculture Organization (FAO) umieszcza na swojej witrynie internetowej wytyczne i zalecenia żywieniowe z krajów całego świata. Może to pomóc dietetykowi w planowaniu żywienia osoby z innego kraju.

Podsumowanie

Aby w obecnych czasach w pełni funkcjonować na rynku dietetycznym trzeba być otwartym na różne kultury, religie oraz kuchnie świata. Wraz ze wzrostem ruchów migracyjnych coraz więcej obcokrajowców na stałe osiada w Polsce. W związku z różną dostępnością produktów regionalnych, nieumiejętnością radzenia sobie z żywnością w obcym kraju oraz schorzeniami dietozależnymi, często potrzebują oni pomocy specjalisty. Aby dietetyk mógł współpracować z obcokrajowcem, musi znać specyfikę danej kultury oraz jej uwarunkowania żywieniowe lub wiedzieć, gdzie szukać informacji na ten temat. Wprowadzenie dodatkowych modułów tematycznych o wielokulturowości w procesie kształcenia dietetyków byłoby wskazane w celu ułatwienia współpracy międzynarodowej. Zaprezentowane przemyślenia staną się przyczynkiem do opracowania dogłębnych badań mających na celu analizę planów studiów pod względem wielokulturowości w dietetyce. Temat ten jest niezwykle ważny i wymaga poświęcenia mu większej uwagi zarówno podczas planowania tematyki zajęć

studentkich, jak i indywidualnego doszkolenia się dietetyków. 

Mgr Zuzanna Chrzastek – magister dietetyk, doktorantka w Klinice Geriatrii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Zuzanna stale poszerza swoją wiedzę i umiejętności pracując przy realizacji projektów naukowych oceniających wpływ żywienia na starzenie się ludzkiego organizmu. W pracy zawodowej zwraca przede wszystkim uwagę na edukację żywieniową i poszerzanie wiedzy pacjentów. Czynnice uczestniczy w życiu uczelni prowadząc zajęcia ze studentami. Nieustannie poszerza wiedzę i umiejętności uczestnicząc (także czynnie) w wielu kursach i konferencjach. Poza dietetyką i żywieniem jej zainteresowania to przede wszystkim jazda konna.

Afiliacja:

Klinika Geriatrii, Katedra Gerontologii
Uniwersytet Medyczny w Łodzi
e-mail: zuzanna.chrzastek@umed.lodz.pl

Dr n. o zdr. inż. Agnieszka Guligowska

– doktor nauk o zdrowiu, dietetyk, promotor zasad zdrowego odżywiania. Absolwentka warszawskiego SGGW i UŁ UMED w Łodzi. Obecnie w ramach projektów naukowych prowadzi w Klinice Geriatrii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi badania w zakresie wpływu diety na proces starzenia się organizmu ludzkiego. Członek towarzystw naukowych. Od 20 lat profesjonalnie zajmuje się dietoterapią. Pracując z pacjentem stosuje wyłącznie spersonalizowane podejście, łącząc doradztwo ze skuteczną edukacją. Ma wieloletnie doświadczenie w edukacji osób dorosłych. Prowadziła wykłady dla łódzkich uczelni wyższych, Uniwersytetów Trzeciego Wieku, domów kultury, stowarzyszeń i fundacji. Nieustannie pogłębia wiedzę i doskonali warsztat uczestnicząc w szkoleniach i konferencjach.

Afiliacja:

Klinika Geriatrii, Katedra Gerontologii
Uniwersytet Medyczny w Łodzi
e-mail: agnieszka.guligowska@umed.lodz.pl

Bibliografia

- 155th Report of the General Conference of Seventh-day Adventists for 2017 (2019). Pobrane z <https://documents.adventistarchives.org/Statistics/ASR/ASR2019.pdf>
- Badave, M. (2007). Kulinaryny Atlas Świata: Indie północne, południowe i środkowe, *Bezpłatny dodatek do Gazety Wyborczej*.
- Bang, H. O., Dyerberg, J. i Sinclair, H. M. (1980). The composition of the Eskimo food in north western Greenland, *American Journal of Clinical Nutrition*, 33(12), 2657-2661. doi:10.1093/ajcn/33.12.2657
- DiNicolantonio, J. J. (2016). Increase in the intake of refined carbohydrates and sugar may have led to the health decline of the Greenland Eskimos, *Open Heart*, 3(2), e000444. doi:10.1136/openhrt-2016-000444
- DiNicolantonio, J. J. i Lucan, S. C. (2014). The wrong white crystals: not salt but sugar as aetiological in hypertension and cardiometabolic disease, *Open Heart*, 1(1), e000167. doi:10.1136/openhrt-2014-000167
- Dubey, K. G. (2011). *The Indian Cuisine*. New Delhi: PHI Learning Private Limited.
- Dziekan, M. M. (2020). *Dzieje kultury arabskiej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Goff, L. M., Whyte, M. B., Samuel, M. i Harding, S. V. (2016). Significantly greater triglyceridemia in Black African compared to White European men following high added fructose and glucose feeding: a randomized crossover trial, *Lipids in Health and Disease*, 15(1), 145. doi:10.1186/s12944-016-0315-3
- Goh, L. H., Mohd Said, R. i Goh, K. L. (2018). Lactase deficiency and lactose intolerance in a multi-racial Asian population in Malaysia, *JGH Open*, 2(6), 307-310. doi:10.1002/jgh3.12089
- Kastoryano, R. (2018). Multiculturalism and interculturalism: redefining nationhood and solidarity, *Comparative Migration Studies*, 6(1), 17. doi:10.1186/s40878-018-0082-6
- Kondrat, K. (2015). Kuchnia jako sztuka przekazywania tradycji kulturowej. Idee, wartości, rozwiązania praktyczne, *Zeszyty Naukowe. Turystyka i Rekreacja*, 15(1), 10.
- Krogh, A. i Krogh, M. (1913). A study of the diet and metabolism of Eskimos undertaken in 1908 on an expedition to Greenland, *Medd Grenland*, 51, 1-52. Pobrane z <https://archive.org/details/meddelelseromgr511915denm/mode/2up>
- Le, L. T. i Sabaté, J. (2014). Beyond meatless, the health effects of vegan diets: findings from the Adventist cohorts, *Nutrients*, 6(6), 2131-2147. doi:10.3390/nu6062131
- Lohi, S., Mustalahti, K., Kaukinen, K., Laurila, K., Collin, P., Rissanen, H., . . . Mäki, M. (2007). Increasing prevalence of coeliac disease over time. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 26(9), 1217-1225. doi:10.1111/j.1365-2036.2007.03502.x
- Luzzatto, L. i Arese, P. (2018). Favism and Glucose-6-Phosphate Dehydrogenase Deficiency, *New England Journal of Medicine*, 378(1), 60-71. doi:10.1056/nejmra1708111
- Mangalassary, S. (2016). Indian cuisine—the cultural connection. In *Indigenous culture, education and globalization* (pp. 119-134): Springer.
- Mapy i dane statystyczne imigrantów i służb migracyjnych Polski. (2020). Pobrane z <https://migracje.gov.pl/>. Data dostępu: 10.07.2020
- Miller, L. J. i Lu, W. (Producer) (2019). These Are the World's Healthiest Nations. *Economics*.
- Mustalahti, K., Catassi, C., Reunanen, A., Fabiani, E., Heier, M., McMillan, S., . . . Mäki, M. (2010). The prevalence of celiac disease in Europe: results of a centralized, international mass screening project, *Annals of Medicine*, 42(8), 587-595. doi:10.3109/07853890.2010.505931
- Pawlak, R., Berger, J. i Hines, I. (2018). Iron Status of Vegetarian Adults: A Review of Literature, *American Journal of Lifestyle Medicine*, 12(6), 486-498. doi:10.1177/1559827616682933
- Pawlak, R., Parrott, S. J., Raj, S., Cullum-Dugan, D. i Lucus, D. (2013). How prevalent is vitamin B(12) deficiency among vegetarians? *Nutrition Reviews*, 71(2), 110-117. doi:10.1111/nure.12001
- Pounis, G., Castelnovo, A. D., Costanzo, S., Persichillo, M., Bonaccio, M., Bonanni, A., . . . Iacoviello, L. (2016). Association of pasta consumption with body mass index and waist-to-hip ratio: results from Moli-sani and INHES studies. *Nutrition & Diabetes*, 6(7), e218. doi:10.1038/nutd.2016.20
- Przyłęcki, P. (2017). Żydzi u lekarza, *Medycyna po Dyplomie*, 6, 73-82.
- Saban-Ruiz, J., Fabregate-Fuente, M., Fabregate-Fuente, R., Andres-Castillo, A., Palomino-Antolin, A., Barrio-Carreras, D., . . . Andres-Lacueva, C. (2017). Iberian Cured-Ham Consumption Improves Endothelial Function in Healthy Subjects, *Journal of Nutrition, Health & Aging*, 21(10), 1277-1283. doi:10.1007/s12603-016-0848-1
- Trapanowski, J. F. i Bloomer, R. J. (2010). The impact of religious fasting on human health, *Nutrition Journal*, 9, 57. doi:10.1186/1475-2891-9-57

Multiculturalism as a challenge for a dietitian

Abstract

Dietitian consultation with a patient mainly concerns his lifestyle and eating habits. Most often they result from family traditions or cultural conditions. Dietary recommendations and principles of diet therapy, which the dietitian gets acquainted with during the education process, are usually adapted to the traditional profile of the Pole. Meanwhile, the growing mobility between countries means that more and more people who have different cultural, philosophical, religious and physiological conditions may appear in the Polish dietary clinic. These types of challenges are becoming more and more common. The availability of food products from around the world in Polish stores is also increasing. On the one hand, it allows foreigners to make traditional dishes but also inspires the inhabitants of our country.

These challenges indicate the need to include in the process of educating dietitians a module covering knowledge about multiculturalism, cuisines of the world and religious principles influencing the way of eating. This will facilitate the development of alternative recommendations for patients from different cultural backgrounds, taking into account their eating habits.

It is also worth putting emphasis on learning foreign languages and deepening the ability to create nutritional recommendations for patients from other countries. This will allow us to overcome the difficulties resulting from multiculturalism.

Keywords: diet therapy, eating habits, cuisines of the world, multiculturalism.