

*Anna Broniecka, Joanna Wyka*

## STYL ŻYCIA I STAN ZDROWIA KOBIEC

Katedra Żywnienia Człowieka Wydziału Nauk o Żywności

Uniwersytetu Przyrodniczego we Wrocławiu

Kierownik: dr hab. *M. Bronkowska*

Słowa kluczowe: kobiety, zwyczaje żywieniowe, aktywność fizyczna, otyłość, jakość życia, zespół metaboliczny, psychologia żywienia.

Key words: women, dietary habits, physical activity, obesity, quality of life, metabolic syndrome, psychology of nutrition.

Styl życia, na który składają się zarówno sposób żywienia, aktywność fizyczna, jak i palenie papierosów oraz picie alkoholu, determinuje zdrowie. Prozdrowotna modyfikacja stylu życia jest wielkim wyzwaniem dla Polski, jako kraju, w którym problem chorób żywieniowo zależnych stał się zagadnieniem ważnym w dziedzinie epidemiologii żywienia. Niezbędna jest profilaktyka żywieniowa i kreowanie prozdrowotnych wzorców zachowań żywieniowych, które będą skierowane do określonych grup ludności, biorąc pod uwagę płeć i wiek. Pozwoli to ograniczyć lub nawet wykluczyć ryzyko wystąpienia niektórych metabolicznych chorób cywilizacyjnych (1).

Kobiety, ze względu na pełnione funkcje społeczne, powinny być otoczone szczególną opieką. Począwszy od lat młodzieńczych, w czasie których kształtują się zarówno postawy życiowe, jak i nawyki żywieniowe, przez okres ciąży i laktacji, kończąc na trudnym dla wielu kobiet okresie około- i pomenopauzalnym. Skład diety kobiet powinien być dobrany tak, aby chronił organizm przed ryzykiem wystąpienia chorób takich jak: otyłość, choroby układu sercowo-naczyniowego, osteoporoza, nowotwory hormonozależne. Zbilansowane żywienie w znacznym stopniu decyduje o zachowaniu dobrej kondycji fizycznej i umysłowej (2, 3). Przeanalizowano wyniki badań z lat 2000–2011 dotyczące sposobu odżywiania się kobiet, stanu zdrowia, jakości życia, a także zagrożeń zdrowotnych spowodowanych nieprawidłowym stylem życia. Na podstawie zebranego materiału (27 prac oryginalnych i 4 prace przeglądowe), stwierdzono, że badania były prowadzone w grupach o różnej liczebności (od 37 do 35367 osób), a stosowane metody i kryteria oceny sposobu żywienia oparte były na wywiadzie z ostatnich 24 godz. przed badaniem lub metodzie częstotliwościowej (5, 7, 8, 10, 13, 15, 18, 20, 22, 28–31, 34). Do oceny poziomu aktywności fizycznej, stosowania używek, jakości życia kobiet z nadmierną masą ciała wykorzystano kwestionariusze z pytaniami zamkniętymi lub otwartymi (1, 5, 12, 15, 17, 18, 24, 35).

## SPOSÓB ŻYWIENIA, JAKO ELEMENT STYLU ŻYCIA KOBIEC

Nawyki żywieniowe są jedną ze składowych sposobów żywienia, na który wpływ mają w zależności od wieku, m.in. styl życia, status socjoekonomiczny, pochodzenie, wykształcenie, media. Nawyk żywieniowy wg słownika pojęć żywieniowych rozumiany jest jako zachowanie żywieniowe utrwalone w wyniku powtarzania się (4).

W badaniu WOBASZ (Wieloośrodkowe Badania Stanu Zdrowia Ludności) (5), przeprowadzonym wśród 13 545 Polaków w wieku 20–74 lat, oceniono wartość energetyczną i odżywczą racji pokarmowej oraz częstość spożycia produktów. Średnia wartość energetyczna dziennej racji pokarmowej wśród kobiet wynosiła 1681 kcal i była poniżej normy przewidzianej dla dorosłych kobiet (1900–2300 kcal) (6). Wykazano jednocześnie, że tłuszcze dostarczały średnio 35% energii całodziennej racji pokarmowej i wartość ta była wyższa od zaleceń (5). Wielkość spożycia wybranych produktów porównano z dziennymi modelami racji pokarmowych proponowanymi przez *Turlejską* i współpracowników (7). Spożycie produktów mięsnych, drobiu i wędlin wśród badanych kobiet było prawidłowe i zgodne z modelową racją pokarmową (142 g vs. 145 g). Konsumpcja ryb była jednak znacznie poniżej zalecanego spożycia (15 g vs. 30 g) (8). Średnie spożycie owoców i warzyw wśród uczestników badania WOBASZ było z kolei zbliżone do wartości prawidłowej (398 g vs. 400 g) (8). Podobne wyniki, wyrażone w liczbie porcji, uzyskali *Millen* i współpracownicy (3). Średnie spożycie produktów mięsnych i ryb w grupie 2500 badanych przez nich obywateli Stanów Zjednoczonych w wieku 18–76 lat wynosiło 1,6 porcji – przy zalecanych 2 porcjach, natomiast spożycie mleka i produktów mlecznych – 2,1 porcji przy zalecanych 2–3 porcjach. Spożycie warzyw i owoców natomiast wynosiło odpowiednio 3,9 i 3,3 porcji (3). Niższe spożycie warzyw i owoców charakteryzowało natomiast grupę 523 kobiet, które wzięły udział w badaniach *Baker* i *Wardle* (9). Średnie spożycie tych produktów wyniosło 3,47 porcji dziennie, przy założeniu, że 33,3% badanych deklaruje spożywanie przynajmniej 5 porcji dziennie (9).

*Bolesławska* i *Przysławski* (10) badali sposób żywienia kobiet w dwóch grupach wiekowych: grupa 1 – 417 kobiet w wieku 25–39 lat oraz grupa 2 – 594 kobiet w wieku 40–65 lat. Stwierdzili, że wartość energetyczna całodziennych racji pokarmowych kobiet biorących udział w badaniu wynosiła średnio 2076 kcal w grupie 1 i 2054 kcal w grupie 2, a zatem mieściła się w normie przewidzianej dla dorosłych kobiet (6). Podaż błonnika pokarmowego natomiast kształtowała się na poziomie 18 g/dzień, co było znacznie poniżej zalecanych 27–40 g/dzień (6, 10).

W badaniach *Stefańskiej* i współpracowników (11), w których wzięło udział 346 mieszkanki Białegostoku w wieku 18–79 lat, zapytano o częstotliwość spożywania poszczególnych posiłków. Grupę dodatkowo podzielono na podgrupy: kobiet z prawidłową (41,9%) i nadmierną masą ciała (58,1%). Na podstawie uzyskanych odpowiedzi, wykazano, że 44,1% kobiet z prawidłową masą ciała i 40,8% kobiet z BMI powyżej 25 kg/m<sup>2</sup> spożywała trzy posiłki dziennie, a optymalny model spożywania 5 posiłków dziennie realizowało 10% kobiet z prawidłową masą ciała i 22% kobiet z nadwagą lub otyłością (11). Wyższe wyniki uzyskała *Ilow* i współpracownicy (12). Wśród badanych 502 kobiet w wieku 40 lat, mieszkanki Wrocławia, 54% deklaruje spożywanie trzech posiłków dziennie, natomiast zalecaną liczbę 4–5 posiłków spożywało ok. 23%. W tym samym badaniu zapytano kobiety o częstotliwość spożywania

I śniadania. Codziennie spożywało je 79,1% kobiet, nigdy nie spożywało – 9% (12). Mniejszy odsetek spożycia I śniadania stwierdzili *Lange* i współpr. (13), wśród 175 warszawianek w wieku 20–65 lat. Codzienne spożycie tego posiłku deklarowało ok. 67% kobiet, natomiast codzienne podjadanie między posiłkami deklarowało ok. 20% kobiet. W badaniach *Iłowa* (12) i *Stefańskiej* (11) codzienne podjadanie stwierdzono odpowiednio wśród 26,7% i prawie 60% badanych. Zbliżone wyniki uzyskały *Brewer* i współpr. (14), w badaniach których, niemal 400 kobiet rasy kaukaskiej i 580 Afroamerykanek w wieku 35–49 lat zapytano m.in. o nawyk podjadania. Codzienne jedzenie między posiłkami deklarowało 30% Afroamerykanek i 25% kobiet rasy kaukaskiej (14). W ogólnopolskich badaniach, które zostały przeprowadzone przez Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) wśród 31500 osób dorosłych w wieku 15 lat i więcej w 2009 r. (15), zawarto pytanie o nawyk podjadania między posiłkami. Codziennie chrupki/czipsy jadło 14% respondentów, pieczywo cukiernicze – 24%, a owoce – 34% (15). Oprócz oceny sposobu żywienia, oceniano także elementy stylu życia wpływające na rozwój nadwagi i otyłości, w tym również aktywność fizyczną. Wśród 31500 dorosłych Polaków powyżej 15 roku życia, ok. 23% badanych deklarowało regularny wysiłek fizyczny traktując go, jako najważniejsze działanie prozdrowotne (1). Z danych Głównego Urzędu Statystycznego z 2009 r. (16) wynika natomiast, że ponad 25% respondentów wykonywało czynności wymagające dużego wysiłku przeciętnie przez prawie 2 godz. dziennie, przy czym kobiety były aktywne fizycznie przez 1 godz. i 20 min dziennie. Najczęstszą formą wysiłku był spacer. Około 77% kobiet w wieku 30–69 lat deklarowało codzienne spacerowanie lub chodzenie przez 64 min (16). Blisko 23% uczestniczek badania WOBASZ (17) deklarowało codzienne wykonywanie ćwiczeń trwających przynajmniej 30 min. Około 37% kobiet biorących udział w badaniu nie wykonywało jednak jakichkolwiek ćwiczeń fizycznych w czasie wolnym od pracy czy nauki, a 43% kobiet odznaczało się małą aktywnością fizyczną w czasie pracy (17). W badaniach przeprowadzonych przez *Kalupe* (18), wśród 1037 mieszkańców Poznania i dawnego województwa poznańskiego, 18,9% kobiet czas wolny spędzało przed telewizorem, czytając książki, czasopisma lub słuchając muzyki. Spacerowało 13,8% badanych, a jeździło na rowerze – 9,5% kobiet. W europejskich badaniach przeprowadzonych przez *Simpson* i współpr. (19) wśród 387 mieszkańców Francji, Włoch i Wielkiej Brytanii, w tym wśród 191 kobiet w wieku 55–87 lat, średnia tygodniowa aktywność fizyczna w tej grupie wyniosła 2,8 godz. Aktywność ta obejmowała zarówno prace fizyczne w czasie wolnym od pracy, takie jak: chodzenie po schodach, pielęgnowanie ogródka, sprzątanie czy zajmowanie się dziećmi, jak i aktywność w czasie pracy (19).

Wśród czynników stylu życia wpływających na stan zdrowia, poza prawidłowym odżywianiem i aktywnością fizyczną, wymienia się także nałóg palenia papierosów i picie alkoholu. Z danych GUS z 2009 r. (16) wynika, że udział kobiet palących tytoń codziennie, zmniejszył się od 2004 r. o 1 punkt procentowy, z 19% do 18%, jednak 37% ogółu palących kobiet deklaruje mocne uzależnienie definiowane, jako palenie co najmniej 20 papierosów dziennie. Udział kobiet palących okazjonalnie szacuje się na ok. 5%, natomiast niepalących na blisko 77% (16). W populacji badania WOBASZ (20) nałóg palenia wykazano wśród 25% kobiet, a średnia liczba wypalanych przez nie papierosów wyniosła 14 sztuk dziennie. Wśród byłych palaczy

– 8% stanowiły kobiety, zaś 67% z nich deklarowało niepalenie (20). Większy odsetek osób niepalących charakteryzował grupę badanych przez *Simpson* i współpr. (19). Niepalenie deklarowało 92% respondentów, a niepicie alkoholu 17,2%. Z danych GUS z 2009 roku (16) wynika, że całkowitą abstynencję zadeklarowało 34% badanych kobiet, a odsetek pijących alkohol zmniejszył się z ok. 67% w 2004 r. do 65% w 2009 r. Częściej niż raz w tygodniu piło natomiast 3% kobiet, raz w miesiącu lub rzadziej – prawie 46,5% (16).

### ZESPÓŁ METABOLICZNY, JAKO KONSEKWENCJA NIEPRAWIDŁOWEGO ODŻYWIANIA I INNYCH ELEMENTÓW STYLU ŻYCIA KOBIEC

Z danych WHO z 2008 r. wynika, że na świecie nadmierną masę ciała stwierdza się u 1,5 miliarda osób powyżej 20 roku życia, z czego ponad 200 mln mężczyzn i prawie 300 mln kobiet jest otyłych. Jednocześnie 65% światowej populacji żyje w krajach, w których nadwaga i otyłość są przyczynami zgonów większej liczby ludzi niż niedożywienie (21). Z danych GUS w Polsce wynika, że od 2004 r. populacja dorosłych kobiet z nadwagą i otyłością zwiększyła się o 5 punktów procentowych. W 2009 r. prawie 45% dorosłych kobiet posiadało nadmierną masę ciała (29% miało nadwagę, a 15% było otyłych) (16). Nieznacznie niższe wyniki uzyskano w badaniu WOBASZ (22), przeprowadzonym w grupie 13 545 osób w wieku 20–74 lat. Nadwagą charakteryzowało się 27,9%, a otyłością – 20,2% kobiet (22).

Tab e l a I. Kryteria diagnostyczne zespołu metabolicznego wg IDF i NCEP-ATP III (2, 25)

Tab l e I. The diagnostic criteria for metabolic syndrome by IDF and NCEP-ATP III (2, 25)

Rozpoznanie zespołu metabolicznego wymaga stwierdzenia	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Istnienia otyłości brzusznej (występującej, gdy obwód talii wśród mężczyzn <math>\geq 102</math> cm, a wśród kobiet <math>\geq 88</math> cm) oraz</li> <li>• Dwóch spośród poniższych kryteriów:</li> </ul>	
Podwyższenie stężenia glukozy na czczo	$\geq 100$ mg/dl (5,6 mmol/dm <sup>3</sup> ) lub uprzednio stwierdzona cukrzyca typu 2
Obniżenie stężenia cholesterolu HDL	Mężczyźni $< 40$ mg/dl (0,9 mmol/dm <sup>3</sup> ) Kobiety $< 50$ mg/dl (1,3 mmol/dm <sup>3</sup> )
Wzrost ciśnienia tętniczego	Skurczowego $\geq 130$ mmHg lub Rozkurczowego $\geq 85$ mmHg lub terapia hipotensyjna
Podwyższenie stężenia triglicerydów (TG)	$\geq 150$ mg/dl (1,7 mmol/dm <sup>3</sup> ) lub leczenie triglicerydemii

Otyłość wśród dorosłych, będąca przede wszystkim rezultatem zmian w tradycyjnym modelu żywienia i aktywności fizycznej, osiągnęła w czasie ostatnich dwóch dekad rozmiary epidemii. Wymienione wyżej czynniki stylu życia są przyczyną rozwoju chorób żywieniowozależnych, wśród których najczęściej diagnozuje się choroby układu krążenia. W Polsce, podobnie, jak w innych krajach rozwiniętych,

choroby serca i naczyń odpowiedzialne są za ok. 50% wszystkich zgonów. Badanie Pol-MONICA przeprowadzone wśród osób w wieku 45–64 wykazało zależność pomiędzy nadwagą i otyłością, a umieralnością ogólną, a także z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego (21, 23, 24). Jedną z najpoważniejszych przyczyn chorób tego układu jest zespół metaboliczny (ZM) definiowany, jako zbiór wzajemnie powiązanych schorzeń metabolicznych: otyłości, podwyższonego stężenia glukozy, nadciśnienia, zaburzeń lipidowych, zwiększających istotnie ryzyko rozwoju miażdżycy i cukrzycy typu 2 oraz ich powikłań sercowo-naczyniowych (21). Kryteria ZM zaproponowane przez IDF (International Diabetes Federation) i NCEP-ATP III (National Cholesterol Education Program – Adult Treatment Panel III) przedstawiono w tab. I (2, 25).

Otyłość brzuszna jest wskazaniem do diagnostyki, która ma na celu wykluczenie lub rozpoznanie pozostałych zaburzeń. Można założyć, że objawy ZM nie zawsze występują jednocześnie (26). Badanie WOBASZ, przeprowadzone w latach 2002–2006 w grupie 6114 mężczyzn i 6894 kobiet stanowiących reprezentatywną próbę mieszkańców Polski w wieku 20–74 lat, wykazało występowanie zespołu metabolicznego wśród 22,8% mężczyzn i 20% kobiet (27). Częstsze występowanie ZM wykazano w badaniu *Szczepaniaka* i współpr. (28), w którym przebadano 496 osób w wieku 30–65 lat zamieszkujących województwo lubuskie, gdzie kobiety stanowiły 75% badanych. Zespół metaboliczny stwierdzono wśród 26,6% osób z grupy, w tym wśród 27,6% badanych kobiet. Inne dane uzyskano w badaniach epidemiologicznych NHANES 2003–2006 (National Health And Nutrition Examination Survey). W grupie 3423 osób powyżej 20 roku życia, ok. 34% badanych spełniało kryteria zespołu metabolicznego (29). Nie bez znaczenia był również wiek badanych – w populacji NHANES zespół metaboliczny występował trzy razy częściej wśród osób w wieku 40–59 lat, a pięć razy częściej wśród 60–74-latków niż u osób młodszych (20–39 lat) (29). W populacji WOBASZ natomiast zespół metaboliczny pojawił się prawie 4-krotnie częściej wśród 40–59-latków i niemal 6-krotnie częściej wśród 60–74-latków aniżeli wśród osób młodszych (20–39 lat) (27, 28, 29).

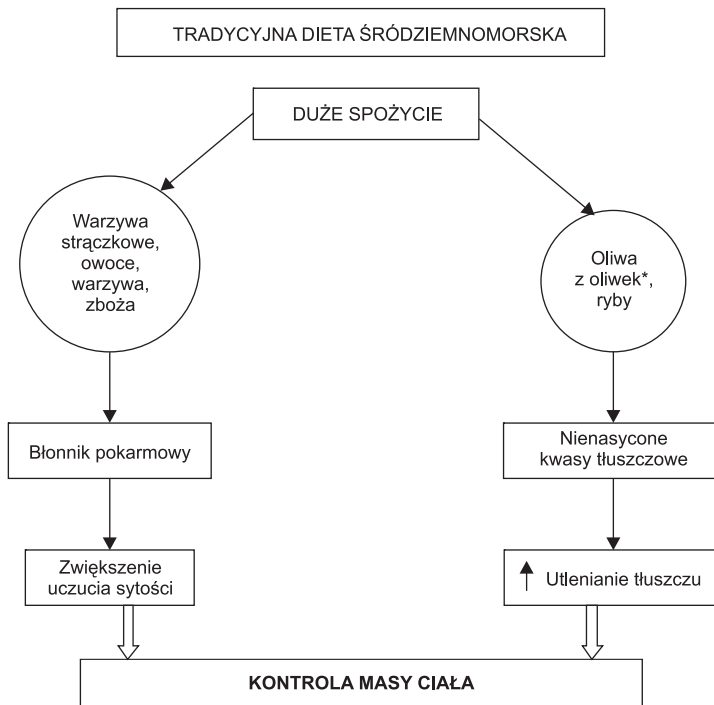
Tab e l a II. Częstość występowania składowych zespołu metabolicznego (ZM) – opracowanie własne (27, 28, 29)

Table II. The prevalence of metabolic syndrome (MS) components – made by authors (27, 28, 29)

	NHANES 2003-2006 (n = 3423)		WOBASZ 2003-2005 (n = 13545)		WOJ. LUBUSKIE 2007–2009 (n = 496)	
	Ogółem	Kobiety	Ogółem	Kobiety	Ogółem	Kobiety
ZM (%)	34,0	32,6	19,3	20,0	26,6	27,6
Otyłość brzuszna (%)	53,0	60,7	34,5	41,1	44,5	52,7
Hiperglikemia (%)	39,0	26,5	16,0	12,5	41,5	39,5
Nadciśnienie (%)	40,0	35,2	59,5	49,8	50,4	43,5
Wysokie stężenie TG (%)	31,0	31,3	28,0	22,3	29,0	17,7
Niskie stężenie HDL (%)	25,0	27,8	11,2	12,5	18,2	20,2

W tab. II zestawiono składowe zespołu metabolicznego w zależności od wyników przeprowadzonego badania (27, 28, 29).

Najczęściej zalecaną i skuteczną metodą leczenia zespołu metabolicznego jest zmiana stylu życia – wprowadzenie odpowiedniej diety i regularnego wysiłku fizycznego. Najodpowiedniejszym sposobem żywienia w prewencji ZM jest dieta śródziemnomorska oparta na produktach dostępnych w danym regionie [26, 30]. Na ryc. 1 przedstawiono mechanizmy, dzięki którym dieta śródziemnomorska może pomagać w kontroli masy ciała (26, 31).



\* Duże spożycie może przyczynić się do zwiększenia gęstości energetycznej, co z kolei może zwiększyć ryzyko otyłości

Ryc. 1. Mechanizmy, dzięki którym tradycyjna dieta śródziemnomorska może pomagać w kontroli masy ciała (na podstawie 26, opracowanie własne).

Fig. 1. The mechanisms, by which the traditional Mediterranean diet may help in weight control (according to 26, own develop).

W danych GUS z 2009 r. (16) oszacowano częstość występowania chorób przewlekłych wśród kobiet. Obecnie choruje 53% badanych, natomiast nigdy nie chorowało – 30% respondentek. Wyszczególniając wybrane choroby, z danych GUS wynika, że na chorobę wieńcową cierpi obecnie 11,2% kobiet w wieku 30–69 lat, natomiast nigdy nie chorowało na nią 87,9%. Wysokie ciśnienie krwi deklaruje 23,1% kobiet. Na cukrzycę obecnie cierpi 6,0% kobiet, a z nowotworem złośliwym zmagają się niespełna 1% ankietowanych (16).

## ASPEKTY PSYCHOLOGICZNE NIEPRAWIDŁOWEGO ODŻYWIANIA

Z psychologicznego punktu widzenia wynika, że nadmierna masa ciała sprzyja znaczącym, wielowymiarowym i negatywnym związkom z psychicznym i społecznym funkcjonowaniem jednostki. Stres, trudności w radzeniu sobie z nim, niskie poczucie własnej wartości, sprzyjają rozwojowi otyłości, gdyż osoby z nadmierną masą ciała częściej radzą sobie z problemami życiowymi za pomocą jedzenia (32). Istnieje cały szereg zachowań charakterystycznych dla osób z nadwagą, które trudno uznać za przyczynę lub skutek przyrostu masy ciała. Zaobserwowano, że osoby otyłe jedzą przede wszystkim po południu i wieczorem, nie odczuwają natomiast głodu rano. Rezygnacja z jedzenia śniadania może być sposobem na uniknięcie jednego posiłku w ciągu dnia i dawać nadzieję na redukcję masy ciała (33). Wydaje się bowiem, że powodem, dla którego kobiety z otyłością dążą do osiągnięcia szczupłej sylwetki, jest rozpowszechnienie ideału urody, zgodnie z którym wśród kobiet pożądana jest smukła sylwetka (34).

Akceptowana społecznie sylwetka kobiety na przestrzeni lat ulegała zmianom. Pierwotne symbole płodności, jak np. Wenus z Willendorfu, ukazywały kobiece ciało z widoczną tkanką tłuszczową. Bujnymi kobiecymi kształtami charakteryzowały się również kobiety w malarstwie *Rubensa*. Im bliżej jednak współczesnych czasów, można zauważyć, że kanony piękna są dalekie od prezentowanych w przeszłości (35). Badania w kierunku zadowolenia z życia kobiet otyłych w porównaniu do kobiet z prawidłową masą ciała przeprowadzili *Chanduszko-Salska* i *Chodkiewicz* (32). Kwestionariusz zadowolenia z życia wypełniło 37 kobiet z podwyższonym wskaźnikiem masy ciała (średnie BMI = 31,65) i w średnim wieku ok. 50 lat. Wyniki porównano z grupą kobiet z prawidłową masą ciała. W kwestionariuszu zamieszczono pytania m.in. o stan zdrowia, rodzaj pracy, finanse, życie rodzinne, seks, a także o czas wolny. Badane kobiety z nadwagą i otyłością były mniej zadowolone ze wszystkich aspektów własnego życia niż kobiety z grupy kontrolnej. Wyższy poziom zadowolenia z własnych osiągnięć i możliwości wśród kobiet korespondowały z podwyższonym poczuciem własnej skuteczności i niższym wskaźnikiem BMI (32). Do podobnych wniosków doszli w swoich badaniach *Kolotkin* i współpr. (36). Zapytano grupę 170 amerykańskich kobiet w wieku 23–65 lat o wpływ redukcji masy ciała na jakość życia. Najwięcej kobiet, bo 72,9% odpowiedziało, że utrata masy ciała powyżej 20% wpływała pozytywnie na sprawność fizyczną, a wśród 61% badanych – miała korzystny wpływ na poczucie własnej wartości. Około 44% kobiet odpowiedziało, że redukcja masy ciała wpływała dodatnio na jakość życia seksualnego (36).

*Rybicka-Klimczyk* i *Brytek-Matera* (34) dowiodły w swoich badaniach, że kobiety mają tendencję do przeszacowywania rozmiarów własnego ciała, zwłaszcza dolnych jego partii: talii, bioder i ud (34). W badaniach wzięło udział 130 kobiet w wieku 16–50 lat. Udowodniono, że z wiekiem wzrasta wśród kobiet świadomość rzeczywistego wyglądu ich ciała, ideału kobiecej sylwetki i dostosowania fizycznego wyglądu do obowiązujących w kulturze standardów dotyczących atrakcyjności i akceptacji społecznej. Badane dziewczęta zwracały większą uwagę na obwody bioder i talii niż kobiety w wieku 20–25 lat oraz 30–39 lat. Młode dziewczęta częściej niż dojrzałe kobiety stosowały restrykcje żywieniowe związane z niezado-

wolaniem ze swojego wyglądu. Częściej pojawiały się wśród nastolatków zachowania o charakterze bulimicznym, które, narażając osobę na dodatkowy stres, zwiększały ryzyko wystąpienia wśród nich nadwagi i otyłości (33, 34).

## PODSUMOWANIE

Na podstawie przeglądu piśmiennictwa z lat 2000–2011 stwierdzono, że średnia wartość energetyczna racji pokarmowych kobiet była niższa od zalecanej w zależności od wieku i aktywności fizycznej. Podaż tłuszczów ogółem przekraczała jednak wartości prawidłowe, zaś spożycie błonnika było poniżej zaleceń. Codzienne podjadanie między posiłkami występowało wśród minimum 20% badanych, a regularne spożywanie 1 śniadania deklarowało przynajmniej 65% osób z poszczególnych grup. Regularny wysiłek fizyczny obserwowano wśród min. 10% osób w obrębie badanych grup. Niepaleniem papierosów i całkowitą abstynencją charakteryzowało się odpowiednio 77–92% i 17–34% badanych. Najczęściej występującymi chorobami żywieniowo zależnymi były: otyłość i schorzenia układu sercowo-naczyniowego, które prowadzą do rozwoju pełnoobjawowego zespołu metabolicznego.

Kobiety, które jako matki są pierwszym źródłem wiedzy na temat żywienia, stawia się niejednokrotnie za wzór zachowań. Ze względu na swój społeczny wizerunek, powinny szczególną uwagę zwracać na własny sposób odżywiania. Nadwaga i otyłość, będące konsekwencją nieprawidłowego stylu życia oraz niewłaściwych nawyków żywieniowych i braku aktywności fizycznej, mogą być powielane w kolejnych pokoleniach i prowadzić do wzrostu epidemii chorób żywieniowozależnych.

A. Broniecka, J. Wyka

LIFESTYLE AND HEALTH STATUS OF WOMEN

## PIŚMIENICTWO

1. *Boguszewski R.*: Zdrowie i zdrowy styl życia w Polsce. Komunikat z Badań. Centrum Badania Opinii Społecznej. Warszawa; 2007. – 2. *Metabolic Syndrome. The IDF consensus worldwide definition of the rogramc syndrome.* International Diabetes Federation; 2006. ([www.idf.org](http://www.idf.org)). – 3. *Millen B.E., Quatrotoni P.A., Nam B.H, O'Horo C.E., Polak J.F., Wolf P.A., D'Agostino R.B.*: Dietary patterns, smoking and subclinical heart disease in women: opportunities for primary prevention from the Framingham Nutrition Studies. *J Am Diet Assoc*, 2004; 104: 208-214. – 4. *Gronowska-Senger A.*: Zarys oceny żywienia. Wyd. SGGW, Warszawa, 2009. – 5. *Waśkiewicz A., Sygnowska E., Jasiński B., Kozakiewicz K., Biela U., Kwaśniewska M., Gluszek J., Zdrojewski T.*: Wartość energetyczna i odżywcza diety dorosłych mieszkańców Polski. Wyniki programu WOBASZ. *Kardiol Pol*, 2005; 63, VI (supl. 4). – 6. *Jarosz M., Bulhak-Jachymczyk B.*: Normy żywienia człowieka. Podstawy prewencji otyłości i chorób niezakaźnych. Wyd. PZWL, Warszawa; 2008. – 7. *Turlejska H., Peznar U., Szopnar L., Konecka-Maryjak E.*: Zasady racjonalnego żywienia – zalecane racje pokarmowe dla wybranych grup ludności w zakładach żywienia zbiorowego. OdiDK Sp. z o.o., Gdańsk; 2004. – 8. *Sygnowska E., Waśkiewicz A., Gluszek J., Kwaśniewska M., Biela U., Kozakiewicz K., Zdrojewski T., Rywik S.*: Spożycie produktów spożywczych przez dorosłą populację Polski. Wyniki rogram WOBASZ. *Kardiol Pol*, 2005; 63, VI (supl. 4). – 9. *Baker A.H., Wardle J.*: Sex differences in fruit and vegetable intake in older adults. *Appetite*, 2003; 40: 269-275. – 10. *Bolesławska I., Przysławski J.*: Analiza sposobu żywienia kobiet i mężczyzn w zróżnicowanych wiekowo okresach życia – energia oraz składniki podstawowe. *Roczn. PZH*, 2007; 58 (1):171-176.



11. *Stefańska E., Ostrowska L., Czapska D., Karczewski J.*: Wartość odżywcza posiłków w dietach kobiet o prawidłowej i nadmiernej masie ciała. *Roczn. PZH*, 2010; 61 (2): 201-205. – 12. *Iłow R., Regul-ska-Iłow B., Biernat J. Kowalisko A.*: Ocena zwyczajów żywieniowych 50-letnich mieszkańców Wrocławia. *Bromat. Chem. Toksykol.*, 2007; 40 (2): 121-129. – 13. *Lange E., Krusiec J., Kulik A.*: Wybrane zachowania żywieniowe kobiet i mężczyzn z nadmierną masą ciała. *Probl Hig Epidemiol*, 2011; 92 (3): 580-582. – 14. *Brewer E.A., Kolotkin R.L., Baird D.D.*: The relationship between eating behaviors and obesity in African American and Caucasian women. *Eat Behav*, 2003; 4: 159-171. – 15. *Wądołowska K.*: Zachowania i nawyki żywieniowe Polaków. Komunikat z Badań. Centrum Badania Opinii Społecznej. Warszawa; 2010. – 16. *Główny Urząd Statystyczny*: Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r. Warszawa; 2011. ([www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl)). – 17. *Drygas W., Kwaśniewska M., Szcześniewska D., Kozakiewicz K., Gluszek J., Wiercińska E., Wyrzykowski B., Kurjata P.*: Ocena poziomu aktywności fizycznej dorosłej populacji Polski. Wyniki programu WOBASZ. *Kardiol Pol*, 2005; 63, VI (supl. 4). – 18. *Kalupa W.*: Zachowania prozdrowotne kobiet i mężczyzn wśród czterdziestoletnich mieszkańców Poznania i województwa poznańskiego. *Now Lek*, 2006; 75 (4): 367-370. – 19. *Simpson E.E.A., O'Connor J.M., Livingstone M.B.E., Rae G., Stewart-Knox B.J., Andriollo-Sanchez M., Toti E., Meunier N., Ferry M., Polito A., Kelly M., Wallace J.M.W., Coudray C.*: Health and life style characteristics of older European adults: the ZENITH study. *Europ J Clin Nutr*, 2005; 59 (2): 13-21. – 20. *Polakowska M., Piotrowski W., Tykarski A., Drygas W., Wyrzykowski B., Pająk A., Kozakiewicz K., Rywik S.*: Nałóg palenia tytoniu w populacji polskiej. Wyniki programu WOBASZ. *Kardiol Pol*, 2005; 63, VI (supl. 4).
21. [www.who.int](http://www.who.int) – 22. *Biela U., Pająk A., Kaczmarczyk-Chalas K., Gluszek J., Tendera M., Waśkiewicz A., Kurjata P., Wyrzykowski B.*: Częstość występowania nadwagi i otyłości u kobiet i mężczyzn w wieku 20-74 lat. Wyniki programu WOBASZ. *Kardiol Pol*, 2005; 63, VI (supl. 4). – 23. *Pająk A., Topór-Mądry R., Waśkiewicz A., Sygnowska E.*: Współczynnik masy ciała a ryzyko zgonu. Badanie Pol-MONICA w populacji polskiej w średnim wieku. *Kardiol Pol*, 2005; 62: 101-105. – 24. *Psurek A., Szymborska-Kajanek A., Wróbel M., Strojek K.*: Otyłość i ryzyko kardiometaboliczne. *Przew Lek*, 2008; 3: 10-17. – 25. *Grundy S.M., Cleeman J., Daniels S.R., Donato K.A., Eckel R.H., Franklin B.A., Gordon D.J., Krauss R.M., Savage P.J., Smith S.C., Spertus J.A., Costa F.*: Diagnosis and management of the metabolic syndrome. An American Heart Association/National Heart, Lung and Blood Institute. *Circulation*, 2005; 112: 2735-2752. – 26. *Bawa S., Gajewska D., Kozłowska L., Lange E., Myszkowska-Ryciak J., Włodarek D.*: Dietoterapia 1. Wyd. SGGW, Warszawa; 2009. – 27. *Wyrzykowski B., Zdrojewski T., Sygnowska E., Biela U., Drygas W., Tykarski A., Kozakiewicz K., Broda G.*: Epidemiologia zespołu metabolicznego w Polsce. Wyniki programu WOBASZ. *Kardiol Pol*, 2005; 63, VI (supl. 4). – 28. *Szczepaniak A., Czekalska B., Glura M., Stankowiak-Kulpa H., Grzymisławski M.*: Rozpowszechnienie zespołu metabolicznego oraz poszczególnych jego składowych w województwie lubuskim u osób w wieku 30-65 lat. *Now Lek*, 2009; 78 (1): 3-7. – 29. *Ervin R.B.*: Prevalence of metabolic syndrome among adults 20 years of age and over, by sex, age, race and ethnicity and body mass index: Unites States, 2003-2006. *Natl Health Stat Rep*, 2009; 5 (13): 1-7. – 30. WHO: Global strategy on diet, physical activity and health. World Health Organisation; 2004. ([www.who.int](http://www.who.int)).
31. *Albert J.L., Samuda P.M., Molina V., Regis T.M., Severin M., Finlay B., Prevost J.L.*: Developing food-based dietary guidelines to promote healthy diets and lifestyles in the eastern Caribbean. *J Nutr Educ Behav*. 2007; 39: 343-350. – 32. *Chanduszko-Salska J., Chodkiewicz J.*: Zadowolenia z życia a poczucie własnej skuteczności, wsparcie społeczne oraz stan zdrowia u kobiet z nadwagą i otyłością. *Endokryn., Otył. i Zab. Przem. Mat.*, 2010; 6 (4): 171-178. – 33. *Skoczyńska A.*: Znaczenie żywienia w leczeniu chorých z rozpoznaniem zespołu metabolicznego. *Endokryn., Otył. i Zab. Przem. Mat.*, 2011; 7 (1): 25-33. – 34. *Rybicka-Klimczyk A., Brytek-Matera A.*: Wizerunek ciała i jego wymiary, a aspekty behawioralne zaburzeń odżywiania u zdrowych kobiet w różnych fazach rozwojowych. *Endokryn., Otył. i Zab. Przem. Mat.*, 2009; 4 (4): 143-151. – 35. *Strzelecki W., Cybulski M., Strzelecka M., Dolczewska-Samela A.*: Zmiana wizerunku medialnego kobiety a zaburzenia odżywiania we współczesnym świecie. *Now Lek*, 2007; 76 (2): 173-181. – 36. *Kolotkin R.L., Crosby R.D., Williams G.R., Hartley G.G., Nicol S.*: The relationship between health-related quality of life and weight loss. *Obes Res*, 2001; 9 (9): 564-571.