

Nawyki żywieniowe kobiet hospitalizowanych z powodu chorób ginekologicznych – wybrane zagadnienia

Aleksandra Słowiecka¹

¹ Zakład Profilaktyki Chorób Układu Krążenia, Instytut Zdrowia Publicznego Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach

Słowiecka A. Nawyki żywieniowe kobiet hospitalizowanych z powodu chorób ginekologicznych – wybrane zagadnienia. Med. Og. Nauk Zdr. 2014; 20(3): 325–329. doi: 10.5604/20834543.1124666

Streszczenie

Wprowadzenie. Prawidłowe zachowania żywieniowe należą do jednych z najważniejszych elementów zdrowego stylu życia. W każdym okresie rozwoju i życia człowieka utrzymanie prawidłowej masy ciała warunkuje zachowanie zdrowia, w znacznym stopniu zapobiega lub opóźnia rozwój chorób, a nawet poprawa skuteczności leczenia i rehabilitacji. Błędy w sposobie odżywiania prowadzą do powstania licznych zaburzeń w funkcjonowaniu organizmu.

Cel pracy. Celem pracy było przedstawienie wybranych zagadnień nawyków żywieniowych kobiet hospitalizowanych z powodu chorób ginekologicznych.

Materiał i metody. W anonimowych badaniach uczestniczyło 210 kobiet w wieku od 18 do 73 lat. Terenem badań były cztery oddziały ginekologiczne. W badaniach zastosowano sondaż diagnostyczny i analizę dokumentów. Wykorzystano kwestionariusz ankiety i Kartę Badania Pielęgniarskiego według własnego opracowania. Do badań kwalifikowano pacjentki w oparciu o następujące kryteria: 1. przyczyna hospitalizacji z powodu choroby lub chorób narządu rodowego (wyłączono kobiety w ciąży i po poronieniach); 2. wiek, co najmniej 18 lat (osoby pełnoletnie); 3. czas trwania hospitalizacji w oddziale ginekologicznym, co najmniej trzy doby pobytu; 4. uzyskanie od pacjentki zgody na udział w badaniach.

Wyniki. Jedynie 21,4% kobiet oceniła swój sposób odżywiania jako zdrowy. Trzy główne posiłki regularnie spożywało 30,5% badanych. Jedynie u 36,7% analizowanej grupy respondentek występowała prawidłowa masa ciała.

Wnioski. 1. Nieprawidłową masę ciała stwierdzono u znacznej części badanej populacji; 2. Wraz z wiekiem zwiększał się odsetek kobiet otyłych i z nadwagą; 3. Większość badanych kobiet nie przestrzegała zasad zdrowego odżywiania; 4. Analizowane zwyczaje żywieniowe zależne były od poziomu wykształcenia respondentek.

Słowa kluczowe

kobiety, zwyczaje żywieniowe, wskaźnik masy ciała

WPROWADZENIE

Prawidłowe zachowania żywieniowe należą do jednych z najważniejszych elementów zdrowego stylu życia. Z tego względu, zagadnienia dotyczące sposobu odżywiania człowieka w zdrowiu i w chorobie stały się częstym przedmiotem badań specjalistów różnych dziedzin nauki. Z prezentowanych w piśmiennictwie danych wynika, że w każdym okresie rozwoju i życia jednostki utrzymanie prawidłowej masy ciała warunkuje zachowanie zdrowia, w znacznym stopniu zapobiega lub opóźnia rozwój chorób, a nawet poprawa skuteczność leczenia i rehabilitacji. W przypadku kobiet w ciąży, sposób odżywiania nie tylko wpływa na zdrowie matki, ale także warunkuje prawidłowy przebieg ciąży i rozwój płodu [1].

Błędy w sposobie odżywiania prowadzą do powstania licznych zaburzeń w funkcjonowaniu organizmu. Najczęstszym następstwem zaburzenia bilansu energetycznego, powstającego w wyniku przyjęcia nadmiernej ilości pokarmu przekraczającego ilość energii wydatkowanej, jest nadwaga lub otyłość, która zaliczana jest do czynników ryzyka wielu chorób przewlekłych, w tym nowotworów dietozależnych

[2, 3, 4, 5]. Otyłość zwiększa ryzyko wystąpienia nadciśnienia tętniczego, choroby niedokrwiennej serca, cukrzycy typu 2, chorób nowotworowych, chorób układu kostno-stawowego oraz nietrzymania moczu [2, 3, 6, 7, 8]. W doniesieniach wielu autorów wykazano zależność pomiędzy stanem zdrowia, rozwojem chorób, skutecznością postępowania rehabilitacyjnego i ryzykiem zgonu a wysokim wskaźnikiem Body Mass Index, który wykorzystywany jest w ocenie prawidłowej masy ciała [3, 4, 9, 10, 11, 12, 13]. Dlatego zapobieganie nadwadze i otyłości oraz redukcja masy ciała w przypadku stwierdzenia wymienionych stanów zostały przyjęte jako ważne elementy profilaktyki i leczenia chorób [6, 7, 12]. Należy zaznaczyć, że prawidłowy sposób odżywiania, dostosowany do potrzeb zmieniających się wraz z wiekiem, zapobiega rozwojowi chorób dietozależnych u osób młodych oraz chroni osoby starsze przed następstwami procesu starzenia się [14]. Wybrany składnikom pokarmowym (polifenole roślinne, karotenoidy) przypisuje się nawet potencjalne działanie przeciwnowotworowe [15].

Długość i jakość życia człowieka w znacznym stopniu zależy od preferowanych zachowań w zakresie sposobu odżywiania się, w tym od ilości i jakości spożywanej żywności. Poznanie nawyków żywieniowych kobiet jest niezbędnym warunkiem oceny ryzyka wystąpienia wielu przewlekłych chorób oraz podjęcia działań profilaktycznych i edukacyjnych ukierunkowanych na korygowanie zachowań w zakresie sposobu odżywiania.

Adres do korespondencji: Aleksandra Słowiecka, Zakład Profilaktyki Chorób Układu Krążenia, Instytut Zdrowia Publicznego Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach, ul. IX Wieków Kielc 19, 25-317 Kielce
E-mail: aleksaonet@op.pl

Nadesłano: 16 czerwca 2012 roku; Zaakceptowano: 26 maja 2014 roku

CEL PRACY

Celem pracy było przedstawienie wybranych zagadnień nawyków żywieniowych kobiet hospitalizowanych z powodu chorób ginekologicznych.

MATERIAŁ I METODY

W anonimowych badaniach uczestniczyło 210 kobiet w wieku od 18 do 73 lat. Terenem badań były cztery kieleckie oddziały ginekologiczne. Materiał gromadzono metodą sondażu diagnostycznego i analizy dokumentów. W badaniach wykorzystano narzędzia w postaci autorskiego kwestionariusza ankiety i Karty Badania Pielęgniarskiego. W Karcie wpisywano wyniki wybranych pomiarów instrumentalnych wykonywanych pacjentkom w dniu przyjęcia do szpitala, w tym wzrostu i masy ciała. Do badań kwalifikowano pacjentki w oparciu o następujące kryteria: pobyt w oddziale co najmniej 3 doby, hospitalizacja z powodu diagnozowania i/lub leczenia chorób ginekologicznych, osiągnięcie pełnoletniości, wyrażenie zgody na udział w badaniach. Ze względu na specyficzny charakter problemów zdrowotnych występujących u kobiet w ciąży, podjęto decyzję o wykluczeniu z badań wymienionej grupy pacjentek. U respondentek przestrzegano o czasie przeprowadzenia badania. Był on zróżnicowany i zależał od rodzaju zastosowanego leczenia, co ściśle wiązało się ze stanem zdrowia pacjentki. Kobiety po zabiegach operacyjnych objęte były badaniem między 4 a 6 dobą po operacji, natomiast pacjentki leczone zachowawczo, których hospitalizacja trwała dłużej niż 4 dni, badano w 3 dobie pobytu w oddziale. Przed przystąpieniem do badań uzyskano pisemną zgodę dyrektorów szpitali i ordynatorów oddziałów ginekologicznych na przeprowadzenie badań w wybranych placówkach. Dobór pacjentek do badań został dokonany na zasadach doboru celowego.

Badaną grupę stanowiły kobiety w wieku od 18 do 73 lat, średnia wieku wynosiła 45,5 lat. W strukturze wieku badanej populacji wyodrębniono następujące kategorie: ≤ 35 lat (21,9%), 36–45 lat (24,8%), 46–55 lat (37,6%) i ≥ 56 lat (15,7% kobiet). Blisko połowa respondentek miała wykształcenie średnie (52,4%). Odsetek kobiet z wykształceniem wyższym i podstawowym oraz zawodowym był identyczny i wynosił po 23,8%. Wśród badanych było 36,7% kobiet żyjących na wsi, 35,7% mieszkanki dużych miast (>100 tys. mieszkańców) oraz 27,6% mieszkanki miast do 100 tysięcy mieszkańców.

Oznaczono następujące parametry: samoocena sposobu odżywiania, regularność w spożywaniu trzech głównych posiłków w ciągu dnia oraz BMI. Zbadano zależności pomiędzy wskaźnikiem BMI kobiet, samooceną ich nawyków żywieniowych a wybranymi cechami demograficznymi badanej populacji, tj. poszczególnymi kategoriami wieku, wykształcenia i miejsca zamieszkania. Analizy statystyczne prowadzono przy użyciu pakietu statystycznego SPSS v.12 pl. Istotność różnic pomiędzy skategoryzowanymi (ze względu na miejsce zamieszkania, wiek i wykształcenie) grupami oceniano testem niezależności χ^2 . Za istotne statystycznie uznawano wartości statystyk dla $p < 0,05$.

WYNIKI

Z analizy danych ujętych w tabeli 1 wynika, że 40,5% badanych nie przywiązywało uwagi do sposobu odżywiania. Niewiele mniej kobiet, tj. 38,1% odżywiało się raczej niezdrowo. Jedynie 21,4% kobiet oceniła swój sposób odżywiania jako zdrowy. Nieistotne statystycznie różnice wystąpiły w rozkładzie odsetkowym badanych według wieku i miejsca zamieszkania. Wśród badanych wystąpiły istotne proporcje udziału w podziale na kategorie wykształcenia ($p < 0,05$). Kobiety z wykształceniem wyższym blisko dwukrotnie częściej odżywiały się zdrowo (26,0%) niż respondentki o najniższym poziomie wykształcenia (14,0%).

Z analizy danych zamieszczonych w tabeli 2 wynika, że trzy główne posiłki regularnie spożywało jedynie 30,5% badanych, natomiast 25,2% kobiet przyjmowało posiłki nieregularnie. Interesującym wydaje się fakt, że aż 44,3% respondentek (najliczniejsza grupa) wybrała odpowiedź „w miarę możliwości”. W tej kategorii odpowiedzi, największe różnice udziału kobiet wystąpiły między respondentkami z wykształceniem podstawowym i zawodowym (48,0%) a pacjentkami z wyższym wykształceniem (38,0%). Wykazano istotne związki zależnościowe między analizowaną cechą a wykształceniem badanych ($p < 0,05$). Wśród respondentek w podziale na kategorie wieku i miejsca zamieszkania nie stwierdzono istotnych różnic.

W ocenie stopnia nadwagi lub niedowagi kobiet posłużono się wskaźnikiem masy ciała według World Health Organization (Body Mass Index – BMI) [16]. Na podstawie wartości wskaźnika BMI badaną populację podzielono na 4 grupy: 1. z niedowagą (>20); 2. z normowagą (20–24,9); 3. z nadwagą (25–29,9); 4. z otyłością (≥ 30). Ze względu na brak danych

Tabela 1. Sposób odżywiania – badane kobiety według wieku, wykształcenia i miejsca zamieszkania

Sposób odżywiania się:	Grupy wieku w latach				Wykształcenie			Miejsce zamieszkania			Ogółem	
	≤ 35	36–45	46–55	≥ 56	pod. i zaw.	śred. i śred. policealne	wyższe, w tym licencjat	wieś	miasto ≤ 100 tys. mieszk.	miasto > 100 tys. mieszk.		
zdrowy	N	10	13	17	5	7	25	13	17	12	16	45
	%K	21,7	25,0	21,5	15,2	14,0	22,7	26,0	22,1	20,7	21,3	21,4
raczej niezdrowy	N	18	19	27	16	14	41	25	24	28	28	80
	%K	39,1	36,5	34,2	48,5	28,0	37,3	50,0	31,2	48,3	37,3	38,1
nie przywiązuje uwagi	N	18	20	35	12	29	44	12	36	18	31	85
	%K	39,1	38,5	44,3	36,4	58,0	40,0	24,0	46,8	31,0	41,3	40,5
Razem	N	46	52	79	33	50	110	50	77	58	75	210
	%K	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

$\chi^2 = 2,72$
DF = 6
p-n.i.

$\chi^2 = 12,23$
DF = 4
p < 0,05

$\chi^2 = 4,63$
DF = 4
p-n.i.

Tabela 2. Regularność spożywania głównych posiłków – badane kobiety według wieku, wykształcenia i miejsca zamieszkania

Regularność spożywania posiłków:		Grupy wieku w latach				Wykształcenie			Miejsce zamieszkania			Ogółem
		≤35	36–45	46–55	≥56	pod. i zaw.	śred. i śred. policealne	wyższe, w tym licencjat	wieś	miasto ≤100 tys. mieszk.	miasto >100 tys. mieszk.	
tak	N	15	12	25	12	10	42	12	22	17	25	64
	%K	32,6	23,1	31,6	36,4	20,0	38,2	24,0	28,6	29,3	33,3	30,5
nie	N	11	16	21	5	16	18	19	15	20	18	53
	%K	23,9	30,8	26,6	15,2	32,0	16,4	38,0	19,5	34,5	24,0	25,2
w miarę możliwości	N	20	24	33	16	24	50	19	40	21	32	93
	%K	43,5	46,2	41,8	48,5	48,0	45,5	38,0	51,9	36,2	42,7	44,3
Razem	N	46	52	79	33	50	110	50	77	58	75	210
	%K	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
		Chi ² = 3,76 DF = 6 p–n.i.				Chi ² = 12,83 DF = 4 p<0,05			Chi ² = 5,26 DF = 4 p–n.i.			

Tabela 3. Rozkład częstości występowania poszczególnych kategorii wskaźnika masy ciała – badane kobiety według wieku, wykształcenia i miejsca zamieszkania

BMI:		Grupy wieku w latach				Wykształcenie			Miejsce zamieszkania			Ogółem*
		≤35	36–45	46–55	≥56	pod. i zaw.	śred. i śred. policealne	wyższe, w tym licencjat	wieś	miasto ≤100 tys. mieszk.	miasto >100 tys. mieszk.	
niedowaga (<20)	N	9	2	–	–	1	6	4	2	4	5	11
	%K	26,5	8,0	–	–	3,1	9,4	12,5	4,7	9,5	11,6	8,6
normowaga (20–24,9)	N	22	11	9	5	11	26	10	15	20	12	47
	%K	64,7	44,0	18,0	26,3	34,4	40,6	31,3	34,9	47,6	27,9	36,7
nadwaga (25–29,9)	N	2	10	23	11	15	21	10	19	8	19	46
	%K	5,9	40,0	46,0	57,9	46,9	32,8	31,3	44,2	19,0	44,2	35,9
otyłość (≥30)	N	1	2	18	3	5	11	8	7	10	7	24
	%K	2,9	8,0	36,0	15,8	15,6	17,2	25,0	16,3	23,8	16,3	18,8
Razem	N	34	25	50	19	32	64	32	43	42	43	128
	%K	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* Dla 82 osób brak było danych w dokumentacji

w dokumentacji medycznej u części badanych (82 kobiety), wskaźnik BMI obliczono jedynie dla 128 respondentek. Stanowiły one 61,0% ogółu badanych.

Z danych zestawionych w tabeli 3 wynika, że 36,7% wskazanej grupy kobiet miało prawidłową masę ciała (normowagę). W tej kategorii analizowanej cechy udział kobiet najmłodszych (≤35 lat) były zdecydowanie wyższy (64,7%) niż respondentek w pozostałych klasach wieku: 36–45 lat – 44,0%, 46–55 lat – 18,0% i ≥56 lat – 26,3%. Uwzględniając poziom wykształcenia odsetki badanych były zbliżone, natomiast biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania największy udział kobiet z prawidłową wagą ciała wystąpił wśród mieszkanek miast do 100 tys. mieszkańców (47,6%), najniższy – w grupie mieszkanek dużych miast (>100 tys. mieszk.) – 27,9%.

Drugą grupę, także dość liczną (35,9%) stanowiły kobiety z nadwagą. Stwierdzono, że z wiekiem odsetek kobiet z nadwagą systematycznie rósł: ≤35 lat – 5,9%, 36–45 lat – 40,0%, 46–55 lat – 46,0%, ≥56 lat – 57,9% osób. Różnice udziału badanych w poszczególnych kategoriach wykształcenia były niewielkie, a ich udziały zbliżone. Zwraca uwagę zdecydowanie niższy udział mieszkanek miast do 100 tys. mieszkańców (19,0%) od mieszkanek wsi oraz dużych miast (>100 tys. mieszk.), gdzie odsetki były identyczne, tj. po 44,2% osób. Trzecią grupę tworzyły kobiety otyłe (18,8%), ich udziały były najwyższe wśród kobiet w wieku 46–55 lat (36,0%). W podziale na kategorie wykształcenia i miejsca zamieszkania odsetki kobiet otyłych były zbliżone. Czwartą, najmniejszą

grupę stanowiły kobiety z niedowagą (8,6%). Tutaj odsetki malały z wiekiem, przy braku udziału respondentek w dwóch ostatnich klasach wieku (46–55 lat i ≥56 lat). W kolejno następujących kategoriach wykształcenia i miejsca zamieszkania udziały kobiet z niedowagą rosły. Małe liczebności w poszczególnych kategoriach analizowanej cechy uniemożliwiły dokonanie oceny statystycznej.

DYSKUSJA

Poznanie zwyczajów żywieniowych ludności ułatwia określenie zagrożenia rozwoju i częstości występowania chorób przewlekłych. Dokonanie oceny wpływu określonego sposobu odżywiania na stan zdrowia człowieka warunkuje podjęcie adekwatnych działań profilaktycznych, terapeutycznych lub rehabilitacyjnych. W literaturze przedmiotu prezentowane są różne sposoby oceny nawyków żywieniowych ludności. Często analizie poddawany jest skład, ilość lub wartość odżywcza i/lub energetyczna stosowanych produktów, częstość spożywanych pokarmów oraz sposób przygotowywania potraw [1, 5, 11, 14, 17, 18, 19]. W niniejszej pracy przeprowadzono analizę nawyków żywieniowych kobiet w sposób nietypowy. W autorskim kwestionariuszu ankiety poproszono respondentki o dokonanie samooceny swojego sposobu odżywiania. Z danych zaprezentowanych w pracy wynika, że tylko czwarta część badanej populacji

odżywiała się w sposób zdrowy, a 30,5% kobiet regularnie spożywało posiłki. Jednocześnie zdecydowana większość badanych (78,6%) nie przywiązywała uwagi do sposobu odżywiania lub odżywiało się „raczej niezdrowo”, a 69,5% osób spożywało posiłki nieregularnie. W badaniach stwierdzono istotną zależność pomiędzy sposobem odżywiania się i regularnością spożywanych posiłków a poziomem wykształcenia badanych kobiet. Respondentki z wykształceniem wyższym istotnie częściej odżywiały się racjonalnie w porównaniu z kobietami o najniższym poziomie wykształcenia, częściej też regularnie spożywały główne posiłki. Można stwierdzić, że wzrost poziomu wykształcenia warunkował występowanie zdrowego sposobu odżywiania kobiet. T. Rusinowicz i wsp. na podstawie badań dotyczących wpływu standardowej edukacji na zmianę masy ciała u pacjentów z cukrzycą typu 2 wykazali potrzebę intensyfikacji działań edukacyjnych przez włączenie do niej edukatorów i dietetyków [7]. Z badań przeprowadzonych przez E. Tomiak wynika jednak, że jednorazowa porada profilaktyczna nie przynosi u pacjentów spodziewanych efektów. Według autorki, mimo udzielonych zaleceń profilaktycznych, w okresie dwóch lat większość wartości badanych parametrów uległa wzrostowi (średni wzrost BMI wzrósł o 1,233) [20]. Potrzebę zwiększenia zakresu edukacji żywieniowej wśród studentów wszystkich typów uczelni wskazały również M. Seń i wsp. Z prezentowanych danych wynika, że wśród badanych negatywną oceną sposobu odżywiania podało: 78% studentek Politechniki Wrocławskiej, 43% studentek Uniwersytetu Przyrodniczego i 42% studentek Akademii Medycznej [19]. W opinii autorek, brak wiedzy i mała świadomość żywieniowa, głównie wśród studentów Politechniki Wrocławskiej, może w przyszłości prowadzić u nich do nasilenia występowania chorób dietozależnych i ich powikłań [19]. Należy zatem przyjąć, że warunkiem uzyskania u dziewcząt i kobiet prozdrowotnych nawyków żywieniowych jest wdrożenie ogólnokrajowego programu edukacyjnego, który będzie realizowany w sposób ciągły.

Do oceny lub monitorowania stanu odżywiania i określenia prawidłowej masy ciała człowieka wykorzystywane są różne pomiary antropometryczne oraz wskaźniki [4, 12, 17, 21]. Jednym z nich jest wskaźnik wagowo-wzrostowy Body Mass Index (BMI), który mimo że nie odzwierciedla względnej zawartości tłuszczu w ciele [22], jest często stosowany w praktyce badawczej i klinicznej. W niniejszej pracy nieprawidłową masę ciała stwierdzono u 63,3% badanych kobiet, w tym nadwagę lub otyłość rozpoznano u 54,7% kobiet. Zbliżone wyniki otrzymano w ogólnopolskich badaniach reprezentacyjnych WOBASZ, realizowanych w latach 2003–2005. Z doniesień autorów wynika, że BMI powyżej 25 kg/m² miało 50,3% kobiet, w tym nadwagę stwierdzono u 27,9% kobiet (BMI od ≥ 25 do < 30), otyłość rozpoznano u 20,2% kobiet (BMI od ≥ 30 do < 40), a otyłość znaczną (BMI ≥ 40) miało 2,2% kobiet [3]. Należy zaznaczyć, że badaniem objęto 7 088 kobiet w wieku od 20 do 74 lat, które otrzymały zaproszenie i pozytywnie przeszły kwalifikację do badań [3].

Wyższe wartości danych, dotyczących rozpowszechnienia otyłości uzyskali W. Stelmach i wsp. W grupie badanych osób w podeszłym wieku, BMI powyżej 30 kg/m² stwierdzono u 63,4% kobiet [24]. Narastanie wartości BMI u osób po 55. roku życia wykazali także E. Kozak-Szkopek i wsp. Wśród uczestników badań w szóstej dekadzie życia, BMI ≥ 25 stwierdzono u 65,8% kobiet [25]. Jeszcze wyższe udziały odsetkowe kobiet z nadwagą uzyskała E. Rębacz. Spośród

badanych mieszkańców Szczecina w wieku powyżej 50 lat, aż 82,5% kobiet miało zbyt dużą masę ciała [26]. Również autorzy badania LIPIDOGRAM 2004 uzyskali wysoki odsetek kobiet z nieprawidłową masą ciała. W badanej populacji, którą stanowili pacjenci z terenu 16 województw Polski, zgłaszający się do 675 wybranych losowo publicznych i niepublicznych placówek poradni lekarza rodzinnego, nadwagę miało 39,16% kobiet, a otyłość rozpoznano u 31,22% pacjentek [12]. Podobne wyniki otrzymali także TB. Kulik i wsp., tutaj nadwagę lub otyłość stwierdzono u 79% kobiet. Uwzględniając klasy wieku najlicniejszą grupą osób otyłych tworzyły najstarsze badane (> 60 roku życia) – 46,8% [27]. W omawianym problemie niższe wartości danych otrzymali A. Stefańska i wsp. Wśród 80 klinicznie zdrowych kobiet, zgłaszających się w ramach programu „Menopauza”, otyłość lub nadwagę stwierdzono u 45% badanych [10]. Natomiast J. Wołos i wsp., autorzy badań, których celem było określenie częstości występowania wybranych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego wykazali, że wśród 182 studentek lubelskich uczelni wyższych w wieku 18–28 lat, nadwagę stwierdzono jedynie u 5,0% kobiet, a BMI > 30 miało 0,6% badanych [11]. Niskie wartości danych analizowanego zjawiska uzyskała także E. Wójtowicz, według której wśród rodziców studentów I roku studiów dziennych AWF-u w Gdańsku (osoby w wieku 38–78 lat) otyłość stwierdzono jedynie u 7,3% kobiet [2].

W podsumowaniu należy stwierdzić, że w prezentowanych wynikach badań, udział kobiet otyłych i z nadwagą był bardzo zróżnicowany. Prawdopodobnie wynikało to z faktu odmiennego sposobu przedstawiania danych i przyjęcia specyficznych kryteriów doboru badanej populacji. Dlatego w szczegółowej analizie omawianego zjawiska powinno się uwzględniać: cechy demograficzno-społeczne badanej populacji, stan zdrowia uczestników badań, ewentualnie rodzaj podstawowej jednostki chorobowej i/lub chorób współistniejących. Należy także podkreślić, że jednym z problemów zgłaszanych przez specjalistów jest zjawisko polegające na wzroście częstości występowania otyłości i nadwagi wraz z wiekiem badanych. Fakt ten potwierdziła również B. Babiarczyk, według której masa ciała wzrasta u kobiet do około 60. roku życia, a w przypadku mężczyzn – do 50. roku życia, a następnie zaczyna się zmniejszać. Z doniesień autorki wynika, że „zmniejszenie masy ciała następuje głównie poprzez utratę wody i masy mięśniowej” [21]. W polskim i zagranicznym piśmiennictwie istnieje wiele publikacji podejmujących problem nieprawidłowych zachowań w zakresie odżywiania jako jeden z czynników ryzyka zwiększenia masy ciała. Wydaje się, że monitorowanie rozpowszechnienia otyłości i nadwagi stanowi ważny element analizy sytuacji zdrowotnej ludności i oceny wpływu wymienionych stanów na występowanie niepełnosprawności, chorób i zgonów [8, 28].

WNIOSKI

1. Nieprawidłową masę ciała stwierdzono u znacznej części badanej populacji.
2. Wraz z wiekiem zwiększał się odsetek kobiet otyłych i z nadwagą.
3. Większość badanych kobiet nie przestrzegała zasad zdrowego odżywiania.
4. Analizowane zwyczaje żywieniowe zależne były od poziomu wykształcenia respondentek.

PIŚMIENICTWO

- Myszkowska-Ryciak J, Gurtatowska A, Harton A, Gajewska D. Poziom wiedzy żywieniowej a wybrane aspekty sposobu żywienia kobiet w okresie ciąży. *Probl Hig Epidemiol.* 2013; 94 (3): 600–604.
- Wójtowicz E. Pleć, wiek, wykształcenie, samoocena stanu zdrowia, aktywność fizyczna a prawdopodobieństwo wystąpienia otyłości. *Med Sport.* 2008; 24 (6): 385–395.
- Biela U, Pająk A, Kaczmarczyk-Chałas K, Głuszek J, Tendera M, Waśkiewicz A i wsp. Częstość występowania nadwagi i otyłości u kobiet i mężczyzn w wieku 20–74 lat. Wyniki programu WOBASZ. *Kardiologia Pol.* 2005; 63 (supl. 4): 51–54.
- Karolkiewicz J, Pilaczyńska-Szcześniak Ł, Eleganćzyk-Kot H, Nowak A, Kasprzak Z, Lawendowska M. Wskaźnik masy ciała a insulinooporność oraz parametry stresu oksydacyjnego u kobiet w podeszłym wieku. *Gerontol Pol.* 2009; 17 (2): 64–70.
- Dydjow-Bendek D, Ejsmont J. Sposób żywienia a ryzyko wystąpienia chorób nowotworowych. *Probl Hig Epidemiol.* 2010; 91 (4): 618–622.
- Wilanowska A, Sobczuk A. Otyłość u kobiet zakwalifikowanych do badania urodynamicznego. *Prz Menopauz.* 2007; 6 (4): 204–207.
- Rusinowicz T, Gromek M, Olędzka-Oręziak M, Życińska K, Wardyn KA. Wpływ standardowej edukacji na zmianę masy ciała u pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych w Poradni Chorób Metabolicznych. *Fam Med Prim Care Rev.* 2009; 11 (3): 476–478.
- Snih SA, Ottenbacher KJ, Markides KS, Kuo Y-F, Eschbach K, Goodwin JS. The Effect of Obesity on Disability vs Mortality in Older Americans. *Arch Intern Med.* 2007; 167 (8): 774–780.
- Jasiak-Tyrkalska B, Frańczuk B, Jaworek J, Mosurska D. Wskaźnik masy ciała (BMI) a skuteczność postępowania rehabilitacyjnego w zmianach zwyrodnieniowych stawu kolanowego. *Ortop Traumatol Rehabil.* 2004; 6 (4): 467–471.
- Stefańska A, Odrowąż-Sypniewska G, Senterkiewicz L. Wpływ masy ciała na nasilenie stanu zapalnego u zdrowych kobiet w okresie okołomenopauzalnym i pomenopauzalnym. *Endokrynol Otyłość* 2006; 2 (4): 122–128.
- Wołos J, Tarach JS, Klatka M. Występowanie otyłości i środowiskowych czynników ryzyka miażdżycy w grupie studentów uczelni wyższych w Lublinie. *Endokr Otyłość* 2009; 5 (2): 66–72.
- Szczepaniak-Chicheł L, Mastej M, Józwiak J, Lukas W, Piwowarska W, Konduracka E i wsp. Występowanie nadciśnienia tętniczego w zależności od masy ciała w populacji polskiej – badanie LIPIDOGRAF 2004. *Nadciśn Tętn.* 2007; 11 (3): 195–204.
- Bukszińska-Lisik M, Lisik W, Zaleska T. Otyłość – choroba interdyscyplinarna. *Przew Lek.* 2006; 1: 72–77.
- Gogojewicz A, Kasprzak Z, Pilaczyńska-Szcześniak Ł. Ocena sposobu odżywiania się kobiet aktywnych fizycznie w wieku 20–40 lat. *Bromat. Chem. Toksykol.* 2012, XLV, 3: 439–445.
- Zalega J, Szostak-Węgierek D. Żywność w profilaktyce nowotworów. Część I. Polifenole roślinne, karotenoidy, błonnik pokarmowy. *Probl Hig Epidemiol.* 2013; 94 (1): 41–49.
- Measuring obesity – classification and description of anthropometric data. Copenhagen; WHO Regional Office for Europe Nutrition Unit. WHO: EUR/ICP/NUT, 1988, 125.
- Grygiel-Górniak B, Przysławski J, Stelmach M, Grzymisławski M, Chuchracki M, Mosor M i wsp. Żywieniowe czynniki ryzyka aterosklerozy w grupie otyłych kobiet po menopauzie z hipercholesterolemią. *Probl Hig Epidemiol.* 2010; 91(4): 537–543.
- Friedrich M. Żywieniowa modyfikacja składu ciała i lokalizacji tkanki tłuszczowej u otyłych kobiet w okresie menopauzalnym. *Prz Lek.* 2007; 64 supl. 4: 19–23.
- Seń M, Zacharczuk A, Lintowska A. Zachowania żywieniowe studentów wybranych uczelni wrocławskich a wiedza na temat skutków zdrowotnych nieprawidłowego żywienia. *Piel Zdr Publ.* 2012; 2, 2: 113–123.
- Tomiak E. Badanie profilaktyczne chorób układu krążenia w praktyce lekarza rodzinnego – porównanie wartości wybranych parametrów po średnio dwóch latach od porady. *Probl Med Rodz.* 2008; 10(2): 87–91.
- Babiarczyk B. Monitorowanie stanu odżywienia osób starszych hospitalizowanych na oddziałach oraz w zakładach opieki krótko- i długoterminowej. *Gerontologia Polska* 2008; 16 (1): 18–24.
- Sempolska K, Stupnicki R. Relative fat content in young women with normal BMI but differing in the degree of physical activity. *Rocz Państ Zakł Hig.* 2007; 58 (1): 333–338.
- Rywik S, Kupść W, Piotrowski W, Broda G, Piwoński J, Kurjata P i wsp. Wielośrodowe ogólnopolskie badanie stanu zdrowia ludności – projekt WOBASZ. Założenia metodyczne oraz logistyka. *Kardiologia Polska* 2005; 63, 6 (supl. 4): 51–59.
- Stelmach W, Bielecki W, Bryła M, Kaczmarczyk-Chałas K, Drygas W. Wpływ czynników socjoekonomicznych, stylu życia i odczuwania stresu na występowanie otyłości u ludzi w wieku poprodukcyjnym. *Wiad Lek.* 2005; LVIII, 9–10: 481–490.
- Kozak-Szkopek E, Baraniak J, Mieczkowska J. Rozpowszechnienie czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca w szóstej dekadzie życia. *Gerontol Pol.* 2006; 14(1): 18–24.
- Rębacz E. Wskaźniki BMI i WHR u mieszkańców Szczecina w wieku powyżej 50 lat. *Gerontol Pol.* 2008; 16(1): 47–50.
- Kulik TB, Jaworska J, Stefanowicz A, Rudnicka-Drożak E. Ocena występowania nadwagi i otyłości w populacji powiatu staszowskiego. W: ID Karwat. *Epidemiologia chorób niezakaźnych w Polsce, ich następstwa zdrowotne i społeczne.* Definiowanie i nazewnictwo niepełnosprawności. Lublin: Wyd. Liber; 2005: 229–236.
- Flegal KM, Kit BK, Orpana H, Graubard BI. Association of All-Cause Mortality With Overweight and Obesity Using Standard Body Mass Index Categories: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA.* 2013; 309 (1): 71–82.

Dietary habits among women hospitalised because of gynaecological diseases – chosen issues

Abstract

Introduction: Correct dietary habits belong to the most important elements of a healthy lifestyle. Keeping the proper body mass in every period of human development and life is a condition of retaining health. It also prevents or retards development of diseases and even improves efficiency of treatment and rehabilitation. The wrong diet leads to occurrence of many disturbances in the functioning of an organism.

Object of the study: The object of this paper is to present selected issues concerning dietary habits of women hospitalised because of gynaecological diseases.

Material and methods: The anonymous research included 210 women aged from 18 to 73. The field of research was four gynaecological departments. In the research the method of diagnostic survey and the analysis of documents were used. Specially prepared survey questionnaire and Nurse's Examination Form were used as the research tools. Patients were selected for the study on the basis of the following criteria: 1. the cause of hospitalisation was a disease or diseases of the genital organ (pregnant patients and those after miscarriage were excluded); 2. age, at least 18 years (adult patients); 3. the time of hospitalisation at the gynaecological ward was at least three days; 4. the patient expressed her consent to participate in the study.

Results: Only 21.4% of the women assessed their diet as healthy. The three main meals were regularly eaten by 30.5% of the respondents. Only 36.7% of the surveyed group had a proper body mass.

Conclusion: 1. An incorrect body mass was found in a large part of the surveyed population; 2. The percentage of obese and overweight women has increased with age; 3. Most surveyed women did not follow principles of healthy diet; 4. The analyzed dietary habits depended on the respondents' level of education.

Key words

women, food habits, Body Mass Index