

Zachowania żywieniowe i aktywność fizyczna w grupie lekarzy

Eating behaviors and physical activity in a group of physicians

MARIA GACEK

Zakład Żywności Człowieka, Akademia Wychowania Fizycznego w Krakowie

Cel pracy. Ocena niektórych zachowań żywieniowych i poziomu rekreacyjnej aktywności fizycznej oraz rozkładu wskaźnika masy ciała BMI w grupie lekarzy.

Materiał i metoda. Badania przeprowadzono w Małopolsce w 240-osobowej grupie lekarzy (124 kobiet i 116 mężczyzn), głównie internistów (blisko 3/4 próby) w wieku 30-55 lat.

Wyniki. Jakościowa ocena sposobu żywienia grupy lekarzy wykazała liczne nieprawidłowości, w tym zbyt dużą konsumpcję mięsa w porównaniu do ryb, a niewystarczającą warzyw i owoców oraz produktów mlecznych. Niektóre zachowania żywieniowe wykazują zróżnicowanie w zależności od płci. Mężczyźni częściej niż kobiety spożywają mięso czerwone ($P < 0,01$) i słodkie napoje gazowane ($P < 0,05$), a rzadziej razowe pieczywo ($P < 0,05$). Podejmowanie rekreacyjnej aktywności fizycznej przynajmniej kilka razy w tygodniu deklaruje zaledwie około 37% badanych osób. Średnia wartość wskaźnika BMI wynosi 23,8 kg/m² u kobiet i 27,0 kg/m² u mężczyzn. Mężczyźni najczęściej wykazują nadwagę (62,5%) a kobiety prawidłową masę ciała (64,5%) ($P < 0,001$).

Wnioski. Ograniczona skala racjonalnych wyborów żywieniowych oraz niewystarczające zaangażowanie w rekreację ruchową, przekładają się na występowanie zaburzeń stanu odżywienia, w postaci nadmiernej masy ciała, szczególnie u mężczyzn.

Słowa kluczowe: zachowania żywieniowe, aktywność fizyczna, wskaźnik BMI, lekarze

Aim. Evaluation of selected eating behaviors and levels of recreational physical activity and BMI distribution in a group of physicians.

Material and method. The examination was conducted in the Małopolska region in the group of 240 physicians (124 women and 116 men), mainly general practitioners (almost 3/4 of the subjects) at the age of 30-55 years.

Results. The qualitative evaluation of the eating habits of physicians demonstrated numerous nutritional errors, including high consumption of meat in comparison to fish, and insufficient consumption of fruit, vegetables and milk products. Some eating behaviors were diversified depending on gender. Men consumed red meat ($P < 0,01$) and sweet fizzy drinks ($P < 0,05$) more often than women and whole-meal bread less frequently ($P < 0,05$). Only 37% of the subjects declared physical activity at least a few times a week. The average BMI value was 23.8 kg/m² in case of women and 27.0 kg/m² in case of men. Males more frequently manifested overweight (62.5%) while women more often had correct body weight (64.5%) ($P < 0,001$).

Conclusions. A restricted scale of rational eating choices and insufficient engagement in physical recreation result in nutritional status disorders in the form of excessive body weight, especially in males.

Key words: eating behaviors, physical activity, BMI, physicians

© Probl Hig Epidemiol 2011, 92(2): 254-259

www.phie.pl

Nadesłano: 12.04.2011

Zakwalifikowano do druku: 22.04.2011

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Maria Gacek

Zakład Żywności Człowieka, Akademia Wychowania Fizycznego w Krakowie

Al. Jana Pawła II 78, 31-571 Kraków, e-mail: mariagacek@poczta.fm

Wstęp i cel pracy

Zróżnicowany poziom wiedzy na temat uwarunkowań zdrowia wśród laików i profesjonalistów sugeruje bardziej prozdrowotny styl życia, w tym racjonalne wybory żywieniowe w środowisku personelu medycznego [1-4]. Wiedza w zakresie czynników determinujących zdrowie jest bowiem istotnym elementem kształtowania się postaw prozdrowotnych, rozumianych zgodnie z definicją strukturalną, jako funkcję przedmiotowego komponentu intelektualnego, emocjonalno-wolicjonalnego i behawioralnego [5].

Kluczowa rola stylu życia w kreowaniu zdrowia stała się przesłanką do podjęcia badań, których celem była ocena wybranych zachowań żywieniowych oraz poziomu rekreacyjnej aktywności fizycznej w grupie lekarzy.

Materiał i metoda

Badaniami, przeprowadzonymi w Małopolsce w latach 2008-2010, objęto 240-osobową grupę lekarzy, w tym 124 kobiety i 116 mężczyzn w wieku 30-55 lat. W próbie dominowali internści, stanowiąc blisko 3/4 próby, ponadto lekarze innych specjalności. Ba-

dania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego, z zastosowaniem specjalnie przygotowanego kwestionariusza, w którym uwzględniono częstość konsumpcji wybranych grup produktów spożywczych i napojów oraz poziom aktywności fizycznej w czasie wolnym. Oceniono także rozkład wskaźnika BMI na podstawie pomiarów wagą lekarską. Analizę statystyczną zebranego materiału przeprowadzono z zastosowaniem testu frakcji U z programu Statgraphics, przy poziomie ufności 95%.

Wyniki

W tabeli I przedstawiono dane dotyczące częstotliwości konsumpcji wybranych grup produktów spożywczych w badanej grupie lekarzy. Połowa kobiet i 2/3 mężczyzn spożywa mięso kilka razy w tygodniu, a średnio co piąta osoba z częstością raz w tygodniu. Kobiety rzadziej deklarują konsumpcję mięsa czerwonego ($P<0,01$). Ponad połowa kobiet i blisko 2/3

mężczyzn spożywa ryby przynajmniej raz w tygodniu, a średnio co dziesiąta osoba 2-3 razy w tygodniu. Zarazem 30% kobiet i 1/4 mężczyzn produkty te spożywa rzadziej. Ponad 40% kobiet spożywa przetwory mleczne codziennie i zbliżony odsetek kilka razy w tygodniu. Mężczyźni najczęściej produkty te spożywają kilka razy w tygodniu (56,9%). Codziennie sięga po nie ponad 1/4 z nich. Medycy ogółem uwzględniają owoce zazwyczaj raz dziennie, a 40,3% kobiet i 1/3 mężczyzn kilka razy dziennie. Podobnie kształtuje się częstość konsumpcji warzyw, które najczęściej spożywane są raz dziennie (przez blisko 3/4 kobiet i ponad połowę mężczyzn). Konsumpcja pieczywa kształtuje się w ten sposób, iż kobiety częściej spożywają pieczywo razowe niż jasne (59% vs. 35,6%) ($P<0,05$), a mężczyźni jasne i razowe w zbliżonym stopniu. Największy odsetek badanych lekarzy spożywa wyroby cukiernicze kilka razy w tygodniu. Blisko 1/4 kobiet i 20% mężczyzn deklaruje codzienne spożywanie tych środków. Nieco ponad 40% ogółu próby deklaruje ograniczone spożycie soli kuchennej.

Rozkład danych dotyczących konsumpcji napojów bezalkoholowych i alkoholowych przedstawiono

Tabela I. Wybrane zachowania żywieniowe grupy lekarzy w kategoriach płci
Table I. Selected eating behaviors in the group of physicians by gender

Oceniane parametry / Parameters	Kobiety / Women (%)	Mężczyźni / Men (%)	
Mięso czerwone i przetwory / Red meat	Codziennie / Everyday	6,4	10,4
	Kilka razy w tygodniu / A few times a week	51,7	65,5
	Raz w tygodniu / Once a week	22,5	20,6
	Rzadziej / Rarely	19,4	3,5**
Ryby / Fish	Kilka razy w tygodniu / A few times a week	9,6	10,4
	Raz w tygodniu / Once a week	53,3	62,0
	Rzadziej / Rarely	37,1	27,6
Owoce / Fruit	Kilka razy dziennie / A few times a day	40,3	34,5
	Raz dziennie / Once a day	46,8	41,4
	Rzadziej / Rarely	12,9	24,1
Warzywa / Vegetables	Kilka razy dziennie / A few times a day	18,7	29,4
	Raz dziennie / Once a day	72,5	58,6
	Rzadziej / Rarely	8,8	12,0
Preferowane pieczywo / Preferred bread	Jasne / White	35,6	44,8
	Razowe / Whole meal	59,0	38,9*
	Chrupkie / Crisp bread	5,4	16,3
Mleko i przetwory / Milk	Codziennie / Everyday	41,9	29,3
	Kilka razy w tygodniu / A few times a week	43,6	56,9
	Raz w tygodniu / Once a week	6,4	5,1
Rzadziej / Rarely		8,1	8,7
		24,3	20,6
Wyroby cukiernicze / Confectionery	Kilka razy w tygodniu / A few times a week	48,3	43,2
	Rzadziej / Rarely	27,4	36,2
	Deklarowane ograniczanie spożycia soli / Limited salt consumption	41,9	43,2

Istotność różnic w kategoriach płci na poziomie: * $P<0,05$; ** $P<0,01$
Significance of differences by gender categories at the level of: * $P<0,05$;
** $P<0,01$

Tabela II. Rozpowszechnienie napojów bezalkoholowych i alkoholowych w grupie lekarzy w kategoriach płci
Table II. Prevalence of non-alcoholic and alcoholic drinks in the group of physicians by gender

Oceniane parametry / Parameters	Kobiety / Women (%)	Mężczyźni / Men (%)	
Woda mineralna / Mineral water	Codziennie / Everyday	69,3	72,4
	Raz w tygodniu / Once a week	12,9	12,0
	Rzadziej lub nigdy / Rarely and Never	17,8	15,6
Soki owocowe / Fruit juices	Codziennie / Everyday	48,4	53,5
	Raz w tygodniu / Once a week	22,5	34,5
	Rzadziej lub nigdy / Rarely and Never	29,1	12,0
Soki warzywne / Vegetable juices	Codziennie / Everyday	12,9	13,8
	Raz w tygodniu / Once a week	19,3	24,1
	Rzadziej lub nigdy / Rarely and Never	47,8	62,1
Kawa / Coffee	Codziennie / Everyday	82,3	77,6
	Raz w tygodniu / Once a day	8,1	5,2
	Rzadziej lub nigdy / rarely and Never	9,6	17,2
Stodzone napoje gazowane / Sweetened carbonated beverages	Codziennie / Everyday	4,9	17,3*
	Raz w tygodniu / Once a week	12,9	10,3
	Rzadziej lub nigdy / Rarely and Never	82,2	70,4
Wino / Wine	Codziennie / Everyday	0,0	1,7
	Kilka razy w tygodniu / A few times a week	9,6	17,3
	Raz w tygodniu / Once a week	17,8	13,7
Okazjonalnie lub nigdy / Occasionally or never	72,6	67,3	

Istotność różnic w kategoriach płci na poziomie: * $P<0,05$
Significance of differences by gender categories at the level of: * $P<0,05$

w tabeli II. Bardzo rozpowszechnionymi napojami są woda mineralna i kawa, które codziennie spożywa około 3/4 próby. Soki owocowe, wybierane codziennie przez około połowę próby, są bardziej preferowane niż warzywne, wybierane z tą częstością przez około 10% badanych. Ponad 2/3 lekarek i blisko połowa lekarzy nigdy nie sięga po słodkie napoje gazowane. Codziennie napoje te wybiera większy odsetek mężczyzn ($P < 0,05$). Wino okazjonalnie pije około 2/3 kobiet i ponad połowa mężczyzn.

Jak wynika z tabeli III aktywność fizyczną w czasie wolnym lekarze podejmują najczęściej raz w tygodniu (około 1/3) i kilka razy w tygodniu (29% kobiet i 1/3 mężczyzn). Ocena objętości rekreacyjnej aktywności fizycznej wskazuje, iż najwięcej ankietowanych (45% kobiet i 1/3 mężczyzn) przeznaczają nań 1-2 godziny w tygodniu. Mężczyźni częściej niż kobiety (14,5% vs. 32,7%) deklarują rekreację ruchową w ilości 3-4 godzin w tygodniu ($P < 0,05$).

Średnia wartość wskaźnika BMI wynosi 23,8 kg/m² u kobiet i 27,0 kg/m² u mężczyzn. Mężczyźni najczęściej wykazują nadwagę (62,5%) a kobiety prawidłową masę ciała (64,5%) ($P < 0,001$) (tab. IV).

Tabela III. Poziom rekreacyjnej aktywności fizycznej w grupie lekarzy w kategoriach płci
Table III. Level of recreational physical activity in the group of physicians by gender

Oceniane parametry /Parameters		Kobiety / Women (%)	Mężczyźni / Men (%)
Częstość / Frequency	Codziennie / Everyday	8,0	3,5
	Kilka razy w tygodniu / A few times a week	29,0	34,4
	Raz w tygodniu / Once a week	33,9	32,8
	Rzadziej / Rarely	29,1	29,3
Objętość (liczba godzin w tygodniu) / Volume of physical activity in a week (number of hours)	≥7	3,3	5,2
	5-6	8,0	8,6
	3-4	14,5	32,7*
	1-2	45,2	36,3
	<1	29,0	17,2

Istotność różnic w kategoriach płci na poziomie: * $P < 0,05$
Significance of differences by gender categories at the level of: * $P < 0,05$

Tabela IV. Rozkład wartości wskaźnika BMI w badanej grupie lekarzy w kategoriach płci
Table IV. Distribution of BMI values in the examined group of physicians by gender

BMI (kg/m ²)	Kobiety / Women (%)	Mężczyźni / Men (%)
18,5 – 24,9	64,5	22,5***
25,0 – 29,9	20,5	62,5***
30,0 – 39,9	15,0	15,0

Istotność różnic w kategoriach płci na poziomie: *** $P < 0,001$
Significance of differences by gender at the level of: *** $P < 0,001$

Dyskusja

Prezentowane badania wykazały ograniczoną skalę racjonalnych zachowań żywieniowych oraz niewystarczające czynne zaangażowanie lekarzy w kulturę fizyczną, co przekłada się na występowanie zaburzeń stanu odżywienia, w postaci nadmiernej masy ciała, szczególnie u mężczyzn.

W celu obniżania aterogenności diety, zaleca się spożywanie ryb 2-3 razy w tygodniu oraz ograniczanie konsumpcji mięsa, szczególnie czerwonego [6]. W omawianych badaniach wykazano, iż większość lekarzy (51,7% kobiet i 65,5% mężczyzn) spożywa mięso czerwone i jego przetwory kilka razy w tygodniu, a co dziesiąty mężczyzna codziennie. Mężczyźni spożywają je z większą częstością ($P < 0,01$), co potwierdzają także badania w grupie studentów lubelskiego Uniwersytetu Medycznego [7]. Ten model spożycia mięsa (szczególnie u mężczyzn) jest niekorzystny, z uwagi na jednoczesną podaż kwasów tłuszczowych nasyconych i cholesterolu, co może niekorzystnie wpływać na profil lipidowy krwi i zwiększać ryzyko choroby niedokrwiennej serca [8]. Spożywanie ryb przynajmniej 2 razy w tygodniu stanowi o profilaktyce chorób sercowo-naczyniowych, z uwagi na zawartość kwasów wielonienasyconych omega 3, o działaniu hipolipemicznym, hipotensyjnym i antyagregacyjnym [8]. Spożycie ryb z zalecaną częstością jest wśród badanych lekarzy mało rozpowszechnione – dotyczy zaledwie co dziesiątego mężczyzny i mniejszej liczby kobiet. Większość grupy spożywa ryby raz w tygodniu (53% kobiet i 62% mężczyzn) lub rzadziej. Podobna częstość spożycia ryb dotyczy pracowników HTS w Krakowie [9]. Jeszcze bardziej ograniczoną konsumpcję ryb stwierdzono w środowisku młodzieży akademickiej w Lublinie [10]. Niedostateczną konsumpcję ryb morskich wykazały także badania w grupie studentów warszawskiego [11] i lubelskiego uniwersytetu medycznego [7]. Szczególnie cennym składnikiem pożywienia są produkty mleczne, dostarczające szerokiej gamy składników budulcowych i regulujących [12]. Osobom dorosłym zaleca się codzienne spożywanie co najmniej dwóch szklanek chudego mleka lub kefiru i jogurtu oraz 1-2 plasterków różnych serów o obniżonej zawartości tłuszczu [6]. Jak wynika z badań własnych codzienna konsumpcja mleka i przetworów mlecznych częściej dotyczy kobiet (41,9%) niż mężczyzn (<30%). Przyjmowanie tych środków z częstością kilka razy w tygodniu nie gwarantuje pokrycia dziennego zapotrzebowania na wapń. Niedobory wapnia opisano także w badaniach WOBASZ u młodych dorosłych osób [13]. Z badań przeprowadzonych w grupie osób dorosłych z regionu Wielkopolski wynika, że większość próby spożywa te produkty 3-4 razy w tygodniu [12]. Niską konsumpcję przetworów mlecznych wykazano także w badaniach studentów lubelskiego UM [7]. Większe spożycie

przetworów mlecznych opisano we wcześniejszych badaniach personelu medycznego w Krakowie, spośród którego około 68% uwzględnia je codziennie [14]. Zaleca się spożywanie produktów zbożowych z niskiego przemiału, jako źródła nie tylko węglowodanów, ale także błonnika, soli mineralnych (Mg, Zn, Cu, K, P) i witamin z grupy B [6]. W badanej grupie lekarzy pieczywo razowe częściej spożywają kobiety niż mężczyźni (59% vs. 38,9%) ($P < 0,05$). Badania przeprowadzone wśród studentów pielęgniarstwa wykazały, że około 70% spożywa razowe pieczywo, jednak częstość spożycia jest niewielka (3 razy w tygodniu) [15]. Niskie spożycie pełnoziarnistego pieczywa stwierdzono także wśród diabetyków i personelu medycznego [1]. Zgodnie z piramidą zdrowia zaleca się spożywanie warzyw i owoców nawet pięciokrotnie w ciągu dnia [6]. Z badań własnych wynika, że lekarze spożywają owoce i warzywa najczęściej raz dziennie. Około 40% kobiet i 1/3 mężczyzn spożywa owoce kilka razy dziennie. Znacznie gorzej kształtuje się spożycie warzyw, które kilka razy dziennie uwzględnia jedynie 18,7% kobiet. Zróżnicowaną w zależności od płci, częstszą u kobiet, konsumpcję owoców i warzyw opisano u studentów medycyny w północnej Grecji [4]. Wśród dorosłych mieszkańców Krakowa spożycie surowych warzyw i owoców z częstością dwa razy dziennie i więcej dotyczyło 38%, a raz dziennie 57,1% próby [16]. Badania w ramach programu WOBASZ wykazały prawidłową częstość konsumpcji warzyw i owoców u 57,9% mieszkańców województw lubelskiego i łódzkiego w wieku 20-74 lata, częściej u kobiet ($P < 0,01$) [17]. Rzadkie, niezgodne z zasadami profilaktyki chorób dietozależnych, spożycie surowych warzyw wykazano również w grupie kobiet wiejskich [18]. W rodzinach robotniczych spożycie surowych warzyw było równie niskie [19]. Podobne wnioski wypływają z badań Sadowskiej i Śliwińskiej [20] wśród osób starszych na terenach wiejskich oraz Gaweł i wsp. [21] wśród pielęgniarek. Niski poziom konsumpcji warzyw i owoców wśród dorosłych wykazały także badania austriackie [22]. Z kolei nowe badania WOBASZ [13] wykazały zbliżony do zaleceń poziom konsumpcji warzyw i owoców u młodych dorosłych osób w Polsce. Omawiane badania własne wykazały codzienną konsumpcję wyrobów cukierniczych przez około 1/4-1/5 próby (w zależności od płci), co jest niekorzystne ze względu na wysoką ich gęstość energetyczną a niską odżywczą. Jeszcze wyższy poziom konsumpcji słodkich przekąsek stwierdzono wśród dentystów chińskich [23], gdyż regularnie codziennie sięgała po nie ponad połowa badanych (59,4%). Zalecane ograniczanie spożycia cukrów prostych uzyskano w innych badaniach personelu medycznego [1]. Zalecane z kolei ograniczanie spożycia soli, z uwagi na jej rolę w etiologii nadciśnienia tętniczego, w badanej grupie lekarzy nie jest powszechne, gdyż deklaruje je jedynie ponad 40% ogółu próby. Stu-

denci wrocławskiej AM deklarowali jeszcze mniejszą skalę ograniczenia spożycia NaCl [24]. W badaniach Kupcewicz i Kostyry [25] stwierdzono zadowalające ograniczanie spożycia soli przez pacjentów poradni medycyny rodzinnej (61% kobiet i 49% mężczyzn).

Wyniki dotyczące najczęściej spożywanych napojów (kawa, woda mineralna, soki owocowe) korespondują z rezultatami innych badań [26,27]. W badaniach Sadowskiej i Śliwińskiej [20] obserwowano zbyt małe spożycie płynów oraz niewłaściwy dobór napojów (najczęściej odwadniające herbata i kawa). Tymczasem nieodpowiednie nawadnianie organizmu sprzyja zaburzeniom układu nerwowego i regulacji cieplnej. Spożywanie napojów alkoholowych jest dozwolone w małych ilościach dla osób, dla których nie są one zabronione [6]. Okazjonalne spożywanie wina w badanej grupie może mieć znaczenie prozdrowotne, kardioprotekcyjne, z uwagi na zawartość bioflawonoidów. Sięganie po alkohol przez lekarzy (63%), szczególnie wino i piwo w celu redukcji napięcia psychicznego, opisano także w innych badaniach [28]. Z kolei w badaniach grupy rezydentów libańskich stwierdzono, iż regularne (>3 razy w tygodniu) picie alkoholu dotyczy 12,8%, a okazjonalne 65,1% próby [29].

Hipokineza stanowi istotny czynnik złożonej etiologii chorób cywilizacyjnych, a aktywność fizyczna o cechach treningu zdrowotnego jest czynnikiem doskonalenia potencjału zdrowotnego [30,31]. W badaniach własnych wykazano, że lekarze podejmują rekreacyjną aktywność fizyczną zazwyczaj zaledwie raz w tygodniu, o objętości 1-2 godziny tygodniowo, co nie spełnia standardów treningu zdrowotnego. Aktywność w wymiarze 3-4 godziny tygodniowo częściej wykazują mężczyźni ($P < 0,05$). Niedostateczną aktywność fizyczną w czasie wolnym opisano także we wcześniejszych badaniach innej grupy lekarzy [32]. Inne wyniki uzyskano wśród lekarzy z Poznania i Bydgoszczy, którzy deklarowali zadowalającą częstość uczestnictwa w zajęciach sportowo-rekreacyjnych (69,5% średnio 2 razy w tygodniu) [33]. Wystarczający poziom rekreacji ruchowej stwierdzono u 35,5% dorosłych mieszkańców województw lubelskiego i łódzkiego w programie WOBASZ [17]. Małe upowszechnienie aktywności ruchowej opisano także w badaniach rezydentów libańskich. Aktywność zgodnie z międzynarodowym wytycznym (>3 razy w tygodniu, >30 minut) podejmowało tylko 5,5% próby [29]. W grupie gdańskich studentów medycyny wykazano, iż uprawianie aktywności fizycznej w czasie wolnym deklaruje ponad 80% próby [34]. Niską aktywność ruchową wykazano również wśród studentów medycyny warszawskiej [35], lubelskiej [36] i łódzkiej [37] akademii medycznej.

Prawidłowe żywienie, w szczególności zrównoważony bilans energetyczny i regularna aktywność fizyczna, sprzyjają utrzymaniu należytej masy ciała.

Rozkład wartości wskaźnika BMI w badanej próbie lekarzy jest niepokojący, gdyż 62,5% mężczyzn i 20,5% kobiet wykazuje nadwagę, a dodatkowo 15% mężczyzn i kobiet otyłość. Nadwaga częściej cechuje mężczyzn ($P < 0,001$). Wcześniejsze badania Bąk i Kopczyńskiej-Sikorskiej [32] nad stanem odżywienia personelu medycznego dowiodły, że 64% lekarzy miało prawidłową masę ciała, a jedynie 6% nadwagę. Wysokie rozpowszechnienie nadmiernej masy ciała opisano u greckich studentów medycyny, wśród których 32,1% mężczyzn i 8,4% kobiet wykazywało nadwagę, a 5,9% mężczyzn i 1,5% kobiet otyłość. Zarazem kobiety w większym odsetku stosowały różne metody redukcji masy ciała [4]. Wysokie rozpowszechnienie nadwagi opisano także u rezydentów libańskich (44,15% mężczyzn i 9,75% kobiet) ($P = 0,001$), co autorzy tłumaczą między innymi nieregularnością i małą liczbą posiłków w ciągu dnia, dotyczącą ponad 2/3 próby [29]. Wśród studentów medycyny gdańskiej Akademii Medycznej nadwaga dotyczyła 3,5% kobiet i 11,5% mężczyzn, a otyłość po 1,75% badanych [34]. Wśród 40-letnich mężczyzn w Wrocławiu wykazano występowanie nadwagi u 49%, a otyłości u 11% próby [38]. Podobnie z badań Kupcewicz i Kostyry [25] wynika, iż połowa kobiet i 46% mężczyzn utrzymuje prawidłową masę ciała, pozostali cechują się nadwagą lub otyłością. W programie WOBASZ w grupie 20-74 letnich mieszkańców województw lubelskiego i łódzkiego prawidłową masę ciała stwierdzono u 43,3% próby, częściej u kobiet ($P < 0,001$) [17]. Nowe badania WOBASZ w grupie dorosłych młodych osób w wieku

20-34 lata wykazały, iż nadwaga i otyłość dotyczą 39% mężczyzn i 21% kobiet [13].

W IŻŻ w Warszawie opracowano zalecenia dla lekarzy podstawowej opieki medycznej, związane z promowaniem zdrowia. Zwrócono także uwagę na potrzebę uwzględnienia w przed- i podyplomowym kształceniu lekarzy treści z zakresu higieny żywności i żywienia. Badania dowodzą bowiem, iż większość lekarzy wyraża pogląd o niedostatecznym zasobie wiedzy niezbędnej dla udzielania porad żywieniowych pacjentom [39]. Na potrzebę objęcia edukacją żywieniową tej grupy zawodowej zwracają uwagę także inni autorzy [4,29].

Wnioski

1. Jakościowa ocena sposobu żywienia grupy lekarzy wykazała liczne nieprawidłowości, w szczególności zbyt dużą konsumpcję mięsa w porównaniu do ryb, a niewystarczającą warzyw i owoców oraz produktów mlecznych. Kobiety częściej niż mężczyźni spożywają razowe pieczywo, ci z kolei częściej uwzględniają czerwone mięso i słodzone napoje gazowane.
2. Poziom uczestnictwa badanej grupy lekarzy w kulturze fizycznej jest niski, gdyż dominujące podejmowanie rekreacji ruchowej zaledwie raz w tygodniu nie spełnia standardów treningu zdrowotnego.
3. Błędy żywieniowe i ograniczony udział badanej grupy lekarzy w rekreacji ruchowej niekorzystnie wpływają na stan odżywienia, szczególnie mężczyzn.

Piśmiennictwo / References

1. Kowalczyk-Sroka B, Marmurowska-Michałowska H, Cieślak A, Leonek B. Zachowania zdrowotne wśród chorych na cukrzycę i personelu medycznego. *Ann UMCS* 2003, 58(suppl. 13): 105-110.
2. Wojdak-Haasa E, Zarzeźna-Baran M. Wiedza studentów AMG o znaczeniu rekreacji dla zdrowia. [w:] *Potęgowanie zdrowia, czynniki, mechanizmy i strategię zdrowotne*. Bulicz E (red). ITE, Radom 2003: 268-271.
3. Buławska K, Talaga S, Lubińska-Żądło B. Analiza zachowań zdrowotnych wśród młodzieży studiującej pielęgniarstwo i fizjoterapię. *Zdr Publ* 2005, 115(3): 307-311.
4. Chourdakis M, Tzellos T, Papazisis G, Toulis K, Kouvelas D. Eating habits, health attitudes and obesity indices among medical students in northern Greece. *Appetite* 2010, 55(3): 722-725.
5. Mika S. *Psychologia społeczna*. PWN, Warszawa 1984.
6. Kozłowska-Wojciechowska M. *Żyjmy w zdrowiu czyli nowa piramida żywienia*. Prószyński i S-ka, Warszawa 2004.
7. Szponar B, Krzyszycha R. Ocena sposobu odżywiania studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie w roku akademickim 2007-08. *Bromat Chem Toksykol* 2009, 42(2): 111-116.
8. Kłosiewicz-Latoszek L. Zalecenia żywieniowe w prewencji chorób przewlekłych. *Probl Hig Epidemiol* 2009, 90(4): 447-450.
9. Gacek M, Chrzanowska M, Matusik S. Wybrane zachowania żywieniowe aktywnych zawodowo mężczyzn z populacji krakowskiej w zależności od wieku. *Rocz PZH* 2007, 58(3): 549-556.
10. Czech A, Grela E. Zwyczaje żywieniowe i częstotliwość spożywania produktów odżywczych wśród studentów uczelni lubelskich. *Żyw Człow Metab* 2003, 30(1/2): 81-83.
11. Gajewska M, Ostrowska A. Zróżnicowanie spożycia ryb morskich przez studentów dwóch wydziałów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. *Bromat Chem Toksykol* 2009, 42(2): 131-136.
12. Maruszewska M, Bolesławska I, Przysławski J. Preferencje i czynniki wyboru produktów mlecznych wśród osób dorosłych z regionu Wielkopolski. *Żyw Człow Metab* 2003, 30(1/2): 165-169.
13. Waśkiewicz A. Jakość żywienia i poziom wiedzy zdrowotnej u młodych dorosłych Polaków – badanie WOBASZ. *Probl Hig Epidemiol* 2010, 91(2): 233-237.

14. Międzobrodzka A, Piórecka B. Wstępne badania stanu wiedzy personelu medycznego z zakresu żywienia człowieka. *Zdr Publ* 2000, 110(12): 418-421.
15. Międzobrodzka A, Piórecka B. Poziom wiedzy studentów wydziału pielęgniarstwa z zakresu żywienia człowieka. *Pielęgniarstwo* 1999, 3(44): 54-60.
16. Piórecka B, Rak A, Nowacka A, Brzostek T, Schlegel-Zawadzka M. Wybrane elementy stanu odżywienia i sposobu żywienia mieszkańców Krakowa zagrożonych wystąpieniem oraz z rozpoznaniem choroby niedokrwiennej serca. *Ann UMCS* 2003, 58(suppl. 13): 497-501.
17. Kwaśniewska M, Bielecki W, Kaczmarczyk-Chałas K, Pikala M, Drygas W. Ocena rozpowszechnienia zdrowego stylu życia wśród dorosłych mieszkańców województwa łódzkiego i lubelskiego – projekt WOBASZ. *Prz Lek* 2007, 64(2): 61-64.
18. Kozłowska-Wojciechowska M, Jarosz A, Makarewicz-Wujec M. Poziom wiedzy na temat żywienia a zachowania żywieniowe kobiet wiejskich. *Żyw Człow Metab* 2000, 27(4): 344-354.
19. Kaiser A. Zachowania żywieniowe w rodzinach robotniczych na tle aktualnych zaleceń dietetyków. *Ann UMCS* 2004, 59 (Suppl. 14): 418-423.
20. Sadowska J, Śliwińska U. Ocena sposobu żywienia i stanu odżywienia osób w starszym wieku zamieszkałych na terenach wiejskich. *Żyw Człow Metab* 2005, 32(3): 187-201.
21. Gawel G, Piórecka B, Rak A, Nowacka A, Matyka H, Schlegel-Zawadzka M. Wiedza pielęgniarek na temat żywieniowych czynników ryzyka chorób układu krążenia. *Ann UMCS* 2003, 59(suppl. 14): 390-394.
22. Schätzer M, Rust P, Elmadfa I. Fruit and vegetable intake in Austrian adults: intake frequency, serving sizes, reasons for and barriers to consumption, and potential for increasing consumption. *Public Health Nutr* 2010, 13(4): 480-487.
23. Gopinath V. Oral hygiene practices and habits among dental professionals in Chennai. *Indian J Dent Res* 2010, 21(2):195-200.
24. Iłow R, Regulska-Iłow B. Ocena sposobu żywienia studentów Akademii Medycznej we Wrocławiu w latach 1993-1994. *Bromat Chem Toksykol* 1997, 30(1): 31-43.
25. Kupcewicz E, Kostyra H. Edukacja zdrowotna a styl życia. *Ann UMCS* 2004, 59(suppl. 14): 287-291.
26. Łopuszańska M, Szklarska A, Jankowska E. Zachowania zdrowotne dorosłych mężczyzn i kobiet w Polsce w latach 1984 i 1999. *Zdr Publ* 2004, 114(1): 23-28.
27. Jasnos I, Januszewska-Mastalerz K, Gójski K, Cieślak A, Włodarczyk I, Wanot J. Styl żywienia studentek zamieszkujących w domach akademickich. *Ann UMCS* 2003, 58(suppl. 13): 531-535.
28. Szczyrba-Maróń B, Wons A. Używanie substancji psychoaktywnych jako niekonstruktywnego sposobu radzenia sobie z trudnymi sytuacjami. *Alkohol Narkom* 2008, 21(1): 9-20.
29. Hage CN, Sayegh J, Rizk GA. Health habits and vaccination status of Lebanese residents: are future doctors applying the rules of prevention? *Med Liban* 2010, 58(2): 91-96.
30. Kuński H. Trening zdrowotny osób dorosłych. *MedSportpress*, Warszawa 2002.
31. Kuński H. Trening zdrowotny osób dorosłych stosowany w praktyce. *Med Sportiva* 2003, 7(suppl. 1): 15-25.
32. Bąk E, Kopczyńska-Sikorska J. Postrzeganie elementów promowania zdrowia wśród lekarzy i pielęgniarek w świetle reprezentowanych zachowań zdrowotnych. *Zdr Publ* 1994, 10: 341-345.
33. Kiełbasiewicz-Drozowska I, Pluta B. Rola aktywności ruchowej w organizacji czasu wolnego wybranych środowisk lekarskich. *Ann UMCS* 2004, 59(suppl. 14): 471-473.
34. Zarzeczna-Baran M, Wojdak-Haasa E. Wiedza studentów akademii medycznej w Gdańsku o niektórych elementach stylu życia. *Probl Hig Epidemiol* 2007, 88(1): 55-59.
35. Ostrowska A, Szewczyński JA. Zachowania zdrowotne studentów warszawskiej akademii medycznej. *Wiad Lek* 2002, 55(suppl. 1): 831-835.
36. Nieradko B, Borzęcki A. Aktywność fizyczna, higiena snu i zagospodarowanie czasu w ciągu dnia przez studentów Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Lublinie. *Ann UMCS* 2003, 58(1): 358-361.
37. Stasiołek D, Jegier A. Aktywność fizyczna studentów medycyny. *Nowiny Lek* 2003, 72(2):140-142.
38. Wyka J, Żechałko-Czajkowska A. Sposób żywienia z elementami styl życia 40-letnich mężczyzn z Wrocławia w aspekcie zagrożenia chorobami układu krążenia. Cz. I. Spożycie wybranych składników odżywczych. *Żyw Człow Metab* 2004, 21(3): 213-220.
39. Małachowska A, Ciok J. Rola lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w promocji zdrowia na podstawie poradnictwa żywieniowego. *Promocja Zdr Nauki Społ Med* 1998, 40(5): 15-20.