Wiedza żywieniowa pracowników ochrony zdrowia

Nutrition knowledge of healthcare staff

Katarzyna B. Bator^{A–D,F}

Katedra i Zakład Podstawowych Nauk Medycznych, Wydział Zdrowia Publicznego w Bytomiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Bytom

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych, D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, ISSN 2082–9876 (print), ISSN 2451–1870 (online)

Piel Zdr Publ. 2017;7(3):177–187

Adres do korespondencji

Katarzyna Bator
e-mail: katkabator@gmail.com

Konflikt interesów

Nie występuje

Podziękowania

Pragnę złożyć serdeczne podziękowania prof. dr. n. med. Jerzemu Jochemowi za nieocenione porady w przygotowaniu publikacji, cierpliwość i wyrozumiałość, szczególnie za pomoc w jasnym formułowaniu myśli naukowej oraz motywację do dalszego zgłębiania zagadnień naukowych. Dziękuję też mojej Mamie Aleksandrze Wróblewskiej za sfinansowanie zakupu sprzętu niezbędnego do przeprowadzenia badania.

Praca wpłynęła do Redakcji: 15.07.2016 r.

Po recenzji: 21.10.2016 r.

Zaakceptowano do druku: 12.04.2017 r.

Streszczenie

Wprowadzenie. Żywnienie jest najważniejszym czynnikiem kształtującym stan zdrowia człowieka, a w czasie choroby wpływa na proces leczenia. W zapobieganiu chorobom istotną rolę odgrywa edukacja zdrowotna społeczeństwa, zwłaszcza dotycząca odżywiania i aktywności fizycznej. Proces ten zależy od wykwalifikowanego personelu medycznego. Właściwie zorganizowana opieka medyczna powinna charakteryzować się możliwie jak najwyższą jakością i efektywnością z wykorzystaniem odpowiedniego poziomu wiedzy pracowników ochrony zdrowia.

Cel pracy. Ocena wiedzy żywieniowej, wiedzy z zakresu profilaktyki zdrowotnej oraz stanu odżywienia pracowników ochrony zdrowia.

Materiał i metody. Badanie przeprowadzono wśród 113 pracowników jednego ze szpitali powiatowych województwa śląskiego. W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego z użyciem anonimowej ankiety (I etap) oraz analizę BIA składu ciała za pomocą urządzenia Tanita BC 420 P MA (II etap).

Wyniki. Na podstawie przeprowadzonych badań zaobserwowano, że posiadana przez pracowników ochrony zdrowia wiedza dotycząca żywienia i prozdrowotnych zachowań żywieniowych jest niewystarczająca. Wartości BMI wskazywały na występowanie nadmiernej masy ciała u większości badanych (64,61%). U prawie połowy pracowników szpitala (49%) stwierdzono ponadnormatywną zawartość tkanki tłuszczowej.

Wnioski. Ankietowanych charakteryzuje niedostateczny poziom wiedzy żywieniowej. Nie wykazano korelacji między wiedzą żywieniową a stanem odżywienia respondentów. Lekarze i pielęgniarki mają większą wiedzę od pozostałych pracowników. Rolę opiekuna i edukatora żywieniowego w placówkach ochrony zdrowia powinien pełnić wykwalifikowany dietetyk.

Słowa kluczowe: stan odżywienia, pracownicy ochrony zdrowia, impedancja bioelektryczna, wiedza żywieniowa

DOI

10.17219/pzp/70426

Copyright

© 2017 by Wrocław Medical University

This is an article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Abstract

Background. Cardiovascular diseases are the leading cause of death in the group of so-called diseases of affluence. They are caused by many factors, among them hypertension, diabetes, poor diet, etc. Some of these factors result from the lifestyle and can be modified. Adequate knowledge enables the people to change their current way of life and can prevent the occurrence of these diseases in the future.

Objectives. The aim of the study was to assess the level of knowledge of students on the risk factors for cardiovascular diseases and the basic rules of prevention against this group of diseases, in particular the correct values of selected cardiac indicators and types of physical activity, reducing the risk of diseases.

Material and methods. The study included 150 students of the Faculty of Health Sciences at the Medical University of Białystok. For this purpose a diagnostic survey method using a original questionnaire was used.

Results. Based on the results, it was found that the students had a good level of knowledge about risk factors and physical activity, but showed lower knowledge of the correct values of the indicators, such as total cholesterol, or HDL cholesterol. The knowledge of the respondents was rated good in 40% of respondents, and about 39% of respondents presented a satisfactory level of knowledge.

Conclusions. The conducted study revealed that the level of respondent's knowledge about risk factors and the basic principles of prevention of diseases of the cardiovascular system is mostly good or satisfactory. In view of the significant differences between the fields and degrees of study the level of education on the risk factors and the basic rules of prevention against cardiovascular diseases should be increased in all fields of education. The level of knowledge of students should be systematized and constantly updated according to the latest guidelines developed by specialized scientific societies.

Key words: risk factors, knowledge, students, disease prevention

Wprowadzenie

Placówki medyczne, zwłaszcza takie jak szpital, to doskonałe miejsce na prowadzenie działalności edukacyjnej pacjentów z zakresu prawidłowego odżywiania oraz jego wpływu na stan zdrowia. Liczne badania dowodzą, że właściwe odżywianie wspomaga proces leczenia, niejednokrotnie skracając czas jego trwania, ograniczając koszty, a w wielu jednostkach chorobowych jest elementarną częścią tego procesu. Prawidłowe odżywianie odgrywa szczególnie ważną rolę w profilaktyce chorób dietozależnych.

Jakość i efektywność świadczeń medycznych w ochronie zdrowia jest uzależniona między innymi od wiedzy i umiejętności pracowników placówek ochrony zdrowia. Zadaniem tych osób jest nie tylko realizacja procesu leczenia, ale także edukowanie i wspieranie pacjentów w działaniach na rzecz umacniania zdrowia.¹⁻³

Placówka, w której przeprowadzono niniejsze badanie, należy do Sieci Szpitali Promujących Zdrowie. Celem przewodnim takich szpitali jest rozpowszechnianie idei promocji zdrowia w środowisku szpitalnym i na obszarze objętym jego działaniami profilaktyczno-terapeutycznymi, edukacja zdrowotna, zwłaszcza z zakresu właściwego odżywiania, oraz szeroko rozumiane zdrowie publiczne. Polska Sieć Szpitali Promujących Zdrowie powstała w 1992 r. z inicjatywy Zakładu Promocji Zdrowia (obecnie Zakład Analiz i Promocji Zdrowia) ówczesnego Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia w Warszawie. Obecnie Ośrodek Koordynacyjny Polskiej Sieci mieści się w Zakładzie Zdrowia Publicznego Wydziału Nauk o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Oficjalne rozpoczęcie prac nad projektem powstania takiej sieci wg modelu zatwierdzonego przez WHO (World Health Organization) miało miejsce w Instytucie Socjolo-

gii Medycyny im. Ludwiga Boltzmanna (Wiedeń) w 1989 r. Zgodnie z „Rekomendacjami wiedeńskimi” z 1997 r. szpitale są placówkami, które mają bardzo szeroki dostęp do znacznej grupy społeczeństwa (pracownicy, pacjenci oraz ich rodziny i opiekunowie).

Nauki medyczne są dziedziną, która nieustająco się rozwija. W związku z powyższym również pracownicy ochrony zdrowia są zobowiązani do stałego podnoszenia kwalifikacji zawodowych. Ich obowiązki wymagają interdyscyplinarnej wiedzy medycznej. Pobyt pacjenta w szpitalu to przecież proces składający się nie tylko z diagnostyki, leczenia i pielęgnacji, ale także żywienia, a specjalistą z zakresu prawidłowego odżywiania zarówno osób zdrowych, jak i chorych powinien być wykwalifikowany dietetyk.⁴⁻⁷ Obecnie, w dobie przemian i restrukturyzacji ochrony zdrowia, część placówek szpitalnych zrezygnowała z etatu dietetyka.⁸

Celem przeprowadzonych badań była ocena wiedzy żywieniowej oraz wiedzy z zakresu profilaktyki zdrowotnej wśród pracowników ochrony zdrowia, a ponadto:

- badanie korelacji między wiedzą pracowników ochrony zdrowia a stanem odżywienia badanej grupy,
- wykazanie zależności między wykonywanym zawodem a poziomem wiedzy żywieniowej,
- odpowiedź na pytanie, czy posiadana przez pracowników wiedza żywieniowa jest wystarczająca, aby zapewnić pacjentom właściwą opiekę medyczną oraz edukację prozdrowotną z zakresu prawidłowego odżywiania.

Materiały i metody

Badanie przeprowadzono wśród pracowników Szpitala Powiatowego w Pyskowicach. Kryterium kwalifikującym

do udziału w badaniu było posiadanie statusu pracownika szpitala powiatowego. W szpitalu jest zatrudnionych: 28 lekarzy, 78 pielęgniarek, 23 położne, 23 techników medycznych, 1 dietetyk oraz 13 pracowników administracji (166 osób). Udział w projekcie był dobrowolny i miał charakter anonimowy – badaniem objęto 113 pracowników, przeprowadzono je w kwietniu 2016 r.

Aby ocenić wiedzę żywieniową i skorelować ją ze stanem odżywienia, przeprowadzono badanie w 2 etapach: I etap – wypełnienie ankiety oraz II etap – analiza składu ciała pracowników.

Kwestionariusz ankiety (autorski) składał się z 2 części: metryczki (dane: wzrost, wiek, płeć, rodzaj wykonywanego zawodu) oraz 20 pytań testowych (test jednokrotnego wyboru). Pomiarów dokonano z użyciem nieinwazyjnej metody impedancji bioelektrycznej (Bioelectrical Impedance Analysis – BIA) za pomocą urządzenia Tanita BC 420 P MA, dzięki czemu baza danych została uzupełniona o następujące informacje: masa ciała w kg (weight), % tkanki tłuszczowej ogółem (fat), masa mięśniowa w kg (muscle mass), TBW % (Total Body Water – zawartość wody w organizmie), wskaźnik Visceral Fat Rating (wisceralna tkanka tłuszczowa) oraz wartość BMI (Body Mass Index).

Ze względu na wprowadzenie nowego narzędzia badawczego przeprowadzono badanie pilotażowe wśród 15 pracowników ochrony zdrowia spoza jednostki objętej badaniem. Ankietę wypełnili: 1 lekarz (72% poprawnych odpowiedzi), 3 pielęgniarki (średni wynik: 67% poprawnych odpowiedzi), 4 techników medycznych (46%), 5 dietetyków (89%) oraz 2 pracowników administracji (67%). Na podstawie zawartych w ankiecie uwag dokonano modyfikacji kwestionariusza.

Pytania zamieszczone w kwestionariuszu ankiety pozwoliły na zweryfikowanie wiedzy żywieniowej i wiedzy

z zakresu profilaktyki chorób dietozależnych wśród pracowników ochrony zdrowia. Pytania te podzielono na 3 grupy zagadnień powiązanych z charakterystycznymi dla każdego z oddziałów szpitala jednostkami chorobowymi lub stanem fizjologicznym. W szpitalu są wyodrębnione 3 oddziały: wewnętrzny (pyt. 1–5), ginekologiczno-położniczy (pyt. 6–9) i chirurgiczny (pyt. 10, 11, 13). Pytania 12 i 14–18 sprawdzały wiedzę ogólną o żywieniu, a 19 i 20 dotyczyły samooceny poziomu wiedzy oraz jej źródeł.

Uzyskane dane poddano analizie statystycznej z wykorzystaniem programu STATISTICA 8 (Stat Soft, Inc. 2008) oraz arkusza kalkulacyjnego MS Excel. Do oceny istnienia zależności między analizowanymi wskaźnikami użyto testu χ^2 , przyjmując poziom istotności $p = 0,05$.

Wyniki

W badanej grupie kobiety stanowiły 80,53%, a mężczyźni 19,47%, co jest charakterystyczne dla zawodów medycznych. Średnia wieku wynosiła 47,8 lat ($\pm 8,95$ roku). Najmłodszy uczestnik badania miał 24 lata, a najstarszy 65 lat. Lekarze stanowili 21,23% badanej grupy, położne – 10,61%, pielęgniarki – 45,13%, technicy medyczni – 15,92%, a pracownicy administracji – 6,19%. Badaniem został objęty również jeden dietetyk.

Badane osoby zapytane o źródło swojej wiedzy żywieniowej w większości odpowiedziały, że stanowi je „wykształcenie medyczne – inne kierunki niż dietetyka” (91,15% odpowiedzi), poza tym odpowiednio: literatura fachowa (18,57%), Internet (45,13%), programy telewizyjne (40,71%) oraz gazety, broszury, ulotki (43,36%). Większość pracowników szpitala określiła swoją wiedzę jako średnią (62,83%). Zaledwie 15,05% badanych osób oceniło ją wysoko lub bardzo wysoko (ryc. 1).

Ryc. 1. Źródła wiedzy żywieniowej pracowników ochrony zdrowia

Fig. 1. Sources of nutritional knowledge of healthcare staff

Ryc. 2. Zależność między wykonywanym zawodem a posiadaną wiedzą żywieniową

Fig. 2. Relation between occupation and possessed nutritional knowledge

Zależność między poziomem wiedzy badanej osoby a wykonywanym zawodem

W teście wiedzy żywieniowej można było uzyskać maksymalnie 18 punktów. W celu zwiększenia przejrzystości analiz zmienną poziom wiedzy (uzyskane punkty) podzielono na poniższe kategorie: bardzo niski poziom wiedzy (<5 punktów), niski poziom wiedzy (5–8 punktów), umiarkowany poziom wiedzy (8–13 punktów), wysoki poziom wiedzy (13–15 punktów), bardzo wysoki poziom wiedzy (>15 punktów). Wartość współczynnika V-Cramera wyniosła 0,3606199, co oznacza, że cechy były skorelowane w umiarkowany sposób.

Lekarze i pielęgniarki mieli istotnie statystycznie większą wiedzę żywieniową od pozostałych grup badanych. Wyjątek stanowił dietetyk, który odpowiedział poprawnie na wszystkie pytania. Dziesięć osób miało bardzo wysoki poziom wiedzy żywieniowej (8,84%). Ponad 20% badanej grupy stanowili pracownicy administracji oraz technicy medyczni, którzy nie biorą udziału w edukacji żywieniowej pacjenta. Stanowili oni grupę kontrolną, u której stwierdzono umiarkowany poziom wiedzy żywieniowej, kształtujący się średnio na poziomie 8,52 punktów (ryc. 2).

Zależność między rzeczywistym poziomem wiedzy żywieniowej badanego a jego subiektywną oceną posiadanej wiedzy

Osoby, które określiły swój poziom wiedzy jako średni, w rzeczywistości charakteryzowały się relatywnie wysokim poziomem wiedzy żywieniowej (ryc. 3). Wartość współczynnika V-Cramera wyniosła 0,3918371, co wskazuje, że cechy są skorelowane dość silnie (ryc. 4). Prawidłowe odpowiedzi pracowników ochrony zdrowia w te-

ście dotyczącym wiedzy żywieniowej zostały ocenione średnio na 10,29 punktów – 57,16% (ryc. 5).

Najwyższy poziom wiedzy zanotowano w odniesieniu do zagadnień dotyczących podstaw żywienia. Prawie wszyscy respondenci dobrze odpowiedzieli, który posiłek w ciągu dnia jest najważniejszy (pytanie 18) – 92,92% podało, że jest to śniadanie. U osób biorących udział w ankiecie sprawdzono również znajomość podstawowych pojęć z zakresu dietetyki. Na pytanie 14, co oznacza wartość BMI, właściwej odpowiedzi udzieliło 80,53% respondentów, a 9,73% uznało, że wartość ta oznacza prawidłowy skład ciała. Odpowiedzi „nie wiem” na pytanie 15: „Czy prawidłowe odżywianie to pojęcie uwzględniające spożycie?” udzieliło około 6,19% respondentów. Część ankietowanych (16,81%) wiedziała, że prawidłowe odżywianie jest związane z dostarczeniem organizmowi odpowiedniej ilości energii oraz składników odżywczych, a 69,91% odpowiedziało, że każdy posiłek wg zaleceń Instytutu Żywienia i Żywności (IŻŻ) powinien zawierać warzywa i/lub owoce (pytanie 16). Aż 23% pracowników ochrony zdrowia wskazało, że produkty i przetwory mięsne stanowią wg IŻŻ źródło energii z pożywienia, 7,96% udzieliło odpowiedzi „nie wiem” (pytanie 17). Właściwą odpowiedź, że są to produkty zbożowe, podało 68,14% respondentów. Zaledwie 12,38% badanych osób poprawnie odpowiedziało na pytanie 12 o fundament zdrowego stylu życia, wskazując, że jest nim aktywność fizyczna dostosowana do wieku i możliwości. Ponad trzy czwarte ankietowanych uznało, że jest nim wypijanie minimum 8 szklanek wody oraz spożywanie produktów zbożowych z grubego przemiału.

Aby sprawdzić, czy pracownicy ochrony zdrowia mają wiedzę z zakresu profilaktyki występowania zapać, zadano pytanie o przyczyny, które je wywołują (pytanie 10). Prawidłowej odpowiedzi, że jest to skutek spożywania nie-

Ryc. 3. Odpowiedzi na pytanie: „Jak oceniasz swoją wiedzę żywieniową?”
Fig. 3. Answers to the question: “How do you assess your nutritional knowledge?”

Ryc. 4. Zależność między posiadaną wiedzą żywieniową a samooceną wiedzy
Fig. 4. Ratio between possessed nutrition knowledge and self-assessment of this knowledge

Ryc. 5. Rozkład prawidłowych odpowiedzi pracowników ochrony zdrowia
Fig. 5. Ratio between possessed nutrition knowledge and self-assessment of this knowledge

dostatecznej ilości błonnika oraz wypijania zbyt małych ilości płynów, udzieliło 84,07% ankietowanych. Zagadnienia z zakresu profilaktyki nadciśnienia tętniczego zawarto w pytaniu 3 dotyczącym zalecanej wartości spożycia NaCl.⁹ Najczęściej wskazywano 5–6 g/dobę (36,28%) oraz 1 g/dobę (26,54%). Aż 31,85% respondentów wybrało odpowiedź „nie wiem”. W kwestionariuszu ankiety dotyczącym wiedzy żywieniowej z zakresu profilaktyki chorób układu krążenia zapytano o modyfikacje diety wpływające na zmniejszenie objawów choroby niedokrwiennej serca (pytanie 2). Prawie 82% ankietowanych udzieliło poprawnej odpowiedzi, że przyczynia się do tego styl życia, a 15% uznało wiek za czynnik modyfikowalny. Zaledwie jedna trzecia pracowników szpitala odpowiedziała prawidłowo na pytanie 1 dotyczące parametrów krwi ulegających zmniejszeniu na skutek ograniczenia spożycia tłuszczów zwierzęcych i zastąpienia ich odpowiednią ilością tłuszczów roślinnych¹⁰, zaznaczając cholesterol całkowity oraz cholesterol frakcji LDL.

Połowa respondentów stwierdziła, że osobom starszym, tj. powyżej 70. roku życia, u których mogą się pojawić zaburzenia odżywiania (pytanie 4), szczególną uwagę należy zwrócić nie tylko na odpowiednią podaż płynów, ale także na podaż dużej ilości suplementów witamin i składników mineralnych. Część ankietowanych (25,66%) wskazała jedynie na wodę. Na uwagę zasługuje to, że 16,81% badanych osób wybrało dużą podaż suplementów jako właściwą odpowiedź (ryc. 6).

Ponad połowa badanych (56%) odpowiedziała, że produktem, który należy ograniczyć w diecie kobiety karmiącej, jest ser pleśniowy, ok. 18,58% stwierdziło, że takim produktem jest gluten, a 3,53% wskazało na czerwone mięso (pytanie 8). W pytaniu 6 o prawidłowy przyrost masy ciała kobiety podczas 40 tygodni ciąży najczęściej wskazywano 11–16 kg (53,98%) oraz 4–8 kg (35,39%). Około 12% respondentów zapytanych o to, co należy zrobić, aby kobieta ciężarna utrzymała odpowiednią masę ciała oraz zagwarantowała prawidłowy rozwój płodu podczas ciąży, wskazywało, że trzeba zwiększyć energetyczność diety o 1000 kcal oraz ograniczyć spożycie alkoholu do 30 g/dobę (pytanie 7). Znaczna część ankietowanych (77%) udzieliła prawidłowej odpowiedzi, że dietę kobiety ciężarnej należy komponować, opierając się na ogólnych zasadach żywienia dla osób zdrowych zawartych w piramidzie żywienia opublikowanej przez IŻŻ.¹¹ Ponad połowa ankietowanych (59,29%) wskazała, że zdrowe ciężarne kobiety powinny unikać bardzo ostrych przypraw (pytanie 9). Błędnej odpowiedzi, że muszą one znacznie ograniczyć aktywność fizyczną i wykluczyć kąpiele słoneczne, udzieliło 8,84% ankietowanych.

Respondenci (60,17%) zapytani o skutki nadmiernego spożywania słodczy i tłuszczów udzielili prawidłowej odpowiedzi (pytanie 11). Podobnie było w pytaniu 13 o główną przyczynę choroby wrzodowej żołądka – ponad połowa ankietowanych stwierdziła, że jest to przede wszystkim skutek zakażenia *Helicobacter pylori*, 28,31%

wskazało na nieprawidłowe odżywianie, a 13,27% na stres. Znaczna część badanych osób (n = 83) prawidłowo podała produkty spożywcze, które powinna ograniczyć w swojej diecie osoba chorująca na cukrzycę typ 2, a 30 osób wskazało na błędną odpowiedź, wybierając produkty o wysokim IG (pytanie 5).

Analiza wiedzy pracowników ochrony zdrowia wykazała, że podstawowe zasady zdrowego odżywiania i profilaktyki chorób dietozależnych znają na poziomie umiarkowanym. Stwierdzono jednak, że w większości przypadków znajomość tych zasad nie przekłada się na właściwy stan odżywienia. Prawidłową wartość wskaźnika BMI wyliczono dla 40 pracowników szpitala, 50 osób miało wartość BMI >25 (nadwaga), otyłość I stopnia rozpoznano u 17 osób, otyłość II stopnia – u 4, otyłość III stopnia – u 2 (ryc. 7).

W wyniku analizy BIA zawartość tkanki tłuszczowej w granicach normy wykazano u 48,67% pracowników. Procentowy udział tkanki tłuszczowej powyżej normy stwierdzono u 51 badanych osób (45,13%). U 7 respondentów ilość tkanki tłuszczowej była poniżej wymaganej normy (ryc. 8).

Prawidłowy wskaźnik wisceralnej tkanki tłuszczowej (Visceral Fat Rating) wyraża się w zakresie wartości 1–12. Wśród zdecydowanej większości badanych (88,49%) współczynnik VFR mieścił się w powyższym przedziale. U 11,5% respondentów biorących udział w badaniu wskaźnik wisceralnej tkanki tłuszczowej był powyżej normy (ryc. 9).

Ważnym wskaźnikiem wskazującym na prawidłowy stan odżywienia jest procentowa zawartość TBW. W niniejszym badaniu wykazano, że większość badanych charakteryzowała się prawidłową zawartością TBW (61,94%). Dowiedzono ponadto, że u jednej trzeciej pracowników procentowy udział TBW był poniżej normy.

Nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności między wiedzą żywieniową a płcią, BMI, procentową zawartością tkanki tłuszczowej, procentową zawartością TBW i wskaźnikiem wisceralnej tkanki tłuszczowej. Zaobserwowano jednak, że osoby w wieku 40–50 lat istotnie statystycznie częściej mają większą wiedzę żywieniową. Charakterystykę cech antropometrycznych badanej populacji przedstawiono w tabeli 1.

Omówienie

Wyniki przedstawione w niniejszym badaniu wykazały, że posiadana przez pracowników szpitala wiedza na temat żywienia i prozdrowotnych zachowań żywieniowych jest niewystarczająca. Grupę tę powinien charakteryzować wysoki poziom wiedzy, zwłaszcza z zakresu prozdrowotnych zachowań żywieniowych, bowiem promocją zdrowia jest podstawowym, poza działalnością leczniczą, zadaniem wszystkich jednostek ochrony zdrowia. Obecnie żywieniem pacjentów bardzo często zajmują się zewnętrzne

Ryc. 6. Procentowy rozkład prawidłowych odpowiedzi ankietowanych
Fig. 6. Percentage distribution of correct answers among respondents

Ryc. 7. Wskaźnik BMI pracowników ochrony zdrowia
Fig. 7. BMI of healthcare staff

Ryc. 8. Procentowa zawartość tkanki tłuszczowej pracowników ochrony zdrowia
Fig. 8. Percentage of body fat mass in healthcare staff

Ryc. 9. Wskaźnik wisceralnej tkanki tłuszczowej pracowników ochrony zdrowia
Fig. 9. Visceral fat rating of healthcare staff

Ryc. 10. Procentowa zawartość TBW pracowników ochrony zdrowia
Fig. 10. TBW percentage in healthcare professionals

Tabela 1. Charakterystyka cech antropometrycznych respondentów (x – średnia, SD – odchylenie standardowe)
Table 1. Profile of anthropometrics features of the respondents (x – average, SD – standard deviation)

Badana cecha	Ogółem (n = 113)			
	x ±SD	Mediana	Minimum	Maksimum
Wzrost (cm)	166,04 ±8,18	164,00	149,00	195,00
Masa	74,56 ±15,22	71,60	48,80	119,10
BMI (kg/m²)	26,91 ±4,60	26,40	19,50	44,10
% tkanki tłuszczowej	31,01 ±7,50	31,60	3,50	51,00
% masy mięśniowej	64,93 ±7,84	64,39	36,03	90,24
Wisceralna tkanka tłuszczowa	7,38 ±3,85	7,00	1,00	19,00
% TBW	48,15 ±4,94	47,70	35,60	67,60

firmy cateringowe. Niejednokrotnie w takich przypadkach placówki medyczne nie zatrudniają dietetyka. Rolę edukatorów żywieniowych powinien wtedy pełnić pozostały personel medyczny.

W licznych badaniach wskazuje się na ogromne znaczenie promocji zdrowia i związanej z tym edukacji prozdrowotnej pacjentów oraz obligatoryjnego udziału wykwalifikowanego personelu medycznego w tym procesie.^{12–17}

Szczególną rolę w edukowaniu pacjentów powinni pełnić lekarze podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Aż 90% kontaktów pacjenta z systemem opieki zdrowotnej

to wizyty u lekarza rodzinnego w zakładzie POZ. Edukacja zdrowotna chorego w tym miejscu może przynieść wiele korzyści, zarówno w wymiarze ochrony zdrowia, jak i ogólnospołecznym. W badaniu Lewtak i Poznańskiej około 60% lekarzy POZ deklaruje prowadzenie edukacji zdrowotnej u swoich pacjentów.¹²

Większość polskich badań dotyczących edukacji pacjenta skupia się jednak na czynnościach podejmowanych przez pielęgniarki. W badaniu Wojciechowskiej i Izdebskiej¹³ wskazano na konieczność edukowania z zakresu działań zapobiegających nadciśnieniu tętniczemu nie tyl-

ko pracowników ochrony zdrowia, ale przede wszystkim samego pacjenta. Aby tego dokonać, niezbędne staje się wprowadzenie długotrwałego programu edukacyjnego dotyczącego działań profilaktycznych w chorobie nadciśnieniowej. Badanie Arendta et al.¹⁴ wykazało, że należy opracować programy profilaktyczne i tym podobne działania edukacyjne na rzecz pacjentów, wskazując na specjalistów zdrowia publicznego jako personel przeznaczony do tego typu zadań.

W pracy Cianciary¹⁵ dowiedziono, że istnieje konieczność transformacji świadczeń zdrowotnych, czyli poszerzenia dotychczasowej sfery działalności ochrony zdrowia opierającej się głównie na medycynie naprawczej, o działania profilaktyczne i edukacyjne. Burczyński i Gotlib¹⁶ wykazali, jak ogromna jest rola poszerzania wiedzy na temat eliminacji czynników ryzyka u pacjentów, u których rozpoznano chorobę wieńcową. Przeprowadzone przez Sałyga-Pałak et al.¹⁷ badania pokazały, że mimo posiadanej wiedzy i świadomości skutków zdrowotnych nieprawidłowego odżywiania, małej aktywności fizycznej i stosowania używek, znaczny odsetek studentów różnych kierunków uczelni medycznych w Polsce popełnia charakterystyczne błędy żywieniowe oraz inne błędy dotyczące składowych zdrowego stylu życia. Pracownicy ochrony zdrowia powinni stanowić wzór do naśladowania dla pacjentów, a powyższe stwierdzenia poddają w wątpliwość przyszłość zawodową badanych studentów.

Pielęgniarki i położne są najliczniejszą grupą zawodową wśród pracowników ochrony zdrowia, co potwierdzono w niniejszym badaniu – obie te grupy stanowiły 55% wszystkich pracowników szpitala. Do zadań tych pracowników należy nie tylko pomoc i pielęgnowanie chorego w szpitalu, ale także działania z zakresu promocji zdrowia, prewencji chorób i edukacji zdrowotnej. Zadania te powinny być realizowane zarówno w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, jak i medycyny pracy oraz opieki specjalistycznej.

W badaniach Grabowskiej et al.¹⁸, podobnie jak w niniejszym badaniu, zaobserwowano, że osoby badane to w przeważającej części kobiety. Ogólny poziom prezentowanej wiedzy w tej grupie nie był jednak wysoki. Pielęgniarki poza dużą wiedzą na temat zdrowego stylu życia i zdrowia powinny przez prezentowanie własnego zdrowia wpływać na innych, a w szczególności na pacjentów danej placówki.¹⁹ To z pielęgniarkami pacjenci spotykają się najczęściej na szpitalnych oddziałach, dlatego mają one do odegrania szczególną rolę w procesie edukacji zdrowotnej, w tym żywieniowej.

W dobie zwiększającej się konkurencji na rynku usług medycznych oczekiwania pacjentów są coraz częściej badane jako czynnik, który współdecyduje o wyborze placówki medycznej. W wielu pracach wykazano, że aktualizacja wiedzy i nieustanne podnoszenie kwalifikacji zawodowych w zawodach medycznych staje się koniecznością, bo tylko w ten sposób można zapewnić pacjentom holistyczną opiekę na odpowiednio wysokim poziomie.

W badaniu Napierały et al. zaobserwowano, że personel medyczny charakteryzował się niezadowalająco niskim poziomem wiedzy żywieniowej, a pielęgniarki miały mniejszą wiedzę niż pacjenci, co wskazuje na konieczność gruntownej reedukacji personelu i chorych na cukrzycę.²⁰ Cukrzyca w obecnych czasach stała się „epidemią globalną”, liczba chorych na całym świecie dynamicznie się zwiększa, stąd bardzo ważna jest edukacja żywieniowa tych pacjentów jako nierozłączny element terapii, ponieważ to właśnie ona, poza farmakoterapią i dietoterapią, ma znaczący wpływ na obniżenie ryzyka powikłań cukrzycy.^{21–23}

Słońska et al.²⁴ uzyskali podobne wyniki, które wskazują na nieadekwatną ocenę własnych kompetencji oraz niewystarczającą wiedzę personelu pielęgniarskiego POZ dotyczącą poradnictwa z zakresu żywienia i aktywności fizycznej. W badaniu tym wysnuto wniosek, że należy uruchomić różne formy ustawicznego kształcenia pielęgniarek wraz z okresową kontrolą umiejętności oraz zwiększyć nadzór nad udzielanym przez pielęgniarki poradnictwem.

Autorzy licznych publikacji stwierdzają, że zarówno przyszli, jak i obecni pracownicy ochrony zdrowia bardzo często nie są odpowiednio przygotowani do działań promujących zdrowie. Wskazują także na niedostateczny poziom kierunkowej wiedzy zatrudnionych w placówkach ochrony zdrowia pielęgniarek, koniecznej do udzielania dietetycznych porad.

Na zlecenie miesięcznika „Reader’s Digest” w lipcu 2008 r. przeprowadzono badanie dotyczące zdrowia, na postawie którego opracowano raport zatytułowany „Europe Health 2008”. Z tego badania wynika, że głównym źródłem informacji na temat zdrowia w Polsce jest lekarz (91% ankietowanych), poradniki zdrowotne oraz artykuły w czasopiśmie, broszury, ulotki, Internet, a także programy TV. Innych specjalistów z dziedziny nauk medycznych wskazało 41% respondentów. Podobne wyniki uzyskano w badaniu Nowakowskiej i Kubara.²⁵

Według badania Boguszewskiego ponad połowa dorosłych Polaków uważa, że zdrowy styl życia jest bardzo popularny.²⁶ Świadomość zasad prewencji wielu chorób metabolicznych, na podstawie badania WOBASZ (2003–2005), była jednak bardzo mała, bowiem zaledwie kilka procent respondentów (3–6%) wykazało się znajomością wszystkich 8 nefarmakologicznych metod zapobiegania chorobom cywilizacyjnym.²⁷

Niejednokrotnie stwierdzono, że osoby, które mają bogatą wiedzę z zakresu prozdrowotnych zachowań, w celu zapobiegania chorobom dietozależnym są bardziej skłonne do przestrzegania tych zachowań w codziennym życiu. W badaniu Gacek²⁸ dowiedziono, że na skutek niewłaściwego odżywiania i innych zachowań antyzdrowotnych u badanych lekarzy występują nieprawidłowości w stanie odżywiania. O wiele częściej u mężczyzn (62,5%) niż u kobiet (20,5%) stwierdzono występowanie nadwagi, a otyłość (BMI >30) zaobserwowano u 15% mężczyzn i 15% kobiet.²⁸ Waśkiewicz w swoich badaniach nad jakością żywienia i poziomem wiedzy żywieniowej młodych Polaków wyka-

zał, że nadwaga i otyłość dotyczą prawie 40% mężczyzn i nieco ponad 20% kobiet.²⁷ W badaniu Niedźwieckiej et al.⁵ wykazano, że lekarze z racji posiadanego wykształcenia i praktyki zawodowej powinni mieć dużą świadomość dotyczącą zachowań prozdrowotnych. Mimo posiadanej wiedzy, nie odżywiali się jednak bardziej racjonalnie od innych, co potwierdzono w niniejszych badaniach, wykazując nieprawidłową wartość BMI wśród 70,83% lekarzy.

Masa ciała lub wskaźnik BMI dostarczają bardzo znikomych informacji na temat stanu odżywienia. Jedyne, co można w ten sposób określić, to przekroczenie prawidłowej wartości ogólnej masy ciała. Nie wiadomo wtedy, czy owo przekroczenie jest wynikiem nadmiernej ilości tkanki tłuszczowej, masy mięśniowej czy nagromadzonej wody. W procesie diagnozowania i leczenia wielu chorób niezbędne są dokładniejsze pomiary. Niezastąpioną, nieinwazyjną i stosunkowo tanią metodą jest analiza składu ciała za pomocą BIA, pozwalająca na ocenę poszczególnych komponentów masy ciała, takich jak tkanka tłuszczowa, masa mięśniowa, masa kości czy zawartość wody.²⁹ BIA pozwala również, w zależności od urządzenia pomiarowego, na określenie innych wskaźników, np: ilości tkanki tłuszczowej wisceralnej. Można ją stosować u osób zdrowych i chorych. Jest szczególnie przydatna w ośrodkach sportowych lub rehabilitacyjnych. Badanie BIA polega na analizie wypadkowego oporu elektrycznego, jaki wykazują poszczególne tkanki na przechodzący przez nie prąd o małym natężeniu i wysokiej częstotliwości.

W niniejszym badaniu uzyskane wartości BMI wskazywały ma występowanie nadmiernej masy ciała u większej części badanej grupy (64,61%). U prawie połowy pracowników szpitala stwierdzono ponadnormatywną zawartość tkanki tłuszczowej (49%). Uzyskane wyniki dotyczące wisceralnej tkanki tłuszczowej pozwoliły stwierdzić przekroczenie granicznej wartości wśród 13 pracowników (11,5%). Nadmiar tłuszczu trzewnego jest związany z otyłością centralną (androidalną), a jak zaobserwowano we wcześniejszych badaniach, istnieje silny związek między otyłością brzuszną a chorobami układu krążenia, nadciśnieniem tętniczym, cukrzycą typu 2 oraz zaburzeniami gospodarki lipidowej.³⁰ W krajach europejskich około 50% ludzi ma nadwagę lub zmaga się z otyłością. Podobne wyniki otrzymali Wojciechowska et al.³¹ – prawidłowe BMI miało jedynie 38% pacjentów warszawskiej przychodni.

Powszechnie wiadomo, że otyłość może prowadzić do licznych chorób metabolicznych, sercowo-naczyniowych, układu oddechowego, przewodu pokarmowego, nowotworów, zmian kostno-stawowych, zaburzeń płodności oraz poważnych skutków psychologicznych i społecznych.

Na początku 2016 r. IŻŻ opublikował nową piramidę żywienia. U jej podstawy leży aktywność fizyczna.³² Różnica między nową a starą piramidą polega na tym, że u podstaw starej piramidy żywienia było spożycie produktów zbożowych – w nowej natomiast fundamentem, poza wymienioną wcześniej aktywnością fizyczną, jest spożycie dużej ilości warzyw i owoców (w proporcjach 3 : 1).

Takie graficzne zapisy trafiają do szerokiego grona odbiorców i są dla nich zrozumiałe. Mimo jasnego i rzetelnego przekazu personel medyczny nie wykazał się znajomością najnowszej piramidy zdrowego stylu życia. Mity żywieniowe dotyczące różnych aspektów odżywiania człowieka zdrowego i chorego mogą powodować groźne konsekwencje dla zdrowia. Niewłaściwe jest przekonanie, że ciężarna kobieta powinna „jeść za dwoje”, a w obecnym badaniu około 12% respondentów wskazało właśnie, że kobieta w ciąży powinna spożywać 1000 kcal/dobę więcej niż przed ciążą. Odpowiedź ta była połączona ze stwierdzeniem, że kobieta spodziewająca się dziecka poza zwiększeniem energetyczności diety powinna również ograniczyć spożycie alkoholu do 30 g/dobę, co nawiązuje do mitu, że kobiecie ciężarnej „kieliszek czerwonego wina nie zaszkodzi”.³³ Podobnie jest w przypadku suplementacji preparatami witaminowymi i mineralnymi wśród osób starszych. Powszechnie uważa się, że osoby w wieku podeszłym koniecznie muszą zażywać jakieś suplementy, a w rzeczywistości jest to konieczne jedynie w przypadku stwierdzenia niedoboru jakiegoś składnika odżywczego.

Powyższe zagadnienia oraz szybkie tempo zmian w medycynie i wprowadzanie nowych technologii wymuszają stałą potrzebę weryfikacji umiejętności zawodowych. Jakość kompetencji pracowników jest cechą kształtującą wizerunek placówki ochrony zdrowia. W związku z powyższym wśród personelu medycznego zachodzi potrzeba uczenia się przez całe życie.³⁴

Wnioski

Ankietowanych charakteryzował niedostateczny poziom wiedzy żywieniowej.

Nie wykazano zależności między posiadaną wiedzą żywieniową a stanem odżywienia badanej grupy.

Lekarze i pielęgniarki mają istotnie statystycznie większą wiedzę żywieniową od pozostałych osób badanych.

Uzyskane wyniki sugerują, że pracownicy ochrony zdrowia muszą wzbogacić wiedzę z zakresu odżywiania i edukacji prozdrowotnej.

Piśmiennictwo

1. Janowski M, Rasińska R. Wybrane zachowania zdrowotne pracowników ochrony zdrowia. *Pielęg Pol.* 2015; 2(56): 164–169.
2. Sachocka L, Wojtyłko A, Grad I, Kiliś-Pstrusińska K. Sposób odżywiania pracowników ochrony zdrowia na przykładzie studentów studiów niestacjonarnych PMWSZ w Opolu. *Piel Zdr Publ.* 2012; 2(2): 109–112.
3. Lipka A, Janiszewski M, Musiałek M, Dłużniewski M. Studenci medycyny a zdrowy styl życia. *Pedagogika Społeczna.* 2015; 56(2): 189–203.
4. Jarosz M (red.). Zasady prawidłowego żywienia chorych w szpitalach. Warszawa: IŻiŻ; 2011.
5. Niedźwiedzka M, Grzybowski A. Sposób żywienia wybranej grupy lekarzy. *Probl Hig Epidemiol.* 2011; 92(4): 973–976.
6. Podgórska L, Paśnik K. Rola dietetyka w prowadzeniu chorego leczonego bariatrycznie. *Piel Zdr Publ.* 2014; 4(3): 277–283.
7. Walczak M. Dietetyk w systemie ochrony zdrowia w Polsce i w wybranych krajach. *Pr Nauk Uniw Ekon Wroc.* 2013; 319: 194–217.
8. Informacja o wynikach kontroli żywienia i utrzymania czystości w szpitalach publicznych – raport NIK, Delegatura w Krakowie (Nr ewid. 9/2009/P08141/LKR), 2009; <https://www.nik.gov.pl/plik/id,95,vp,95.pdf> (data dostępu: 6.05.2016).
9. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K. Wytyczne ESH/ESC dotyczące postępowania w nadciśnieniu tętniczym w 2013 roku. *Kardiolog Pol.* 2013; 71(3): 27–118.
10. Orlicz-Szczęśna G, Szymańska M, Kucharska K. Rola żywienia w leczeniu zaburzeń lipidowych. *Curr Probl Psychiatry.* 2011; 12(3): 363–366.
11. Bornszeska-Kornacka M, Wachtan-Janicka J, Wesołowska A, et al. Stanowisko grupy ekspertów w sprawie zaleceń żywieniowych dla kobiet w okresie laktacji. *Stand Med, Pediatr.* 2013; 10: 265–279.
12. Lewtak K, Poznańska A. Uwarunkowania prowadzenia edukacji zdrowotnej pacjentów przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. *Przegl Epidemiol.* 2012; 66: 697–704.
13. Wojciechowska M, Izdebska E. Profilaktyka nadciśnienia tętniczego. *Med Og Nauk Zdr.* 2014; 20(4): 370–373.
14. Arendt A, Laszczyńska M, Bażydło M, Kotwas A, Karakiewicz B. Ocena zachowań zdrowotnych mężczyzn po 40 roku życia. *Probl Hig Epidemiol.* 2014; 95(3): 659–666.
15. Cianciara D. Społeczny wymiar żywienia – zadania dla promocji zdrowia w Polsce. *Hygeia Public Health.* 2011; 46(1): 21–24.
16. Burczyński T, Gotlib J. Ocena wiedzy pacjentów w fazie rekonwalescencji po zabiegu angioplastyki tętnic wieńcowych na temat eliminowania czynników ryzyka choroby wieńcowej jako elementu prozdrowotnego stylu życia. *Med Og Nauk Zdr.* 2014; 20(2): 199–207.
17. Sałaga-Pylak M, Piłkuła A, Borzęcki A. Interprofessional topics in didactic activity of the Department of Hygiene At the Medical University of Lublin. *Probl Hig Epidemiol.* 2006; 86(4): 412–416.
18. Grabowska H, Grabowski W, Świątlik D, Narkiewicz K. Wpływ samooceny na zakres przygotowania pielęgniarek do prewencji nadciśnienia tętniczego. *Probl Pielęg.* 2013; 21(2): 156–163.
19. Grabowska H, Grabowski W, Grzegorzczak M, et al. Wpływ diety na ryzyko pierwotnego nadciśnienia tętniczego. Zalecenia dietetyczne stosowane w prewencji nadciśnienia tętniczego. *Probl Pielęg.* 2011; 19(4): 538–544.
20. Napierała M, Hermann D, Gutowska I, Bryskiewicz M, Homa K. Weryfikacja mitów żywieniowych na temat diety cukrzycowej. *Diabetol Klin.* 2013; 2(1): 3–8.
21. Boratyn-Dubiel L, Chmiel Z. Znaczenie edukacji zdrowotnej dla pacjentów z cukrzycą. *Zdr Publ.* 2010; 120(3): 316–323.
22. Hołyńska A, Kucharska A, Sińska B, Panczyk M. Poziom wiedzy żywieniowej a sposób żywienia chorych na cukrzycę leczonych insuliną. *Pol Med J.* 2015; 39(233): 292–296.
23. Bronkowska M, Zatońska K, Orzeł D, Biernat J. Ocena wiedzy żywieniowej osób z cukrzycą typu 2 w świetle zaleceń dietetycznych. *Bromat Chem Toksykol.* 2013; 4: 520–530.
24. Słońska Z, Borowiec A, Makowska M. Wiedza i postrzeganie własnych kompetencji oraz udzielanie porad z zakresu wybranych behawioralnych czynników ryzyka chorób układu krążenia wśród pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej. *Pol Przegl Kardiol.* 2007; 9(1): 15–19.
25. Nowakowska I, Kubara K. We mnie jest moc! Czy społeczeństwo ma wiedzę na temat korzyści płynących z profilaktyki zdrowotnej? *Pielęg Pol.* 2015; 2(56): 149–152.
26. Rasińska R, Nowakowska I. Postrzeganie zdrowia przez pielęgniarki po czterdziestym roku życia. *Pielęg Pol.* 2014; 2(52): 111–116.
27. Waśkiewicz A. Jakość żywienia i poziom wiedzy zdrowotnej u młodych dorosłych Polaków – badanie WOBASZ. *Probl Hig Epidemiol.* 2010; 91(2): 233–237.
28. Gacek M. Zachowania żywieniowe i aktywność fizyczna w grupie lekarzy. *Probl Hig Epidemiol.* 2011; 92(2): 254–259.
29. Janiszewska R. Ocena składu ciała metodą bioelektrycznej impedancji u studentów o różnym stopniu aktywności fizycznej. *Med Og Nauk Zdr.* 2013; 18(2): 173–176.
30. Maćkowska-Kędziora A, Cieślęwicz A, Baszko A, Jabłeczka A. Czy konieczna jest modyfikacja zaleceń żywieniowych w zespole metabolicznym (zespół X)? *Farm Współ.* 2014; 7: 57–61.
31. Tsigos C, Hainer V, Basdevant A, et al. Management of obesity in adults: European clinical practice guidelines. *Endokrynol Otyłość.* 2009; 5(3): 87–98.
32. Pyrzyńska E. Zalecenia żywieniowe i formy ich rozpowszechniania. *Zesz Nauk UE, Kraków.* 2014; 3(927): 75–86.
33. Rybkowska A. Mity i stereotypy żywieniowe. *Zesz Nauk AM, Gdynia.* 2014; 86: 7–15.
34. Taradejna B. Rola kompetencji zawodowych na współczesnym rynku pracy. *Bezp Pr Nauk Prakt.* 2014; 8: 22–26.