

POZIOM WIEDZY O ZDROWYM STYLU ŻYCIA I NAWYKI ŻYWIENIOWE W GRUPIE CHORYCH LEZONYCH NA ODDZIALE CHIRURGII

The level of knowledge of the healthier lifestyle and eating habits in a group treated in the surgical ward



Iwona Woźniak

Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. A. Mielęckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2013; 2: 55-59

Praca wptynęła: 21.11.2012, przyjęto do druku: 28.05.2013

Adres do korespondencji:

Iwona Woźniak, Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej, SPSK im. A. Mielęckiego, ul. Francuska 20-24, 40-027 Katowice, e-mail: iwona.w1@o2.pl

Streszczenie

Cel pracy: Poznanie wiedzy na temat nawyków żywieniowych w grupie chorych leczonych na oddziale chirurgii.

Materiał i metody: Badania prowadzono metodą ankietową wśród 100 pacjentów przyjętych w celu leczenia operacyjnego na Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. A. Mielęckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Do przeprowadzenia sondażu wykorzystano kwestionariusz ankiety. Udział respondentów w badaniu był dobrowolny, anonimowy i świadomy, z możliwością wycofania się w dowolnym momencie badania. Respondenci pochodzili z różnych regionów kraju.

Wyniki: Z analizy materiału wynika, że najczęstszymi rozpoznaniem wymagającymi operacji były tętniak rozwarstwiający aorty (29 osób) i ostre niedokrwienie kończyny (20 osób). Większość badanych (85%) miała zdiagnozowaną chorobę układu krążenia, 67% miało nadwagę, a 49% nie znało piramidy zdrowego żywienia.

Wnioski: Poziom wiedzy ankietowanych na temat prowadzenia zdrowego stylu życia oraz piramidy zdrowego odżywiania jest podobny niezależnie od wieku, wykształcenia i aktywności zawodowej.

Słowa kluczowe: nawyki żywieniowe, niedożywienie, dieta.

Wstęp

Prawidłowe i zdrowe odżywianie to problem ogólnoswiatowy. Coraz częściej informacje o tematyce żywieniowej pojawiają się w programach telewizyjnych i audycjach radiowych oraz goszczą na łamach prasy i w ogólnie dostępnych broszurach. Niestety, informacje te często są niekompletne i niejednokrotnie wprowadzają w błąd [1].

Summary

Aim of the study: The aim of this study was to assess the nutritional habits of hospitalized patients.

Material and methods: 100 patients hospitalized in the Department of General, Vascular and Transplant Surgery, Medical University of Silesia were enrolled to the study. The study was performed using a questionnaire. Participation in the study was voluntary and anonymous, and everybody could withdraw from the study at any time. Patients came from different regions of the country.

Results: The analysis of the material shows that the most frequent diagnosis requiring surgery was: dissecting aneurysm of the aorta (29 persons) and acute ischemia of the limb (20 persons). The majority of respondents (85%) had cardiovascular diseases diagnosed, 67% were overweight, and the 49% did not know the healthy eating pyramid.

Conclusions: The level of knowledge of respondents about the healthier lifestyle and healthy eating pyramid is similar irrespective of the age, education and occupational activity.

Key words: eating habits, malnutrition, diet.

Obecne tempo życia i zmieniające się środowisko, w jakim żyjemy, stają się częstą przyczyną zaniedbywania zdrowego i racjonalnego żywienia. Również zmiana stylu życia skutkuje codziennym niepełnowartościowym jadłospisem. Do najczęstszych błędów żywieniowych należą: brak śniadań, nieregularne spożywanie posiłków, spożywanie pokarmów złej jakości, częste jedzenie typu

fast food, spożywanie głównego obfitego posiłku wieczorem. Zaburzenia stanu odżywienia, niedożywienie i otyłość są najczęstszymi odchyleniami od prawidłowego stanu zdrowia, które dotyczą 30–40% populacji krajów wysoko rozwiniętych. Nadmierną masę ciała w Polsce stwierdza się u 50–60% osób dorosłych i ok. 15–20% dzieci i młodzieży. Za zasadniczą przyczynę powstawania otyłości należy uznać nieodpowiednią dietę. Gwałtowne zmiany w gospodarce, rozwijający się przemysł spożywczy, reklama i marketing utrwalają nieprawidłowy sposób odżywiania [2, 4, 5].

Zazwyczaj niedożywienie rozwija się wraz z chorobą i u ok. 30–40% chorych w czasie hospitalizacji. Dotyczy to najczęściej osób w podeszłym wieku (50%), osób cierpiących na chorobę układu oddechowego (45%), choroby zapalne jelit (80%) i nowotwory złośliwe (85%). W Polsce podczas przyjęcia do szpitala objawy niedożywienia stwierdza się u ok. 30% chorych [6]. Według brytyjskich specjalistów prawie 20% pacjentów w szpitalach w Wielkiej Brytanii jest niedożywionych z powodu stosowania złej diety, a wg badań amerykańskich aż 56% chorych przyjętych do szpitali w Stanach Zjednoczonych wykazywało cechy niedożywienia. Koszty leczenia pacjentów, u których stwierdzono niedożywienie w momencie przyjęcia do szpitala, są 2 razy większe niż pacjentów prawidłowo odżywionych [7].

Niedożywienie chorych powoduje zwiększenie chorobowości i wydłużenie czasu pobytu chorego w szpitalu, co zwiększa koszt leczenia. Długi pobyt w szpitalu wpływa niekorzystnie na psychikę chorego, czego następstwem są apatia i depresja powodujące utratę chęci wyzdrowienia.

Zapobieganie niedożywieniu i leczenie go są ważnymi czynnikami procesu leczenia. U wielu chorych żywienie doustne jest niemożliwe lub niedostateczne. Chory przygotowywany do zabiegu chirurgicznego musi być żywiony odpowiednio do swojego stanu zdrowia i rozpoznanej choroby zasadniczej.

Po operacji istotna jest dostarczana wartość energetyczna pożywienia i ilość materiałów budulcowych, co ma wpływ na zmniejszenie liczby powikłań, a w skrajnych przypadkach, śmiertelności pooperacyjnej. Wykazano, że odpowiednie żywienie pooperacyjne przyspiesza gojenie się ran pooperacyjnych, skraca okres pobytu pacjenta w szpitalu, a zatem obniża koszty leczenia.

Zrozumienie poszczególnych mechanizmów prowadzących do rozwoju różnych rodzajów niedożywienia (typu marasmus, kwashiorkor i mieszane) ma zasadnicze znaczenie w jego rozpoznawaniu i leczeniu [7]. Wśród pacjentów niedożywionych w związku z obniżeniem odporności głównym powikłaniem pooperacyjnym jest zakażenie [8], a w przypadku niedoboru białka ustrojowego upośledzone gojenie się ran i zespożeń w obrębie przewodu pokarmowego [9–21]. W wypadku pojawienia się powikłań chory okazywał się droższy dla systemu dodatkowo o ponad 30% [22].

Cel pracy

Celem pracy było poznanie nawyków żywieniowych i wiedzy na temat prawidłowego odżywiania pacjentów.

Materiał i metody

Badania prowadzono metodą sondażu diagnostycznego dotyczącego typowej historii choroby w okresie od 1 maja do 30 czerwca 2012 r. wśród 100 pacjentów leczonych chirurgicznie na Oddziale Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. A. Mielęckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Do przeprowadzenia sondażu wykorzystano kwestionariusz ankiety zawierający 25 pytań o charakterze zamkniętym i otwartym, podzielonych na 5 grup. Przeprowadzono wywiad, badania i ankiety na podstawie przyjętego schematu obowiązującego przy przyjęciu do szpitala w izbie przyjęć. Poszczególne grupy pytań dotyczyły danych społeczno-demograficznych, stanu zdrowia, uzależnienia nikotynowego, wiedzy na temat piramidy zdrowego odżywiania oraz prowadzenia regularnego trybu odżywiania i miały charakter rozszerzonego wywiadu żywieniowego.

Z analizy danych w zakresie dotyczącym danych społeczno-demograficznych wynika, że wiek respondentów zawierał się w przedziale 21–78 lat dla kobiet oraz 28–85 lat dla mężczyzn. Średnia wieku ankietowanych wynosiła 56,4 roku (dla kobiet 54 lata, dla mężczyzn 58,7 roku). Najliczniejszą grupę wiekową stanowiły pacjentki w wieku 51–70 lat. Ta grupa wiekowa stanowiła 58% wszystkich ankietowanych. Najmniej liczne były grupy pacjentów do 40 lat i najstarszych, mających 81–90 lat, które łącznie obejmowały jedynie 6% ankietowanych. Na 100% ankietowanych respondentek 89% zamieszkiwało w mieście, a pozostała część na wsi. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby z wykształceniem średnim (36%). Wykształcenie zawodowe miało 25% ankietowanych, podstawowe 20%, wyższe 17%. Studenci stanowili 2% badanej grupy. Aktywnych zawodowo było 25% respondentów, 46% stanowili emeryci, 23% rencistki, 2% osoby uczące się, a 4% niepracujące.

Wyniki

Z analizy materiału wynika, że najczęstszym rozpoznaniem kwalifikującym do zabiegu chirurgicznego był tętniak rozwarstwiający aorty (tab. 1.).

Do najczęstszych współistniejących zdiagnozowanych chorób należały:

- nadciśnienie tętnicze (45 osób),
- choroby układu krążenia (40 osób),
- choroby przewodu pokarmowego (28 osób),
- choroby reumatyczne (15 osób),
- choroby neurologiczne (13 osób),

- cukrzyca (typu 1 – 3 osoby, typu 2 – 9 osób, łącznie 12 osób),
- choroby laryngologiczne (11 osób),
- choroby dermatologiczne (7 osób),
- choroby hematologiczne (7 osób),
- choroby ginekologiczne (4 osoby),
- choroba psychiczna (1 osoba).

Przed zabiegiem chirurgicznym obliczono ryzyko niedożywienia na podstawie sumy w skali MUST: wskaźnik masy ciała (*body mass index* – BMI), utrata masy ciała w ciągu ostatnich 3–6 miesięcy, nieprzyjmowanie pożywienia > 5 dni.

Suma punktów uzyskanych w skali MUST wskazuje na jeden z 3 stopni ryzyka wystąpienia niedożywienia. Wśród wszystkich badanych pacjentów stwierdzono niedożywienie:

- niskie – 81 osób,
- średnie – 7 osób,
- duże – 12 osób.

Przed przyjęciem do szpitala u 12% badanych wystąpił spadek masy ciała wynoszący 5–20 kg w ciągu 6 miesięcy, a u 2% pacjentów stwierdzono redukcję masy ciała o 6 i 45 kg w okresie 7–12 miesięcy. W przypadku BMI największy odsetek pacjentów (86%) stanowiły osoby, które otrzymały 0 pkt, 10 osób – 1 pkt, 4 osoby – 2 pkt, w przypadku 67% badanych stwierdzono nadwagę.

Najczęściej respondenci ocenili swój stan zdrowia zadowalająco (48%), jako zły określiło go 31%, dobry – 17%, a 2% nie odpowiedziało na to pytanie. Na czas poby-

tu w szpitalu w celu leczenia operacyjnego tylko 12% badanych zaprzestało palenia papierosów, mimo występujących problemów zdrowotnych 34% nie podjęło takiej decyzji (grupa wiekowa 51–70 lat). Wśród ankietowanych 30% pacjentów uważa, że palenie papierosów ma bezpośredni związek z chorobą i stresem.

Analiza przeprowadzonych badań dotyczących poziomu wiedzy respondentów na temat nawyków żywieniowych wykazała, że większość (75%) odżywia się w sposób regularny. Z kolei 80% ankietowanych spożywa regularnie posiłki, w tym codziennie śniadanie, 82% obiad i 73% kolację. Piramidę zdrowego odżywiania zna 36% badanych z wykształceniem średnim, 25% z zawodowym, 20% z podstawowym, 17% z wyższym i 2% studentów. Biorąc pod uwagę aktywność zawodową, największą grupę znającą piramidę zdrowego odżywiania stanowili emeryci (29%) i renciści (10%). Niezależnie od wieku, wykształcenia i aktywności zawodowej najwyższy poziom respondentów (93%) codziennie spożywa pieczywo, raz w tygodniu ryby (62%), a raz w miesiącu (18%) kaszę, z napojów – wodę mineralną (codziennie) (tab. 2.). Analiza wyników wykazała, że większość pacjentów (85%) ma zdiagnozowaną chorobę układu krążenia, w której m.in. oprócz regularnego zażywania leków, wykonywania badań diagnostycznych i kontrolnych wizyt lekarskich, bardzo ważne jest prawidłowe odżywianie oraz znajomość piramidy zdrowego żywienia.

Tabela 2. Racjonalne żywienie w opinii respondentów

Produkt spożywczy	Odsetek pacjentów spożywających dany produkt		
	codziennie (%)	raz w tygodniu (%)	raz w miesiącu (%)
pieczywo	93	2	0
owoce	71	20	0
jarzyny	70	18	1
wędliny	67	15	0
nabiał	58	30	2
mięso	42	40	6
sery żółte	27	36	6
stodyczne	22	27	6
kasze	8	38	18
ryby	5	62	15
kawa, herbata	72	6	1
woda mineralna	69	10	1
soki owocowe	34	22	6
napoje alkoholowe	2	5	6

Tabela 1. Rozpoznania wymagające leczenia operacyjnego

Rozpoznanie kwalifikujące do zabiegu chirurgicznego	Liczba przyjętych osób
tętniak rozwarstwiający aorty	29
ostre niedokrwienie kończyny	20
kamica pęcherzykowa	9
przepuklina brzuszna	9
stopa cukrzycowa	7
guz wątroby	6
guz piersi	5
przetoka odbytu	4
guz jelita	4
żylaki przełyku	3
niewydolność przeszczepionej nerki	2
rak przewodów żółciowych	1
powiększenie śledziony	1

Dyskusja

W większości przypadków przy wyborze codziennej diety nie zwracano uwagi na zawartość energetyczną produktów żywnościowych. Wybór żywności był zdecydowanie uwarunkowany możliwościami finansowymi. Badana grupa miała niższy status ekonomiczny.

Badania prowadzone pod egidą WHO pozwoliły na zidentyfikowanie 14 potencjalnych czynników ryzyka rozwoju chorób przewlekłych związanych z żywieniem [5, 24]. Wśród nich autorzy wymieniają: wysoką podaż energii, napoje wysokoenergetyczne, tłuszcze nasycone, cholesterol i diety. Badania przedstawione w niniejszej pracy, podobnie jak badania Drewnowskiego [5], a także innych autorów, wskazują, że przez konsumentów preferowane są produkty o gorszych parametrach zdrowotnych i niższej cenie [4]. Diety sprzyjające przyborowi masy ciała są znacznie tańsze od diet rekomendowanych, zgodnych z zasadami zdrowego żywienia. Fakt ten powinny uwzględniać wszelkie programy ukierunkowane na profilaktykę przewlekłych chorób cywilizacyjnych [5].

W walce z otyłością, złymi nawykami żywienia i brakiem aktywności fizycznej ważną rolę mogą odegrać programy edukacyjne na temat prawidłowych zasad zdrowego żywienia, skierowane do dzieci, szkół i rodziców [25].

Należy pamiętać, że dobrą formą edukacji prozdrowotnej w jednostkach opieki zdrowotnej (szpitalach, przychodniach i innych) są kąciki promocji zdrowia, w których znajdują się czasopisma i specjalistyczne materiały medyczne poruszające tematykę zdrowego trybu życia i właściwej profilaktyki zdrowotnej. Ponadto ważna jest możliwość kontaktu z personelem medycznym w postaci indywidualnych konsultacji. Przed pielęgniarkami stoi nowe zadanie, być może jedno z ważniejszych – promocja na rzecz zdrowia [25].

Zachowania zdrowotne kształtują się podczas długiego procesu socjalizacji już od dzieciństwa pod wpływem różnorodnych czynników. Są one zmieniane, ulepszone i modyfikowane w ciągu całego życia, a więc w toku oddziaływań środowiskowych, kulturowych, społecznych, politycznych i edukacyjnych [27]. Mogą mieć swoje źródło również w sferze socjoekonomicznej, jak również psychologicznej [28]. Różnice kulturowe i specyficzny dla regionu zamieszkania sposób żywienia także wpływają na kształtowanie preferencji pokarmowych [29].

Żywnienie jest potężną gałęzią gospodarki, dlatego tyle w tym problemie polityki i ścierania się rozmaitych naciśków, a nawet ideologii [25].

W 2003 r. Komitet Ministrów Rady Europy przyjął specjalną rezolucję w sprawie żywności i żywienia w szpitalach. W tym dokumencie Komitet zwraca uwagę, że dostęp do bezpiecznej, zdrowej i urozmaiconej żywności jest podstawowym prawem człowieka [30].

Pacjenci stają się coraz bardziej roszczeniowi, a tym samym coraz częściej zwracają uwagę na wyżywienie w warunkach szpitalnych jako istotny składnik procesu

leczenia. Chorzy, którzy byli już hospitalizowani, są bardziej kompetentni i wymagający w precyzowaniu swoich oczekiwań.

Respondenci (89%) uważają, że ze względu na swoje upodobania kulinarne powinni mieć wpływ na możliwość wyboru diety oraz dopłat do lepszego standardu żywieniowego po uprzedniej konsultacji z dietetykiem oddziałowym, a 11% nie widzi potrzeby wprowadzenia zmian. Spośród badanych 89% uważa, że na oddziałach szpitalnych powinien być zatrudniony dietetyk. Zdecydowana większość (98%) ankietowanych oceniła otrzymywane posiłki szpitalne jako urozmaicone, ciepłe, podawane estetycznie i w wystarczającej ilości. Respondenci sugerowali wprowadzenie w jadłospisach szpitalnych następujących zmian:

- podawanie codziennie jarzyn i owoców,
- możliwość wyboru między ziemniakami, kaszą i ryżem,
- wprowadzenie żywności ekologicznej.

Wnioski

1. Niezależnie od wieku, wykształcenia i aktywności zawodowej poziom wiedzy ankietowanych na temat prowadzenia zdrowego stylu życia jest podobny.
2. Niemal połowa respondentów nie zna piramidy zdrowego odżywiania.

Piśmiennictwo

1. Herpolińska-Janik J. Czy edukacja żywieniowa jest potrzebna. *Pielęgniarka i Położna* 2003; 4: 19-21.
2. Jarosz M, Respondek W, Rychlik E. Choroby związane z nadwagą i otyłością jako przyczyna hospitalizacji. *Żywnienie Człowieka i Metabolizmu* 2007; 34: 926-929.
3. Drewnowski A, Darmon N. The economics of obesity: dietary energy density and energy cost. *Am J Clin Nutr* 2005; 82 (1 Suppl): 265S-273S.
4. Drewnowski A, Darmon N. Food choices and diet costs: an economic analysis. *J Nutr* 2005; 135: 900-904.
5. Dardzińska JA, Bogdańska S, Łysiak-Szydłowska W, Małgorzewicz S. Ekonomia zachowania prawidłowej masy ciała. *Post Żyw Klin* 2012; 4: 24-27.
6. Pertkiewicz M. Niedożywienie i jego następstwa. *Post Żyw Klin* 2008; 2: 4-8.
7. Woźniak I. Niedożywienie chorych leczonych chirurgicznie. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2007; 10: 9-10.
8. Pertkiewicz M. Niedożywienie i jego następstwa. *Post Żyw Klin* 2008; 2: 5.
9. Szczygieł B. Ocena stanu odżywiania. Leczenie żywieniowe w praktyce. Materiały firmy Nutricia Polska Sp. z o.o., kwiecień 2003.
10. Pawłowski W. Żywnienie dojelitowe w okresie okotooperacyjnym. Leczenie żywieniowe w praktyce. Materiały firmy Nutricia Polska Sp. z o.o., kwiecień 2003.
11. Demling RH, De Santini L. Protein-Energy Malnutrition, and the Nonhealing Cutaneous Wound. *BTG Pharmaceuticals, New York* 2003; 1-48.
12. Karwowska K. Wpływ niedożywienia na gojenie się ran. W: *Leczenie ran trudno gojących się*. Osżkinis G, Gabriel M, Pukacki F, Majewski W (red.). Blackhorse Publishing, Warszawa 2006; 69-86.
13. Benson DW, Fischer JE. Nutritional management. In: *Handbook of Critical Care*. Berk JL, Sampliner JE (eds.). Little, Brown and Company, Boston 1990; 573-617.
14. Villet S, Chioleri RL, Bollmann MD, et al. Negative impact of hypocaloric feeding and energy balance on clinical outcome in ICU patients. *Clin Nutr* 2005; 24: 502-509.
15. Maciejewski D, Kłęk S, Handzlik P, Kübler A. Żywnienie pozajelitowe dorosłych w oddziałach intensywnej terapii – polskie rekomendacje. *Sepsis* 2012; 5 (supl. 1): S1-S12.

16. Irvin TT, Goligher JC. Aetiology of disruption of intestinal anastomoses. *Br J Surg* 1973; 60: 461-464.
17. Ruberg RL. Role of nutrition in wound healing. *Surg Clin North Am* 1984; 64: 705-714.
18. Haydock DA, Flint MH, Hyde KF, et al. The efficacy of subcutaneous gore-tex implants in monitoring wound healing response in experimental protein deficiency. *Connect Tissue Res* 1988; 17: 159-169.
19. Haydock DA, Hill GL. Impaired wound healing in patients with varying degrees of malnutrition. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 1986; 10: 550-554.
20. Pollack SV. Wound healing: a review. III. Nutritional factors affecting wound healing. *J Dermatol Surg Oncol* 1979; 5: 615-619.
21. Mora RJ. Malnutrition: organic and functional consequences. *World J Surg* 1999; 23: 530-535.
22. Ciesielski L. Patofizjologiczne podstawy żywienia dojelitowego. *Pol Przegl Chir* 1999; 71: 413-423.
23. Szawłowski AW, Szmidt J. Zasady diagnostyki i chirurgicznego leczenia nowotworów w Polsce. Fundacja – Polski Przegląd Chirurgiczny. Warszawa 2003; 29-30.
24. Micha R, Kalantarian S, Wirojratana P, et al. Estimating the global and regional burden of suboptimal nutrition on chronic disease: methods and inputs to the analysis. *Eur J Clin Nutr* 2012; 66: 119-129.
25. Lenard B. Epidemia otyłości. *Magazyn Pielęgniarki i Płożnej* 2008; 9: 26-27.
26. Wojciechowska M, Suda K. Promocja zdrowego stylu życia nie tylko zadaniem zawodowym pielęgniarki, ale także odpowiedzią na współczesne zagrożenia zdrowia. *Problem Pielęgniarstwa* 2008; 16: 60-65.
27. Wrońska I, Kurowska K. Przewlekła choroba a zmiana zachowań zdrowotnych. *Pielęgniarstwo XXI Wieku* 2005; 1: 37-42.
28. Łyszkowska M. Niedożywienie. *Post Żyw Klin* 2011; 1: 20-23.
29. Hartman M, Deja G, Klimacka-Nawrot E i wsp. Odbiór smaku słonego, słodkiego i umami przez preferencje pokarmowe dzieci z cukrzycą typu 1 – doniesienie wstępne. *Ann Acad Med Silesiensis* 2012; 66: 7-16.
30. Wróbel P. Leczenie żywieniowe. *Rynek Zdrowia* 2008; lipiec – sierpień: 20-21.