

Wybrane elementy stylu życia oraz wiedza żywieniowa otyłych osób z rozpoznaniem nadciśnieniem tętniczym

Nutritional knowledge and lifestyle of obese patients with diagnosed hypertension

Summary

Background The study was aimed at evaluating the nutritional knowledge and selected elements of lifestyle of obese patients with diagnosed arterial hypertension.

Material and methods It covered 52 persons with diagnosed arterial hypertension — patients of the Clinic of Occupational Diseases and Arterial Hypertension, Clinical Hospital of the Medical Academy in Wrocław, and was conducted from February till May 2008. The nutritional knowledge and selected elements of lifestyle were evaluated by means of own-construct, standardized questionnaire developed at the Chair of Human Nutrition, Wrocław University of Life and Environmental Sciences. It included questions from different fields referring to knowledge on rational nutrition, types of physical activity, frequency of cigarette smoking, etc.

Results Physical activity lasting each time for 20–60 minutes in free time was declared by 85.7% of the women and by 74.2% of the men. Nearly 26% of the men and 14% of the women did not perform any physical exercises. In the reported survey, evaluation included also patients' occupational physical activity. Amongst the respondents surveyed, 66.7% of the women and 35.4% of the men did not work. When asked about applying therapeutic diet, in

most cases the patients replied that they did not use any diet. Such replies were delivered by 66.7% of the women and by as many as 87.1% of the men. The high percentage of such answers indicates that the patients do not comply with dietetic recommendations as the basic element of the hypotensive therapy.

Conclusions The nutritional knowledge of the patients with arterial hypertension may be evaluated as satisfactory. Unfortunately, in most of the cases the knowledge of principles of nutrition does not translate into proper nutritional behaviors.

key words: hypertension, nutritional knowledge, life style, women, men

Arterial Hypertension 2009, vol. 13, no 4, pages 266–274.

Wstęp

Przestrzeganie zasad prawidłowego odżywiania warunkuje właściwy rozwój i funkcjonowanie organizmu człowieka. Sposób żywienia wpływa na stan zdrowia przez całe życie, jednak największe znaczenie ma w dzieciństwie i młodości, kiedy organizm podlega wielu przemianom związanym ze wzrostem i dojrzewaniem [1].

Wśród wielu schorzeń zależnych od diety wymienia się obecnie również nadciśnienie tętnicze, zakwalifikowane do grupy chorób cywilizacyjnych, ściśle związanych z nieprawidłowym stylem życia oraz niedostateczną wiedzą żywieniową. W terapii

Adres do korespondencji: dr inż. Monika Bronkowska
Wydział Nauk o Żywności, Uniwersytet Przyrodniczy we Wrocławiu,
Katedra Technologii Rolnej i Przechowalnictwa
ul. Norwida 25, 50–375 Wrocław,
e-mail: monika.bronkowska@wnoz.up.wroc.pl



Copyright © 2009 Via Medica, ISSN 1428–5851

nadciśnienia coraz więcej uwagi poświęca się leczeniu niefarmakologicznemu (lub inaczej modyfikacji stylu życia), na które zgodnie z zaleceniami *European Society of Hypertension/European Society of Cardiology* (ESC/ESH) z 2007 roku składa się:

- normalizacja masy ciała;
- stosowanie właściwej diety (m.in. ograniczenie spożycia soli i tłuszczów zwierzęcych);
- zaprzestanie palenia papierosów;
- zwiększenie aktywności fizycznej;
- ograniczenie spożycia alkoholu [2].

Leczenie niefarmakologiczne stosuje się u wszystkich osób z nadciśnieniem, niezależnie od stadium choroby. Modyfikacja stylu życia może skutecznie zwiększyć działanie leków i/lub spowodować zmniejszenie ich dawek, a jednocześnie znacznie wpłynąć na poprawę samopoczucia chorego [3–5].

Nadciśnienie tętnicze nazywane jest obecnie epidemią XXI wieku. Według aktualnych kryteriów Komitetu Ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) rozpoznaje się je, gdy w trzech kolejnych pomiarach ciśnienia wykonanych po kilkunastominutowym odpoczynku pacjenta znajdującego się w pozycji siedzącej wartości ciśnienia wynoszą 140/90 mm Hg [6].

Liczba osób cierpiących na nadciśnienie tętnicze jest bardzo wysoka. Szacuje się, że choroba ta powoduje każdego roku około 6% zgonów na całym świecie. Dodatkowo jest też najbardziej powszechnym czynnikiem ryzyka chorób układu krążenia. Leczenie nadciśnienia staje się jednak coraz bardziej skuteczne, dzięki czemu wskaźnik śmiertelności z powodu zawału czy choroby wieńcowej maleje [7].

Ocenia się, że w Polsce nadciśnienie tętnicze jest najbardziej rozpowszechnionym schorzeniem układu krążenia. Choroba ta dotyka co trzeciego dorosłego Polaka, co stanowi aż 8,5 miliona osób [6, 8]. Częstość występowania nadciśnienia sytuuje Polskę pomiędzy rozwiniętymi krajami Europy a krajami Ameryki Północnej [9].

Prawdopodobieństwo wystąpienia nadciśnienia tętniczego zwiększa się wraz z wiekiem. Podczas gdy w grupie wiekowej 40–59 lat choruje 34% osób, po przekroczeniu 60. roku życia dotyka ono już 58% ludzi [6, 10].

Cel pracy

W literaturze fachowej problem odpowiedniego żywienia pacjentów z rozpoznaniem nadciśnieniem tętniczym jest ujmowany bardzo oszczędnie, tymczasem właściwa dieta ma decydujący wpływ na przebieg choroby.

Celem pracy była ocena wiedzy żywieniowej i wybranych elementów stylu życia otyłych pacjentów ze zdiagnozowanym nadciśnieniem tętniczym, leczonych w Klinice Chorób Zawodowych i Nadciśnienia Tętniczego Szpitala Klinicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu.

Materiał i metody

Badaniem objęto 52 osoby ze zdiagnozowanym nadciśnieniem tętniczym — pacjentów Kliniki Chorób Zawodowych i Nadciśnienia Tętniczego Szpitala Klinicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu. Ankiety przeprowadzono od lutego do maja 2008 roku. W badanej grupie kobiety stanowiły 40,4%, natomiast mężczyźni — 59,6%. Średnia wieku w grupie pań wyniosła 60 lat, natomiast wśród panów — 46,6 roku.

Okolo 52% kobiet i prawie 36% mężczyzn było mieszkańcami Wrocławia, prawie 24% pacjentek oraz 55% pacjentów — miast poniżej 50 tysięcy osób, natomiast okolo 24% badanych kobiet i niecałe 10% mężczyzn pochodziło ze wsi.

Kobiety z wyższym wykształceniem stanowiły 33,3% badanej populacji, a mężczyźni — nieco ponad 19%. Okolo 29% kobiet i 42% mężczyzn miało wykształcenie średnie, a odpowiednio okolo 29 i 32% — wykształcenie zawodowe. Wykształcenie podstawowe miało prawie 10% kobiet i 6% mężczyzn.

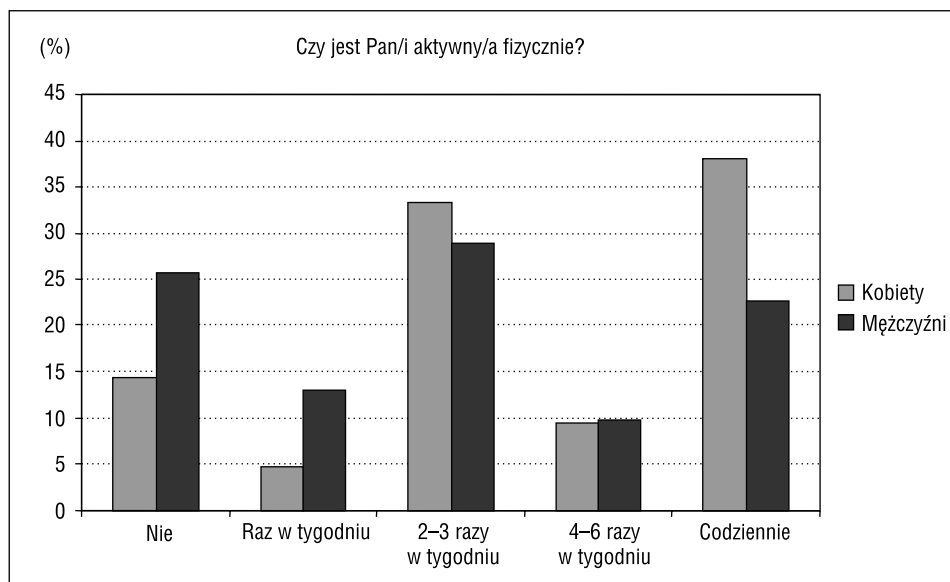
Większość kobiet (66,7%) nie pracowała zawodowo, a znaczną część (prawie 48%) stanowiły emerytki i rencistki. Pozostałe panie wykonywały pracę fizyczną (14,3%) lub umysłową (19%). Wśród mężczyzn zawodowo pracowało nieco ponad 61%, natomiast prawie 39% nie pracowało.

W grupie osób niepracujących znaleźli się emeryci i renciści (ok. 26%) oraz studenci (ok. 13%).

Do oceny wiedzy żywieniowej i wybranych elementów stylu życia wykorzystano autorski, standaryzowany kwestionariusz, opracowany w Zakładzie Żywienia Człowieka Uniwersytetu Przyrodniczego we Wrocławiu. Obejmował on różne zagadnienia, dotyczące między innymi rodzaju aktywności fizycznej, częstości palenia papierosów.

Wyniki i dyskusja

Na ocenę stylu życia badanej grupy osób składały się następujące czynniki: aktywność fizyczna, palenie papierosów, ocena własnej masy ciała, dieta oraz przyjmowanie suplementów.



Rycina 1. Ocena aktywności fizycznej w czasie wolnym od pracy

Figure 1. Evaluation of the physical activity in the free time

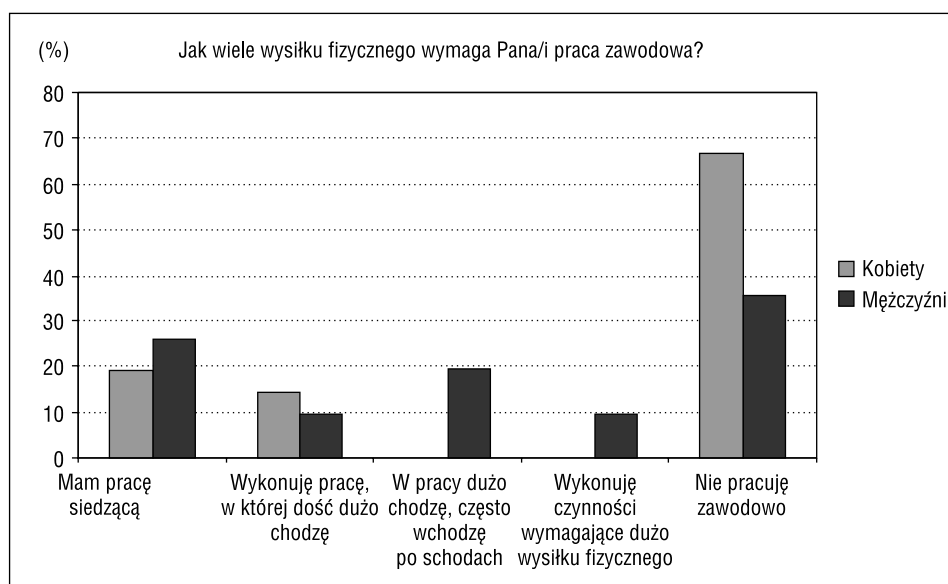
Według danych Głównego Urzędu Statystycznego, dotyczących stanu zdrowia ludności w Polsce [11], większość dorosłych Polaków spędza wolny czas biernie lub wykonuje czynności niewymagające wysiłku fizycznego. Należą do nich czytanie, oglądanie telewizji lub słuchanie radia. Na te zajęcia mężczyźni przeznaczają prawie 18 godzin w tygodniu, natomiast kobiety — około 17. Bierny sposób spędzania czasu dotyczy przede wszystkim starszych osób, szczególnie niepracujących. Spacer, gimnastyka, jazda na rowerze to najczęściej powtarzający się rodzaj aktywności fizycznej, dotyczący 31% ogółu dorosłych Polaków. Niestety, średni czas poświęcany tym zajęciom wynosi nieco ponad 8 godzin tygodniowo. Najczęściej tę formę aktywności przejawiają osoby sprawne fizycznie do 40. roku życia. Natomiast intensywny trening (np. w siłowni) lub uprawianie sportu wyczynowego są charakterystyczne głównie dla mężczyzn do 30. roku życia.

W opisywanym badaniu aktywność fizyczną w czasie wolnym od pracy oceniano na podstawie pytania: „Czy jest Pan/i aktywny/a fizycznie (spacer, pływanie, jazda na rowerze itp.)?” Wykonywanie ćwiczeń fizycznych trwających jednorazowo 20–60 minut w czasie wolnym od pracy zadeklarowało 85,7% kobiet oraz 74,2% mężczyzn. Prawie 26% mężczyzn oraz 14% kobiet stwierdziło, że nie wykonuje żadnych ćwiczeń fizycznych. Ankietowane osoby pytano także o częstotliwość aktywności ruchowej. Mała aktywność ruchowa (wykonywana raz w tygodniu) dotyczyła 4,8% kobiet oraz 13,9% mężczyzn. Osoby ćwiczące dwa, trzy razy w tygodniu klasyfikowano

jako umiarkowanie aktywne fizycznie — 33,3% kobiet oraz 29% mężczyzn. Wykonywanie ćwiczeń fizycznych codziennie lub 4–6 razy w tygodniu zaliczało do grupy o dużej aktywności fizycznej. Znalazło się w niej 47,6% kobiet oraz 32,3% mężczyzn. Taką częstotliwość aktywności fizycznej przyjęto jako zadowalającą i zgodną z aktualnymi zaleceniami zdrowotnymi. Dane te przedstawiono na rycinie 1.

Mała aktywność fizyczna większości społeczeństwa stanowi duży problem. Wyniki badań przeprowadzonych pod koniec lat 90. XX w. przez Drygasa i wsp. [12] w ramach międzynarodowego programu *Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention* (CINDI) WHO wykazały, że ponad 70% populacji osób dorosłych w Polsce prowadzi siedzący tryb życia. Oznacza to, że wykonują oni ćwiczenia fizyczne bardzo rzadko lub wcale. Tylko 6–10% tej populacji można zakwalifikować do grupy o dużej i systematycznej aktywności fizycznej.

Analizując wyniki Wieloośrodkowego Ogólnopolskiego Badania Stanu Zdrowia Ludności (WOBASZ) [13], można zauważyć, że dużą i systematyczną aktywność fizyczną w czasie wolnym od pracy deklaruje 23% kobiet oraz 27% mężczyzn, natomiast aktywność umiarkowaną około 12–13%. Wśród uczestników WOBASZ około 34% kobiet i 38% mężczyzn spełnia zalecenia ekspertów, aby ćwiczenia były wykonywane kilka razy w tygodniu, a pojedyncze sesje treningowe trwały minimum 30 minut. Niestety wciąż prawie 37% kobiet oraz 32% mężczyzn nie wykonuje żadnych ćwiczeń fizycznych, a ponad 55% kobiet i ponad 49% mężczyzn charakteryzuje się małą aktywnością fizyczną.



Rycina 2. Ocena zawodowej aktywności fizycznej

Figure 2. Evaluation of the professional physical activity

W niniejszej pracy oceniano również zawodową aktywność fizyczną osób ankietowanych. Wśród badanych 66,7% kobiet oraz 35,4% mężczyzn nie pracowało zawodowo. Wynika to głównie z ich wieku (emeryci) lub ze stanu zdrowia (renciści). Aktywnych zawodowo było 33,3% kobiet oraz 41,6% mężczyzn; pracę siedzącą deklarowało odpowiednio 19% i 25,8%. W badanej grupie pacjentów z nadciśnieniem tętniczym 14,3% kobiet oraz 9,7% mężczyzn wykonywało pracę wymagającą przemieszczania się pieszo. W grupie mężczyzn znalazły się osoby, które w ramach wykonywania obowiązków służbowych często chodzą po schodach — 19,4% lub podnoszą i przenoszą ciężkie przedmioty — 9,7% (ryc. 2).

Wyniki WOBASZ [13] dowodzą, że większość dorosłych Polaków wykonuje pracę niezwiązaną z jakimkolwiek wysiłkiem fizycznym. W tej grupie znalazło się około 30% mężczyzn oraz ponad 43% kobiet. Dodatkowo to właśnie te osoby przemieszczają się najczęściej do i z pracy samochodem lub komunikacją publiczną. Ciężką pracę fizyczną wykonywało 28% kobiet oraz 48% mężczyzn, natomiast lekką lub umiarkowaną — 22–28% dorosłych.

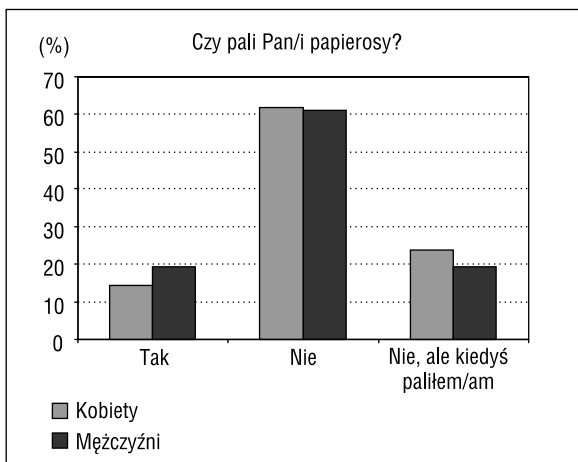
Uzyskane dzięki WOBASZ [13] pozytywne wyniki dotyczące stopniowego wzrostu aktywności fizycznej Polaków w latach 2002–2004 (w porównaniu z latami 90. XX w.) nie mogą przesłonić faktu, że dwie trzecie dorosłych kobiet i mężczyzn wciąż nie osiąga zalecanego poziomu wysiłku fizycznego, a 50% z nich nie wykonuje żadnych ćwiczeń fizycznych. Siedzący tryb życia jest nadal najbardziej powszechnym w Polsce czynnikiem ryzyka rozwoju chorób układu krążenia oraz innych chorób.

W przedstawionej analizie 62% kobiet oraz 61% mężczyzn twierdziło, że nie pali i nigdy nie paliło papierosów (ryc. 3). Z raportu GUS wynika, że taką deklarację złożyła ponad połowa (51%) dorosłych Polaków [11]. Natomiast według rezultatów WOBASZ osoby niepalące to 67% kobiet oraz 46% mężczyzn w Polsce [14].

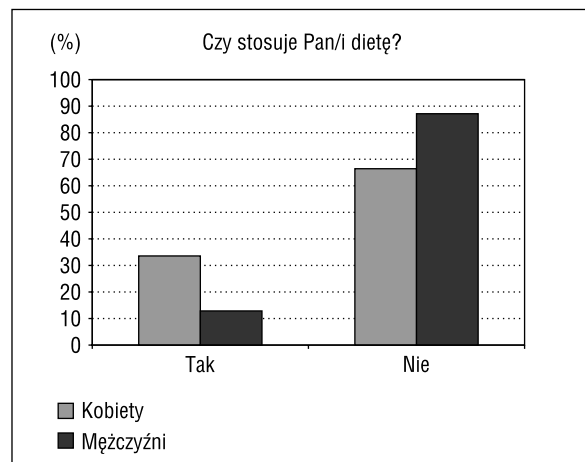
Odsetek byłych palaczy odnotowany w niniejszej pracy to 23,8% kobiet oraz 19,5% mężczyzn, których do zerwania z nałogiem zmusił przede wszystkim stan zdrowia. Według danych GUS w przeszłości paliło codziennie, ale rzuciło palenie, 12,1% respondentów (16,5% mężczyzn i 8% kobiet) — rycina 3. Wśród byłych palaczy decyzję o rzuceniu palenia najczęściej podejmowały osoby wykształcone oraz żyjące w związkach małżeńskich [11]. Odsetek byłych palaczy w badaniu WOBASZ wyniósł 12% wśród mężczyzn i 8% wśród kobiet. Ten stosunkowo niski odsetek może świadczyć o braku świadomości zagrożeń, które wynikają z palenia papierosów, niskiej efektywności prowadzonych działań prewencyjnych oraz uregulowań prawnych, dotyczących między innymi zakazu palenia w miejscach publicznych [14].

Dane GUS wskazują, że palaczami są najczęściej osoby w wieku 20–60 lat. Szczególnie często nałóg palenia występuje wśród czterdziestolatków — pali prawie połowa mężczyzn i co druga kobieta. Według tych danych codziennie pali 26,3% osób dorosłych (33,9% mężczyzn i 19,3% kobiet) [11].

W badanej przez autorów grupie osób z nadciśnieniem tętniczym do palenia papierosów przynależało



Rycina 3. Odpowiedzi na pytanie: „Czy pali Pan(i) papierosy?”
Figure 3. Answers to a question: „Are you smoking cigarettes?”



Rycina 4. Odpowiedzi na pytanie: „Czy stosuje Pan(i) dietę?”
Figure 4. Answers to a question: „Are you on a diet?”

się 14% kobiet oraz 19% mężczyzn, którzy jednocześnie zadeklarowali chęć rzucenia nałogu. Zgodnie z wynikami WOBASZ nałóg palenia tytoniu w Polsce dotyczy 42% mężczyzn oraz 25% kobiet, wśród których około 80% ankietowanych wyraża chęć zerwania z nałogiem. Motywację stanowi przede wszystkim obawa przed chorobą, względy finansowe; czasem jest to nieuzasadniona racjonalnymi argumentami spontaniczna decyzja. Według autorów pracy osoby próbujące zerwać z nałogiem powinny być wspierane działaniami edukacyjnymi i motywacyjnymi, popartymi autorytetem lekarza. Tym bardziej jest to istotne, jeśli zwrócić uwagę na fakt, że u osób, które zerwały z nałogiem, ryzyko wystąpienia chorób układu krążenia po 10 latach od zaprzestania palenia, jest porównywalne do ryzyka występującego u osób nigdy niepalących [14].

Kolejnym kryterium badawczym zastosowanym w niniejszej pracy była ocena własnej masy ciała ankietowanych. Pytano, czy zauważyli oni jej zmianę w ciągu ostatnich trzech miesięcy. W grupie kobiet 71% respondentek odpowiedziało twierdząco. Odnotowały one spadek masy ciała o więcej niż 3 kg ($n = 5$), ale niektóre z nich także jej wzrost o 1–3 kg ($n = 3$) oraz o więcej niż 3 kg ($n = 4$). Część kobiet ($n = 3$) nie potrafiła określić, o ile wzrosła lub zmalała masa ich ciała. Brak zmian masy ciała stwierdziło 29% badanych kobiet. Wśród mężczyzn 52% pytanych stwierdziło, że w ciągu ostatnich trzech miesięcy nie odnotowali zmiany masy ciała. Pozostałe 49% zauważyło jej spadek o więcej niż 3 kg ($n = 8$) oraz o 1–3 kg ($n = 2$) bądź jej przyrost również o więcej niż 3 kg ($n = 1$) oraz o 1–3 kg ($n = 3$). Część respondentów odpowiedziała, że zauważyli spadek masy ciała, ale trudno jest określić o ile kilogramów ($n = 1$).

Badane osoby zapytane o dietę w większości stwierdziły, że nie stosują żadnej. Takiej odpowiedzi udzieliło 66,7% ankietowanych kobiet oraz aż 87,1% mężczyzn. Wysoki odsetek wskazuje, że pacjenci nie stosują się do zaleceń dietetycznych jako podstawowego elementu leczenia hipotensyjnego. Jedynie 12,9% mężczyzn oraz 33,3% kobiet zadeklarowało stosowanie diety. Wśród wymienianych diet znalazły się: cukrzycowa ($n = 4$), dieta o obniżonej zawartości tłuszczu ($n = 3$), lekkostrawna ($n = 2$), śródziemnomorska ($n = 2$), o obniżonej zawartości cholesterolu ($n = 1$) oraz stosowana w chorobach jelit ($n = 1$). Mimo powszechnie występującej nadwagi i otyłości w badanej grupie, tylko jedna osoba stosowała dietę redukcyjną (ryc. 4).

Podobne dane uzyskano w WOBASZ [15] — odnotowano duży odsetek pacjentów (ok. 70%) z nadwagą lub otyłością, lecz zaledwie 1% z nich deklarował stosowanie diety redukującej masę ciała.

Z raportu GUS wiadomo, że 15% populacji osób dorosłych zmieniło swój sposób żywienia w ciągu ostatnich trzech lat. Jako powód często była podawana nadwaga, niestety zazwyczaj przez osoby, u których wartość wskaźnika masy ciała (BMI, *body mass index*) mieściła się w normie lub wręcz wskazywała na niedowagę. Jedynie co piąta osoba wążąca za dużo postanowiła w walce z nadwagą wprowadzić zmiany w swoim codziennym jadłospisie, jednak głównie z powodu dolegliwości zdrowotnych. Tylko około 6% osób z nadwagą lub otyłością zmieniło nawyki żywieniowe z powodu istniejącej nadwagi, a kolejne 3% z chęci zmiany stylu życia na zdrowszy [11].

Regularne przyjmowanie suplementów diety zadeklarowało 71% kobiet i tylko 29% mężczyzn, natomiast sporadyczne odpowiednio 23,8 i 22,6%. Najczęściej stosowanym uzupełnieniem diety w badanej

populacji były połączenia witamin i składników mineralnych, głównie magnezu, potasu oraz witamin z grupy B (n = 22), a nieco rzadziej — przyjmowane były tylko sole mineralne (n = 8) lub tylko witaminy (n = 5). Jedna osoba wspomniała o przyjmowaniu suplementów innych niż wymienione w ankiecie (n = 3 i n = 6). Około 48% mężczyzn i 5% kobiet nie stosuje żadnych suplementów diety.

W niniejszej pracy dokonano także próby oceny wiedzy o żywności, żywieniu i jego wpływu na zdrowie badanych pacjentów ze zdiagnozowanym nadciśnieniem tętniczym. Informacje składające się na tę ocenę uzyskano na podstawie kwestionariusza zawierającego pytania dotyczące takich uwarunkowań. Mimo że aż około 94% grupy uważało, że sposób żywienia ma wpływ na stan zdrowia człowieka, wykazany w ankiecie poziom wiedzy żywieniowej był różnicowany.

Źródłem wiadomości na temat właściwego odżywiania dla ponad połowy ankietowanych (55,8%) są książki popularne i prasa. Pozostali (44,2%) odpowiedzieli, że wiedzę tę czerpali z tradycji kulinarnych rodzinnego domu.

W kwestionariuszu dotyczącym wiedzy żywieniowej pytano, które produkty są źródłem istotnych składników odżywczych. Prawie 60% ankietowanych udzielało prawidłowych odpowiedzi i za najlepsze źródło żelaza uznało zielone części roślin, około 40% uważało, że są to ryby, a kolejne 34,6% — że mięso i jego przetwory.

Połowa respondentów uznała jajo za produkt, który jest dobrym źródłem pełnowartościowego białka. Około 44% wskazało wołowinę. Na uwagę zasługuje fakt, że kolejne 44,2% respondentów, w tym prawie 60% kobiet, podaje soję jako źródło białka o wysokiej wartości odżywczej.

Błonnik pokarmowy jest istotnym składnikiem w diecie osób z nadciśnieniem tętniczym. Prawie

56% badanych osób wiedziało, że jego źródłem jest razowy chleb, natomiast 13,5% wskazywało marchew. Niestety, prawie 31% pacjentów nie wiedziało, w jakich produktach występuje błonnik.

Uczestnicy ankiety pytani o źródła przeciwutleniaczy w około 60% udzielili odpowiedzi „nie wiem”. Warto natomiast podkreślić, że ponad 30% badanych wiedziało, że źródłem substancji antyoksydacyjnych są między innymi: papryka, pomidor i marchew. Ponad połowa kobiet (52,4%) udzieliła właśnie takiej odpowiedzi.

Cholesterol jest składnikiem, którego podaż powinna być ograniczana u chorych z nadciśnieniem. Wśród respondentów 75% uważało masło za produkt bogaty w cholesterol, natomiast 36,2% twierdziło, że są to podroby. Niestety aż 40% wszystkich osób za źródło cholesterolu uznało margarynę, która jako tłuszcz pochodzenia roślinnego nie zawiera tego składnika.

Wśród osób biorących udział w ankiecie sprawdzano znajomość źródeł witamin rozpuszczalnych w tłuszczach — A i E. Odpowiedzi „nie wiem” udzieliło około 33% respondentów pytanych o produkty bogate w witaminę A oraz 51,9% przypadku pytanych o witaminę E. Marchew jako dobre źródło witaminy A została wymieniona przez około 31% ankietowanych. Nieco więcej, bo około 35% pacjentów twierdziło, że najlepszym źródłem tej witaminy jest olej słonecznikowy. Prawie 30% uważało, że olej słonecznikowy jest również bogaty w witaminę E (tab. I i II).

Aby sprawdzić, czy osoby z wysokim ciśnieniem krwi wiedzą, które składniki i produkty powinny wykluczyć z diety, zadano pytanie: „Którego ze składników pokarmowych/produktów należy unikać, aby zapobiec nadciśnieniu tętniczemu?” Najczęściej wskazywano tłuszcze zwierzęce (90,4%) oraz cholesterol (71,2%). Około 21% ankietowanych uznało, że należy także ograniczyć podaż węglowodanów.

Tabela I. Odpowiedzi na pytanie: „Który produkt ma Pana/i zdaniem najwięcej witaminy A?”

Table I. Answers to a question: „Which product contains the highest amount of vitamin A?”

	Kobiety (n = 21)		Mężczyźni (n = 31)		Razem (n = 52)	
	Liczba	Odsetek	Liczba	Odsetek	Liczba	Odsetek
Olej słonecznikowy	12	57,1	6	19,4	18	34,6
Ser twarogowy	2	9,5	2	6,5	4	7,7
Marchew	8	38,1	8	25,8	16	30,8
Jabłko	2	9,5	3	9,7	5	9,6
Mleko	1	4,8	1	3,2	2	3,8
Fasola	3	14,3	5	16,1	8	15,4
Nie wiem	3	14,3	14	45,2	17	32,7

Tabela II. Odpowiedzi na pytanie: „Który produkt ma Pana/i zdaniem najwięcej witaminy E?”**Table II.** Answers to a question: „Which product contains the highest amount of vitamin E?”

	Kobiety (n = 21)		Mężczyźni (n = 31)		Razem (n = 52)	
	Liczba	Odsetek	Liczba	Odsetek	Liczba	Odsetek
Olej słonecznikowy	11	52,4	4	12,9	15	28,8
Ser twarogowy	2	9,5	0	0	2	3,8
Marchew	3	14,3	5	16,1	8	15,4
Jabłko	1	4,8	3	9,7	4	7,7
Mleko	1	4,8	1	3,2	2	3,8
Fasola	3	14,3	2	6,5	5	9,6
Nie wiem	7	33,3	20	64,5	27	51,9

Prawie 81% respondentów uznało, że produktem, który należy wykluczyć z diety, jest sól kuchenna, a około 52% z nich stwierdziła, że cukier. Nieco ponad 34% osób uznało, że trzeba unikać jaj jako źródła cholesterolu (tab. III i IV).

Wysoki odsetek osób z nadwagą i otyłością skłaniał do zapytania o produkty stosowane w diecie odchudzającej. Ankietowani udzielili w poprawnych odpowiedzi, mówiąc, że są to warzywa (92,3%), kasza gryczana (88,5%) oraz mleko 0,5 % tłuszczu (61,5%) — tabela V.

Wnioski

Wiedzę żywieniową pacjentów z nadciśnieniem tętniczym można uznać za zadowalającą. Prawidłowych odpowiedzi częściej udzielały kobiety, co może wynikać z wyższego odsetka osób z wyższym wykształceniem w tej grupie. Niestety w większości przypadków znajomość zasad żywienia nie przekłada się na prawidłowe zachowania żywieniowe.

Waśkiewicz i wsp. [15] stwierdzili, że wiedza żywieniowa dorosłych Polaków kształtuje się na niskim poziomie. Tylko 20–25% ankietowanych było świadomych, że redukcja podaży soli oraz regularne jadenie warzyw i owoców są niezbędne w prewencji chorób układu krążenia, a 37% populacji zdaje sobie sprawę z konieczności obniżenia konsumpcji tłuszczów. Zachowania żywieniowe są odzwierciedleniem niskiego poziomu wiedzy. Dietę niskotłuszczową oraz o obniżonej zawartości cholesterolu stosuje co piąta osoba, natomiast dietę redukcyjną — zaledwie jedna na 100. Około 19% kobiet i 25% mężczyzn deklaruje, że dodaje sól do już słonych potraw, a odpowiednio 32% i 49% przyznaje się do spożywania mięsa i produk-

tów mięsnych z widocznym tłuszczem lub drobiu ze skórą. Pomimo obiektywnie niekorzystnych zwyczajów dietetycznych 46% ankietowanych kobiet i 58% mężczyzn uważa swoje zachowania żywieniowe za prawidłowe.

Streszczenie

Wstęp Celem pracy była ocena wiedzy żywieniowej i wybranych elementów stylu życia otyłych pacjentów ze zdiagnozowanym nadciśnieniem tętniczym, leczonych w Klinice Chorób Zawodowych i Nadciśnienia Tętniczego Szpitala Klinicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu.

Materiał i metody Badaniem objęto 52 osoby ze zdiagnozowanym nadciśnieniem tętniczym — pacjentów Kliniki Chorób Zawodowych i Nadciśnienia Tętniczego Szpitala Klinicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu. Ankiety przeprowadzono od lutego do maja 2008 roku. Do oceny wiedzy żywieniowej i wybranych elementów stylu życia wykorzystano autorski, standaryzowany kwestionariusz opracowany w Zakładzie Żywienia Człowieka Uniwersytetu Przyrodniczego we Wrocławiu. Obejmował on różne zagadnienia, dotyczące między innymi rodzaju aktywności fizycznej, częstości palenia papierosów.

Wyniki Wykonywanie ćwiczeń fizycznych trwających jednorazowo 20–60 minut w czasie wolnym od pracy zadeklarowało 85,7% kobiet oraz 74,2% mężczyzn. Prawie 26% mężczyzn oraz 14% kobiet nie wykonywało żadnych ćwiczeń fizycznych. W niniejszej pracy oceniano również zawodową aktywność fizyczną osób ankietowanych. Wśród badanych 66,7% kobiet oraz 35,4% mężczyzn nie pracowało zawodowo. Zapytani o dietę respon-

Tabela III. Odpowiedzi na pytanie: „Które ze składników diety należałoby ograniczyć, aby zapobiec nadciśnieniu tętniczemu?”**Table III.** Answers to a question: „What dietary products should be limited to prevent arterial hypertension?”

	Kobiety (n = 21)		Mężczyźni (n = 31)		Razem (n = 52)	
	Liczba	Odsetek	Liczba	Odsetek	Liczba	Odsetek
Węglowodany	7	33,3	4	12,9	11	21,2
Tłuszcze zwierzęce	19	90,5	28	90,3	47	90,4
Wapń	0	0	0	0	0	0
Witamina C	0	0	0	0	0	0
Blonnik pokarmowy	0	0	0	0	0	0
Żelazo	0	0	0	0	0	0
Cholesterol	15	71,4	22	71,0	37	71,2
Tłuszcze roślinne	1	4,8	1	3,2	2	3,8
Selen	0	0	0	0	0	0
Nie wiem	2	9,5	1	3,2	3	5,8

Tabela IV. Odpowiedzi na pytanie: „Które z produktów spożywczych należałoby ograniczyć, aby zapobiec nadciśnieniu tętniczemu?”**Table IV.** Answers to a question: „What dietary products should be limited to prevent arterial hypertension?”

	Kobiety (n = 21)		Mężczyźni (n = 31)		Razem (n = 52)	
	Liczba	Odsetek	Liczba	Odsetek	Liczba	Odsetek
Owoce	0	0	0	0	0	0
Warzywa	0	0	1	3,2	1	1,9
Pieczycwo	4	19,0	2	6,5	6	11,5
Sól kuchenna	16	76,2	26	83,9	42	80,8
Kefir	0	0	0	0	0	0
Mięso drobiowe	3	14,3	2	6,5	5	9,6
Jaja	8	38,1	10	32,3	18	34,6
Ketchup	5	23,8	6	19,4	11	21,2
Cukier	12	57,1	15	48,4	27	51,9
Nie wiem	2	9,5	4	12,9	6	11,5

Tabela V. Odpowiedzi na pytanie: „Jakie produkty należy spożywać w diecie odchudzającej?”**Table V.** Answers to a question: „What products are indicated for a person on a slimming diet?”

	Kobiety (n = 21)		Mężczyźni (n = 31)		Razem (n = 52)	
	Liczba	Odsetek	Liczba	Odsetek	Liczba	Odsetek
Mleko 3,2% tłuszczu	0	0	0	0	0	0
Mleko 0,5% tłuszczu	12	57,1	20	64,5	32	61,5
Warzywa	19	90,5	29	93,5	48	92,3
Kasza gryczana	16	76,2	20	64,5	46	88,5
Frytki	0	0	0	0	0	0
Żółte sery	0	0	1	3,2	1	1,9
Nie wiem	2	9,5	2	6,5	4	7,7

denci w większości odpowiedzieli, że nie stosują żadnej. Takiej deklarację złożyło 66,7% kobiet oraz aż 87,1% mężczyzn. Wysoki odsetek wskazuje, że pacjenci nie stosują się do zaleceń dietetycznych jako podstawowego elementu leczenia hipotensyjnego.

Wnioski Wiedzę żywieniową pacjentów z nadciśnieniem tętniczym można uznać za zadowalającą. Niestety w większości przypadków znajomość zasad żywienia nie przekłada się na prawidłowe zachowania żywieniowe.

słowa kluczowe: nadciśnienie tętnicze, wiedza żywieniowa, styl życia, kobiety, mężczyźni
Nadciśnienie Tętnicze 2009, tom 13, nr 4, strony 266–274.

Piśmiennictwo

1. Kunachowicz H., Misztal-Czarnowska E., Turlejska H. Zasady żywienia człowieka. Wydawnictwo WSiP, Warszawa 2007.
2. Postępowanie w nadciśnieniu tętniczym — wytyczne ESC/ESH 2007. *Med. Prakt.* 2007; 7 (197): 9–157.
3. Januszewicz A. Co trzeba wiedzieć o nadciśnieniu tętniczym? Wydawnictwo Server Polska Sp. z o.o., Warszawa 1997.
4. Januszewicz A. Nadciśnienie tętnicze. Zarys patogenezy, diagnostyki i leczenia, Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2002.
5. Rywik S., Januszewicz P., Januszewicz A., Klimczak-Wieteska A., Kabat M., Grodzicki T. Aktualne problemy leczenia chorego na nadciśnienie tętnicze, Ośrodek Informacji Naukowej „Polfa” Sp. z o.o., Warszawa 2000.
6. Respondek W., Jarosz M., Rychlik E., Wolnicka K., Sajór I. Nadciśnienie tętnicze. Porady lekarzy i dietetyków, Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2006.
7. Wolf-Maier K., Cooper R., Kramer H. i wsp. Hypertension treatment and control in five european countries, Canada and the United States. *Hypertens.* 2004; 43: 10–17.
8. Palmer A. Nadciśnienie. Wydawnictwo Helion, Warszawa 2007.
9. Tykarski A., Posadzy-Małańczyńska A., Wyrzykowski B. i wsp. Rozpowszechnienie nadciśnienia tętniczego oraz skuteczność jego leczenia u dorosłych mieszkańców naszego kraju. Wyniki programu WOBASZ. *Kardiol. Pol.* 2005; 6 (supl. 4): 614–619.
10. Banach M., Goch A. Co lekarz powinien wiedzieć o postępowaniu w nadciśnieniu tętniczym? *Przew. Lek.* 2006; 10: 20–28.
11. Główny Urząd Statystyczny Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r., Wydawnictwo GUS, Warszawa 2006.
12. Drygas W. Postępy w profilaktyce chorób serca i naczyń w okresie ostatnich pięciu lat. www.umed.lodz.pl/geriatria/pdf/Postepy_w_profil_CHUK_TK.pdf; 15.03.2009
13. Drygas W., Kwaśniewska M., Szczeniawska D. i wsp. Ocena poziomu aktywności fizycznej dorosłej populacji Polski. Wyniki programu WOBASZ. *Kardiol. Pol.* 2005; 6 (supl. 4): 51–55.
14. Polakowska M., Piotrkowski W., Tykarski A. i wsp. Nałóg palenia tytoniu w populacji polskiej. Wyniki programu WOBASZ. *Kardiol. Pol.*, 2005; 6 (supl. 4): 51–56.
15. Waśkiewicz A., Piotrowski W., Sygnowska E. i wsp. Quality of nutrition and health knowledge in subjects with diagnosed cardiovascular diseases in the Polish population — National Multicentre Health Survey (WOBASZ). *Kardiol. Pol.* 2008; 66: 507–513.