

## Stan wiedzy na temat czynników ryzyka i profilaktyki chorób cywilizacyjnych a zachowania zdrowotne pracowników medycznych i niemedycznych

### The level of knowledge regarding risk factors and prevention of lifestyle diseases in relation to health behaviour among medical and non-medical professionals

Grzegorz Józef Nowicki<sup>1 (a, b, c, d, e, f)</sup>, Barbara Ślusarska<sup>1 (a, e, f)</sup>, Katarzyna Kocka<sup>1 (b, f)</sup>,  
Honorata Piasecka<sup>1 (e, f)</sup>

<sup>1</sup> Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie,  
Kierownik: dr hab. n. o zdr. Barbara Ślusarska

<sup>(a)</sup> koncepcja

<sup>(b)</sup> opracowanie wniosku statutowego

<sup>(c)</sup> przygotowanie materiału do badań

<sup>(d)</sup> zebranie materiału badawczego

<sup>(e)</sup> opracowanie wyników z przeprowadzonych badań

<sup>(f)</sup> przygotowanie tekstu i piśmiennictwa

#### STRESZCZENIE

**Cel pracy.** Określenie stanu wiedzy na temat czynników ryzyka i profilaktyki wybranych chorób cywilizacyjnych i określenie związku z poziomem deklarowanych zachowań zdrowotnych wśród pracowników medycznych i niemedycznych.

**Materiał i metody.** Badania przeprowadzono wśród 598 dorosłych osób pracujących, wykonujących zawody medyczne (grupa M) i pozamedyczne (grupa P). Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny przy użyciu Testu wiedzy na temat czynników ryzyka i profilaktyki chorób cywilizacyjnych (własnego autorstwa) oraz Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ).

**Wyniki.** Analizując materiał badawczy na temat stanu wiedzy o czynnikach ryzyka i profilaktyce chorób cywilizacyjnych uzyskany od osób z grupy M, stwierdzono że: niski poziom wiedzy charakteryzował 1,97% (n=6) badanych, przeciętny 29,18% (n=89) a wysoki aż 68,85% (n=210). Natomiast w grupa P niski poziomem wiedzy charakteryzował 16,04% (n=47) respondentów, 55,29% (n=162) przeciętny, a 28,67% (n=84) – wysoki. Stwierdzono, że wśród badanych z grupy P wraz ze wzrostem poziomu wiedzy na temat czynników ryzyka i profilaktyki chorób cywilizacyjnych rośnie ocena ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych oraz jego czterech kategorii (p<0,05).

**Wnioski.** Stan wiedzy na temat czynników ryzyka i profilaktyki chorób cywilizacyjnych stanowi ważny czynnik determinujący poziom zachowań zdrowotnych głównie wśród osób wykonujących zawody pozamedyczne.

**Słowa klucze:** stan wiedzy, zachowania zdrowotne, osoby pracujące

#### ABSTRACT

**Objective.** The determination of the level of knowledge concerning risk factors and prevention of selected lifestyle diseases, and its link with declared health behaviour among medical and non-medical professionals.

**Materials and methods.** The survey was conducted among 598 adult professionals, both medical (group M) and non-medical (group P). The research method included a diagnostic survey with the use of a knowledge test on the risk factors and lifestyle diseases (prepared by the authors), and the Health Behaviour Inventory.

**Results.** The analysis of the research material with regard to the level of knowledge concerning risk factors and prevention of lifestyle diseases in group M shows that 1.97% (n=6) of the respondents displayed a low level of knowledge, an average level was found in 29.18% (n=89) of those surveyed, and a high level was reported by as many as 68.85% (n=210). In group P, 16.04% (n=47) of the respondents displayed a low level of knowledge, 55.29% (n=162) of the respondents described their knowledge on the subject as average, and 28.67% (n=84), as high. It was noted that in group P, the assessment of the general indicator of health behaviour and its four categories was higher in participants who displayed a higher level of knowledge regarding risk factors and prevention of lifestyle diseases (p<0.05).

**Conclusion.** The level of knowledge regarding risk factors and prevention of lifestyle diseases is an important determinant of health behaviour mainly among non-

medical professionals.

**Key words:** level of knowledge, health behaviour, professionals

## WSTĘP

Poziom wiedzy o zdrowiu, czynnikach ryzyka i profilaktyce chorób jest istotny w aktywności prozdrowotnej człowieka. W świetle badań empirycznych bezsporne wydaje się uznanie wiedzy za niezbędne kryterium aktywnego uczestnictwa w procesie dbania o zdrowie i terapii, ale także za podstawę samoleczenia czy umiejętności korzystania ze świadczeń medycznych lub zabiegów profilaktycznych. Wiedza i zachowania zdrowotne są m.in. kształtowane przez pryzmat ról pełnionych nie tylko w życiu społecznym, ale także zawodowym. Są one nabywane i kreowane w toku przygotowania zawodowego, głównie zawodów związanych ze społecznym oczekiwaniem na działania prozdrowotne, a mianowicie w grupie zawodów medycznych. Osoby posiadające wykształcenie medyczne oprócz wiedzy potocznej dysponują także medyczną wiedzą specjalistyczną, dającą podstawy do lepszego zrozumienia znaczenia zachowań zdrowotnych w codziennym życiu [1, 2].

Celem pracy jest określenie stanu wiedzy na temat czynników ryzyka i profilaktyki wybranych chorób cywilizacyjnych i jego związku z poziomem deklarowanych zachowań zdrowotnych wśród osób wykonujących zawody medyczne i pozamedyczne.

## MATERIAŁ I METODA

Badania właściwe zostały przeprowadzone od czerwca 2014 roku do marca 2015 roku wśród 598 osób czynnych zawodowo, przedstawicieli 6 zawodów, w tym 3 zawodów medycznych i 3 pozamedycznych. 305 ankietowanych wykonywało zawód medyczny – (grupa M), a 293 respondentów – pozamedyczny (grupa P). Osoby w grupie M reprezentowane były przez: pielęgniarki i położne (61,97%; n=189), opiekunów medycznych (16,72%; n=51) oraz techników sterylizacji medycznej (21,31%; n=65). Natomiast w grupie P były osoby wykonujący zawody: górnik (42,66%; n=125), nauczyciel (23,21%; n=68) oraz pracownik służby więziennej (34,13%; n=100).

Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny, a narzędziem – kwestionariusz ankiety. W celu oceny stanu wiedzy na temat czynników ryzyka i profilaktyki chorób cywilizacyjnych zastosowano Test

wiedzy na temat czynników ryzyka i profilaktyki chorób cywilizacyjnych własnego autorstwa. W narzędziu zostało zamieszczonych 25 pytań, z czego 15 pierwszych było wspólnych dla obu płci, a 10 ostatnich pytań było różnych dla kobiet i mężczyzn. Narzędzie miało na celu ocenę poziomu wiedzy na temat ogólnopolskich programów profilaktycznych, w tym: chorób układu krążenia, chorób odtytoniowych (w tym POChP), raka jelita grubego, raka szyjki macicy, raka piersi, badało znajomość zasad samobadania piersi i jąder oraz czynników ryzyka najczęstszych chorób cywilizacyjnych.

Badanych poproszono o zaznaczenie, czy według ich wiedzy stwierdzenie umieszczone w kwestionariuszu pytań jest prawdziwe czy fałszywe. Uzyskane odpowiedzi oceniono punktowo – za poprawną odpowiedź respondent otrzymywał 1 punkt, za niepoprawną lub brak odpowiedzi – 0. Maksymalnie badany mógł uzyskać 25 punktów. Przedział między 25 a 20 punktów oceniony został jako wysoki poziom wiedzy, 19–15 punktów to średni poziom wiedzy, natomiast poniżej 14 punktów – niski.

Poziomu zachowań zdrowotnych badanych oceniono przy użyciu narzędzia samoopisu – Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) wg. Z. Juczyńskiego [3]. Kwestionariusz IZZ składa się z 24 stwierdzeń, które opisują zachowania zdrowotne w czterech kategoriach: prawidłowe nawyki żywieniowe – PNŻ; – zachowania profilaktyczne – ZP; praktyki zdrowotne – PZ; pozytywne nastawienie psychiczne – PNP. Do każdego twierdzenia badany przypisuje odpowiednią cyfrę w zależności jak dane twierdzenie odnosi się do jego osoby: 1 – prawie nigdy, 2 – rzadko, 3 – od czasu do czasu, 4 – często, 5 – prawie zawsze. Wartości liczbowe zliczane są w celu uzyskania ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych. Wartości te mieszczą się w granicach od 24 do 120 punktów. Im wyższy wynik, tym większe nasilenie zachowań zdrowotnych. Wyniki surowe przekształca się na standaryzowane normy stenowe: 1–4 sten – wyniki niskie; 5–6 sten – wyniki średnie; 7–10 sten – wyniki wysokie.

Narzędzie badawcze zakończone było metryczką, gdzie badani wpisywali swój status socjodemograficzny. W ocenie socjodemograficznej pod uwagę brano następujące dane: płeć (K lub M), wiek, miejsce stałego zameldowania (wieś lub miasto) oraz wykształcenie (zawodowe, średnie lub wyższe).

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiono przy pomocy wartości średniej, odchylenia standardowego, minimum, maksimum i mediany, a dla niemierzalnych – przy pomocy liczności i odsetka. Rozkład analizowanych zmiennych sprawdzono przy użyciu testu Shapiro-Wilka. Ogólny wynik skali IZZ oraz czterech jej kategorii różnił się od rozkładu normalnego. Do zbadań różnic w parametrach mierzalnych pomiędzy dwiema grupami zastosowano test nieparametryczny U Manna-Whitney'a, zaś dla więcej niż dwóch grup zastosowano test Kruskala-Wallisa wraz z testem post-hoc NIR. Przyjęto poziom istotności  $p < 0,05$  wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic lub zależności. Bazę danych i badania statystyczne prowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe Statistica 9.1 (StatSoft, Polska).

### Wymagania etyczne

Badania były dobrowolne i anonimowe. Każdy z respondentów był informowany o celu badania oraz sposobie wypełniania kwestionariusza, następnie pozyskiwano zgodę na udział w badaniu. Realizowana procedura badawcza była zgodna z Deklaracją Helsińska i otrzymała pozytywną opinię Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Lublinie (KE-0254/281/2013). Badania zrealizowano w ramach badań własnych.

## WYNIKI

### Charakterystyka badanych

Wydaje się, że najbardziej odpowiednim rodzajem doboru próby był dobór celowy, a kryterium doboru był charakter wykonywanego zawodu – medyczny bądź pozamedyczny – oraz wyrażenie zgody przez respondenta na przeprowadzenie badania. Dla zachowania porównywalnego statusu społeczno-ekonomicznego (*socioeconomic status*, SES wśród przedstawicieli zawodów medycznych znalazły się pielęgniarki i położne, opiekun medyczny i technik sterylizacji medycznej, natomiast zawody pozamedyczne były reprezentowane przez: górników, nauczycieli i pracowników służby więziennej.

Badaniami objęto grupę 598 osób pracujących, z czego kobiety stanowiły 56,52% ( $n = 338$ ). Średnia wieku wyniosła  $36,49 \pm 7,33$ . Szczegółowa charakterystykę socjo-demograficzną przedstawia tabela I. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 31–40 lat (47,83%;  $n = 186$ ), natomiast 25,08% ( $n = 150$ ) stanowili ankietowani w wieku 20–30 lat, 23,41% ( $n = 140$ ) w wieku 41–50 lat, natomiast

najmniej liczną grupą byli badani w wieku 51 lat i powyżej – 3,68% ( $n = 22$ ). Większy odsetek badanych – 63,55% ( $n = 380$ ) – to badani pochodzący z miasta.

Tabela I. Charakterystyka badanej grupy  
Table I. Characteristics of the study group

Kategoria	Grupa M (N=305) [n (%)]	Grupa P (N=293) [n (%)]	Razem (N=598) [n (%)]
Płeć:			
Kobiety	269 (88,20)	69 (23,55)	338 (56,52)
Mężczyźni	36 (11,80)	224 (76,45)	260 (43,48)
Wiek: średnia ( $\pm$ SD) 36,49 $\pm$ 7,33			
20–30	68 (22,30)	82 (27,99)	150 (25,08)
31–40	133 (43,61)	153 (52,22)	286 (47,83)
41–50	90 (29,51)	50 (17,06)	140 (23,41)
51 i powyżej	14 (4,58)	8 (2,73)	22 (3,68)
Miejsce zamieszkania:			
Wieś	102 (33,44)	116 (39,59)	218 (36,45)
Miasto	203 (66,56)	177 (60,41)	380 (63,55)
Wykształcenie:			
Zawodowe	–	34 (11,60)	34 (5,69)
Średnie (technikum, liceum)	155 (50,82)	109 (37,20)	264 (44,15)
Wyższe I stopnia (licencjackie)	86 (28,20)	46 (15,70)	132 (22,07)
Wyższe II stopnia (magisterskie)	64 (20,98)	104 (35,49)	168 (28,09)

### Stan wiedzy na temat czynników ryzyka i profilaktyki chorób cywilizacyjnych

Analiza uzyskanych wyników badań w zakresie stanu wiedzy na temat czynników ryzyka i profilaktyki chorób cywilizacyjnych wśród pielęgniarek i położnych pozwala stwierdzić, iż tą grupę charakteryzował wysoki poziom wiedzy ( $M = 21,11$ ;  $SD = 2,39$ ). Natomiast badani z grupy M: opiekunowie medyczni i technicy sterylizacji medycznej charakteryzowali się średnim poziomem wiedzy (odpowiednio:  $M = 19,94$ ;  $SD = 2,49$  vs.  $M = 18,92$ ;  $SD = 2,45$ ). Wszystkie badane osoby wykonujące zawody zakwalifikowane do grupy P: górniczy ( $M = 17,90$ ;  $SD = 2,53$ ), nauczyciele ( $M = 19,94$ ;  $SD = 2,54$ ) oraz pracownicy służby więziennej ( $M = 15,80$ ;  $SD = 3,09$ ) charakteryzowały się średnim poziomem wiedzy na temat czynników ryzyka i profilaktyki chorób cywilizacyjnych (tab. II).

Tabela II. Stan wiedzy na temat czynników ryzyka i profilaktyki chorób cywilizacyjnych

Table II. The level of knowledge concerning risk factors and prevention of lifestyle diseases

Zawód		Stan wiedzy	
		M±SD (Min.–Maks.)	Mediana
Grupa M	Pielęgniarki i położne	21,11 ± 2,39 (4–25)	21,00
	Opiekun medyczny	19,94 ± 2,49 (16–22)	20,00
	Technik sterylizacji medycznej	18,92 ± 2,45 (12–24)	19,00
Grupa P	Górnik	17,90 ± 2,53 (9–24)	18,00
	Nauczyciel	19,94 ± 2,54 (13–24)	20,00
	Pracownik służby więziennej	15,80 ± 3,09 (9–25)	16,00

M – średnia, SD – odchylenie standardowe, Min. – minimum, Maks. – maksimum

M – average, SD – standard deviation, Min. – minimum, Maks. – maximum

Analizując materiał badawczy na temat stanu wiedzy o czynnikach ryzyka i profilaktyce chorób cywilizacyjnych uzyskany od osób z grupy M stwier-

dzono, że poziom wiedzy w tej grupie badanych znajduje się w obszarze wysokim, tj. 20,45 (SD=2,58). W obszarze wyników niskich, tj. 14 i mniej punktów, w grupie M znalazło się 1,97% (n=6) badanych, przeciętnych, tj. między 15 a 19 punktów – 29,18% (n=89), natomiast największy odsetek badanych, bo u 68,85% (n=210) wykazał wysoki poziom wiedzy, mieszczący się w granicy od 20 do 25 punktów. Natomiast grupa P charakteryzowała się średnim poziomem wiedzy, tj. 17,66 (SD=3,14). 16,04% (n=47) respondentów miało wynik na poziomie niskim, 55,29% (n=162) na poziomie przeciętnym, a 28,67% (n=84) wykazało się wysokim poziomem wiedzy. Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała istotną statystycznie różnicę pomiędzy stanem wiedzy a charakterem wykonywanego zawodu ( $t = -11,837$ ;  $p < 0,001$ ). Badani z grupy M charakteryzowali się istotnie wyższym stanem wiedzy na temat czynników ryzyka i profilaktyki chorób cywilizacyjnych w porównaniu z badanymi z grupy P.

#### Poziom zachowań zdrowotnych – wyniki badań skalą IZZ

Analiza danych zebranych wśród przedstawicieli grupy M pozwala stwierdzić, że ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych wynosił 80,20 (SD=11,76), co odpowiada w przeliczeniu na jednostkę standaryzowaną 5,64 (SD=1,65) stenowi i jest interpretowane jako wartość przeciętna (przy wartości środkowej 6). Dodatkowo potwierdza

Tabela III. Poziom zachowań zdrowotnych wg IZZ w badanych grupach M i P

Table III. Health behaviour according to the Health Behaviour Inventory in groups M and P

Zmienna	Grupa M		Grupa P		Analiza statystyczna
	M±SD (Min.–Maks.)	Mediana	M±SD (Min.–Maks.)	Mediana	
Prawidłowe nawyki żywieniowe	20,14 ± 4,11 (10–30)	20,00	17,81 ± 4,78 (6–30)	18,00	Z=5,832; p<0,001*
Zachowania profilaktyczne	21,08 ± 4,04 (8–30)	22,00	18,15 ± 4,65 (6–29)	18,00	Z=7,777; p<0,001*
Pozytywne nastawienie psychiczne	20,86 ± 3,62 (11–30)	21,00	19,45 ± 4,46 (6–28)	20,00	Z=3,470; p<0,001*
Praktyki zdrowotne	18,13 ± 3,88 (9–30)	18,00	17,29 ± 4,26 (6–27)	18,00	Z=2,190; p=0,028*
Ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych (suma)	80,20 ± 11,76 (49–118)	80,00	72,70 ± 14,77 (24–106)	74,00	Z=6,202; p<0,001*

Z – test U Manna-Whitneya, p – poziom statystycznej istotności różnic, \* – istotność statystyczna, pozostałe skróty jak w tab. II.

Z – Mann-Whitney U test, p – statistical significance of differences, \* – statistical significance, other abbreviations as in Table. II.

to dość wąski zakres kwartyłowy, od 5 do 7 – czyli połowa wszystkich ankietowanych osiągnęła wynik między 5 a 7, mieszczący się w zakresie wartości przeciętnych, ewentualnie na granicy z poziomem wysokim (osoby zakwalifikowane do stenu 7). Najwyżej ocenione kategorie zachowań zdrowotnych w grupie M to: zachowania profilaktyczne (21,08; SD=4,04) i pozytywne nastawienia psychiczne (20,86; SD=3,62). Nieco niższą ocenę uzyskiwały kategorie: prawidłowe nawyki żywieniowe (20,14; SD=4,11) i praktyki zdrowotne (18,13; SD=3,88).

Ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych w grupie P wynosił 72,70 (SD=14,77), co odpowiada w przeliczeniu na jednostkę standaryzowaną 4,73 (SD=1,82) i jest interpretowane jako poziom przeciętny (wartość średnia 5). Jakkolwiek szeroki zakres kwartyłowy, między 1 a 6, czyli połowa badanych, uzyskała wynik pomiędzy 1 a 6, mieszczący się w zakresie wartości przeciętnych i na granicy z wartościami niskimi (osoby zakwalifikowane do stenu 1–4). Wśród osób z grupy P kategorie zachowań zdrowotnych najwyżej ocenione to: pozytywne nastawienie psychiczne (19,45; SD=4,46) oraz zachowania profilaktyczne (18,15; SD=4,65). Nieco niżej ocenionymi kategoriami były: prawidłowe nawyki żywieniowe (17,81; SD=4,78) i praktyki zdrowotne (17,29; SD=4,26).

Przeprowadzona analiza wykazała istotną statystycznie zależność pomiędzy charakterem wykonywanego zawodu a poziomem zachowań zdrowotnych ( $p < 0,05$ ). Osoby z grupy M charakteryzowały się istotnie statystycznie wyższym wskaźnikiem ogólnego poziomu zachowań zdrowotnych oraz wyższym wskaźnikiem w poszczególnych kategoriach w porównaniu z badanymi z grupy P ( $p < 0,05$ ). Szczegółowe dane przedstawia tabela III.

**Związek stanu wiedzy z zachowaniami zdrowotnymi badanych**

Przeprowadzona analiza wykazała istotną statystycznie zależność pomiędzy poziomem wiedzy na temat czynników ryzyka i profilaktyki chorób cywilizacyjnych a oceną zachowań zdrowotnych wśród przedstawicieli grupy P ( $p < 0,05$ ). Stwierdzono, że wśród badanych z grupy P wraz ze wzrostem poziomu wiedzy na temat czynników ryzyka i profilaktyki chorób cywilizacyjnych rośnie ocena ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych oraz jego czterech kategorii: prawidłowe nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, pozytywne nastawienie psychiczne i praktyki zdrowotne. Wśród przedstawicieli grupy M nie zaobserwowano istotnych statystycznie zależności ( $p > 0,05$ ). Szczegółowe dane przedstawia tabela IV.

Tabela IV. Różnice w zakresie zachowań zdrowotnych (wg IZZ) w zależności od stanu wiedzy na temat czynników ryzyka i profilaktyki chorób cywilizacyjnych w badanej grupie  
 Table IV. Differences in health behaviour (according to the Health Behaviour Inventory) depending on the state of knowledge about risk factors and prevention of lifestyle diseases in the study group

Zawód	Poziom wiedzy	Prawidłowe nawyki żywieniowe		Analiza statystyczna	Zachowania profilaktyczne		Analiza statystyczna	Pozytywne nastawienie psychiczne		Analiza statystyczna	Praktyki zdrowotne		Analiza statystyczna	IZZ		Analiza statystyczna
		M±SD			M±SD			M±SD			M±SD					
Grupa M	niski	17,83±4,45		H=6,747; p=0,034	19,33±5,75		H=1,824; p=0,402	21,83±3,76		H=0,506; p=0,756	16,00±4,52		H=2,409; p=0,300	75,00±15,23		H=3,754; p=0,153
	przeciętny	19,42±3,99			20,79±3,86			21,02±3,64			17,75±3,93			78,98±10,60		
	wysoki	20,51±4,11			21,25±4,06			20,76±3,62			18,35±3,83			80,87±12,11		
Grupa P	niski (I)	14,66±4,01		H=27,580; p<0,001*	15,77±4,33		H=13,582; p=0,001*	16,81±5,00		H=17,859; p<0,001*	15,49±4,97		H=7,836; p=0,02*	62,72±15,88		H=24,780; p<0,001*
	przeciętny (II)	18,36±4,82			18,52±4,79			20,02±4,36		(RM: I-II, I-III)	17,71±4,25			74,61±15,26		(RM: I-II, I-III)
	wysoki (III)	18,50±4,45			18,77±4,15			19,83±3,81			17,48±3,58			74,28±10,41		

H – wynik testu Kruskala-Wallis, RM – różnice międzygrupowe, pozostałe skróty jak w tab. II i III.

H – Kruskal-Wallis test results, RM – intergroup differences, other abbreviations as in Tables II and III.

## DYSKUSJA

Próba oceny poziomu wiedzy na temat czynników ryzyka i profilaktyki chorób w różnych subpopulacjach w Polsce jest często podejmowana w literaturze przedmiotu. Liczne badania wskazują, że poziom wiedzy przedstawicieli populacji polskiej najczęściej oceniany jest jako niski lub średni, np. wiedza na temat czynników ryzyka i profilaktyki raka szyjki macicy wśród kobiet i mężczyzn [4], profilaktyki raka piersi [5], samobadania i profilaktyki raka jądra wśród mężczyzn [6], wśród matek na temat próchnicy u dzieci [7], czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego wśród osób pracujących [8].

Badania Mędréli-Kuder [9] przeprowadzone wśród studentek kierunków fizjoterapia i technologia chemiczna wskazują, że wiedza studentek obu kierunków na temat czynników ryzyka raka szyjki macicy jest niewystarczająca, jakkolwiek studentki fizjoterapii wykazały się wyższym poziomem wiedzy. Podobne wyniki w swoich badaniach uzyskali Binkowska-Bury i wsp. [10], badający poziom wiedzy o zdrowiu wśród 555 studentów uczelni wyższych w Rzeszowie, studiujących na kierunkach: filologia polska, filologia angielska, pielęgniarstwo, położnictwo, matematyka i fizyka. W cytowanych badaniach wyższym poziomem wiedzy wykazali się studenci studiujący na kierunkach medycznych.

Badania własne w zakresie punktowej oceny poziomu wiedzy na temat czynników ryzyka i profilaktyki chorób cywilizacyjnych wskazują, że badanych wykonujących zawód medyczny charakteryzował istotnie statystycznie wyższy poziom wiedzy w porównaniu z osobami wykonującymi zawód niemedyczny. Poziom wiedzy oceniony jako niski – gdy respondent otrzymał do 14 punktów – charakteryzował 1,97% badanych wykonujących zawód medyczny i 16,04% badanych wykonujących zawód niemedyczny. Średni poziom wiedzy – gdy liczba uzyskanych punktów w teście wahała się między 15 a 19 – dotyczył 29,18% osób wykonujących zawód medyczny i 55,29% wykonujących zawód niemedyczny. Natomiast wysoki poziom wiedzy – między 20 a 25 punktów – uzyskało aż 68,85% respondentów wykonujących zawód medyczny i tylko 28,67% reprezentantów zawodów niemedycznych. Dalsza analiza wykazała istotną statystycznie zależność pomiędzy poziomem wiedzy a IZZ wśród przedstawicieli zawodów niemedycznych. Wraz ze wzrostem poziomu wiedzy rosła ocena ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych i czterech kategorii IZZ ( $p < 0,05$ ). Co ciekawe, wśród przedstawi-

cieli zawodów medycznych poziom wiedzy nie wpływał istotnie statystycznie na poziom zachowań zdrowotnych.

Analizując wpływ poziomu wiedzy na zachowania zdrowotne, należy zaznaczyć, że ważnym aspektem jest fakt, iż udział wiedzy jako czynnika warunkującego, potęgującego lub umacniającego zasoby zdrowotne okazuje się często niewystarczający do tego, aby wybory człowieka były zgodne z zaleceniami profesjonalistów w tej dziedzinie [11]. Jednym z wielu przykładów potwierdzających powyższą tezę mogą być badania porównujące zachowania zdrowotne pielęgniarek i nauczycielek przeprowadzone przez Andruszkiewicz i Nowik [12]. Cytowane badania zostały przeprowadzone w oparciu o Skalę Pozytywnych Zachowań Zdrowotnych dla Kobiet autorstwa Hild-Ciupińskiej i wykazały, że pielęgniarki – pomimo wyższego poziomu wiedzy wynikającego z wykształcenia i doświadczenia zawodowego – miały poziom zachowań zdrowotnych w poszczególnych podskalach narzędzia (dbałość o zdrowie, dbałość o ciało, zachowania bezpieczeństwa, zdrowie psychospołeczne i aktywność fizyczna) na podobnym poziomie co nauczycielki. Autorki nie zaobserwowały istotnych statystycznych różnic pomiędzy wykonywanym zawodem a poziomem zachowań zdrowotnych. Badania Nowickiego i wsp. [13] porównujące zachowania zdrowotne lekarzy i osób z wykształceniem wyższym niemedyceznym nie ujawniły istotnych statystycznie różnic pomiędzy wykonywanym zawodem a średnią wartością BMI, świadomością swojej nadwagi, jakością spożywanych posiłków, rozkładem posiłków w ciągu dnia, spożywaniem alkoholu, aktywnością fizyczną oraz liczbą byłych i aktywnych palaczy. Lekarze w badaniach wskazali, natomiast wyniki pozwalające stwierdzić, że częściej uprawiają sportu „regularnie” i „od czasu do czasu” oraz częściej spożywają owoce i warzywa „ponad 3 razy dziennie” ( $p < 0,05$ ).

## WNIOSKI

Wśród pracowników niemedyceznym wraz ze wzrostem poziomu wiedzy na temat czynników ryzyka i profilaktyki chorób cywilizacyjnych wzrasta ocena ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych. Natomiast w grupie pracowników medycznych wysoki poziom wiedzy nie koreluje z ich zachowaniami zdrowotnymi.

## PIŚMIENICTWO

- [1] Ślusarska B., Kulik T. B., Piasecka H., i wsp.: Wiedza i zachowania zdrowotne studentów medycyny w zakresie czynników ryzyka sercowo-naczyniowego. *MONZ* 2012; 18 (1): 19–26.
- [2] Zarzeczna-Baran M., Wojdak-Haasa E.: Wiedza studentów Akademii Medycznej w Gdańsku o niektórych elementach stylu życia. *Prob Hig Epidemiol* 2007; 88 (1): 55–59.
- [3] Juczyński Z.: Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Wydanie drugie. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2012: 110–116.
- [4] Pacewicz M., Krajewska-Kułak E., Krajewska-Ferishah K.: Profilaktyka raka szyjki macicy – poziom wiedzy kobiet i mężczyzn. *Med Paliat* 2012; 4: 217–228.
- [5] Zych B., Marć M., Binkowska-Bury M.: Stan wiedzy kobiet po 35. roku życia w zakresie profilaktyki raka piersi. *Prz Med Uniw Rzesz Inst Leków* 2006; 1: 27–33.
- [6] Baran M., Walewska E., Binko K., i wsp.: Wiedza młodych mężczyzn o raku jądra. *Probl Pielęg* 2014; 22 (1): 1–5.
- [7] Grzesiak I., Kaczmarek U.: Wiedza prozdrowotna matek i świadomość stanu uzębienia ich dzieci w wieku do 3 lat. *Dent Med Probl* 2004; 41 (1): 59–66.
- [8] Nowicki G., Ślusarska B., Brzezicka A.: Analiza stanu wiedzy o czynnikach ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego wśród osób pracujących. *Probl Pielęg* 2009; 17 (4): 321–327.
- [9] Mędreła-Kuder E.: Poziom wiedzy z zakresu czynników ryzyka i profilaktyki raka szyjki macicy wśród studentek wybranych krakowskich uczelni. *Pol Prz Nauk Zdr* 2014; 38 (1): 20–24.
- [10] Binkowska-Bury M., Marć M., Januszewicz P.: Wiedza o zdrowiu a zachowania ryzykowne w środowisku młodzieży akademickiej. *Med Ogólna* 2010; 16 (45): 100–113.
- [10] Ślusarska B.: Wybrane wskaźniki stanu sercowo-naczyniowego a zachowania zdrowotne w prewencji pierwotnej wśród młodych dorosłych. *Wyd. Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Lublin* 2012.
- [10] Andruszkiewicz A., Nowik M.: Zachowania zdrowotne kobiet czynnych zawodowo. *Probl Pielęg* 2011; 19 (2): 148–152.
- [10] Nowicki M., Dokurno U., Cymerys M., i wsp.: Czy osoby pracujące w ochronie zdrowia dbają o swoje zdrowie? Badanie porównawcze lekarzy i osób z niemedycznym wyższym wykształceniem. *Zdr Publ* 2009; 119 (2): 167–170.

*Adres do korespondencji:*  
dr n. o zdr. Grzegorz Józef Nowicki  
Zakład Medycyny Rodzinnej  
i Pielęgniarstwa Środowiskowego  
Wydział Nauk o Zdrowiu  
Uniwersytet Medyczny w Lublinie  
ul. Staszica 6, 20-081 Lublin  
tel. +48 81 448 68 10  
e-mail: grzesiek\_nowicki@interia.pl