

Agnieszka Trząsańska¹

¹ Oddział Urologii, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. błogosławionego księdza Jerzego Popiełuszki we Włocławku

Ocena zachowań zdrowotnych i wiedzy wśród pacjentów na temat profilaktyki zakażeń układu moczowego

Assessment of health behaviors and knowledge among patients regarding the prevention of urinary tract infections

Streszczenie

Wstęp. Zakażenia układu moczowego mają charakter nawracający. Istotnie wiążą się z zachowaniami zdrowotnymi prezentowanymi przez chorych.

Cel. Celem niniejszej pracy jest ocena zachowań zdrowotnych i wiedzy wśród pacjentów na temat profilaktyki zakażeń układu moczowego.

Materiały i metody. Badanie przeprowadzono wśród pacjentów hospitalizowanych w przebiegu ZUM. Zastosowaną w pracy metodą badawczą była metoda sondażu diagnostycznego. Narzędziami badawczymi były anonimowy kwestionariusz ankietowy oraz skala IZZ. W metodzie tej wykorzystano technikę, która opierała się na ankietowaniu. Wykonane badanie zostało oparte na podstawie autorskiego kwestionariusza ankietowego.

Wnioski. Po szczegółowej analizie danych za pomocą metod statystycznych sformułowano następujące wnioski: Zachowania zdrowotne badanych hospitalizowanych w przebiegu ZUM podlegają istotnemu zróżnicowaniu w zależności od zmiennych socjodemograficznych i wskaźnika BMI. Kategorie zachowań zdrowotnych badanych hospitalizowanych w przebiegu ZUM podlegają istotnemu zróżnicowaniu w zależności od zmiennych socjodemograficznych, obecności chorób współistniejących i BMI. Kategorie zachowań zdrowotnych badanych hospitalizowanych w przebiegu ZUM istotnie różnią się w zależności od wystąpienia u nich infekcji układu moczowego. Kategorie zachowań zdrowotnych badanych hospitalizowanych w przebiegu ZUM nie różnią się w zależności od ich wiedzy na temat profilaktyki zakażeń układu moczowego.

Słowa kluczowe: zachowania zdrowotne, profilaktyka, zakażenie układu moczowego

Summary

Introduction. Urinary tract infections are recurrent. They are significantly related to the health behaviors presented by patients.

Aim. The aim of this study is to assess health behaviors and knowledge among patients regarding the prevention of urinary tract infections.

Materials and methods. The study was conducted among patients hospitalized with UTI. The research method used in this work was the diagnostic survey method. The research tools were an anonymous survey questionnaire and the IZZ scale. This method used a technique based on surveys. The study was based on an original survey questionnaire.

Conclusions: After a detailed analysis of the data using statistical methods, the following conclusions were formulated: The health behaviors of respondents hospitalized during UTI vary significantly depending on sociodemographic variables and BMI. Categories of health behaviors of respondents hospitalized during UTI vary significantly depending on sociodemographic variables, the presence of comorbidities and BMI. The categories of health behaviors of respondents hospitalized during UTI differ significantly depending on the occurrence of urinary tract infections. The categories of health behaviors of respondents hospitalized during UTI do not differ depending on their knowledge about the prevention of urinary tract infections.

Keywords: health behaviors, prevention, urinary tract infection

Wstęp

Wbrew powszechnemu przekonaniu zakażenia dróg moczowych stanowią bardzo niejednorodną grupę schorzeń klinicznych, począwszy od bezobjawowej bakteriurii (jedynie objawy laboratoryjne, a nie stan chorobowy), po ciężkie stany zagrażające życiu, takie jak urosepsa [1]. Znaczenie infekcji dróg moczowych polega przede wszystkim na ich częstotliwości występowania i związanym z nimi obciążeniami systemów opieki zdrowotnej na całym świecie, głównie w krajach rozwiniętych [2]. Amerykańskie Towarzystwo Urologiczne szacuje, że każdego roku na całym świecie diagnozuje się około 150 milionów przypadków infekcji dróg moczowych, co stanowi ogromne obciążenie dla systemu opieki zdrowotnej [1].

Cel

Celem niniejszej pracy jest ocena zachowań zdrowotnych i wiedzy wśród pacjentów na temat profilaktyki zakażeń układu moczowego.

Materiał i metody

Badanie przeprowadzono wśród pacjentów hospitalizowanych w przebiegu ZUM. Zastosowaną w pracy metodą badawczą była metoda sondażu diagnostycznego. Narzędziami badawczymi były anonimowy kwestionariusz ankietowy oraz skala IZZ.

Kwestionariusz autorskiej ankiety składa się z dwóch części – pytań metryczkowych i 8 pytań dotyczących oceny zachowań zdrowotnych i wiedzy wśród pacjentów na temat profilaktyki zakażeń układu moczowego. Drugą część to kwestionariusz skali IZZ, który składa się z 25 pytań. Badania były przeprowadzone w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. księdza Jerzego Popiełuszki we Włocławku. Natomiast kwestionariusz IZZ zawiera łącznie 24 pytania, które obejmują aspekty związane z pozytywnymi zachowaniami związanymi ze zdrowiem. Zachowania zdrowotne opisują cztery kategorie, które nawiązują do prawidłowych nawyków żywieniowych (PNŻ), zachowań profilaktycznych (ZP), pozytywnych nastawień psychicznych (PNP) oraz praktyk zdrowotnych (PZ). Kwestionariusz IZZ zakupiony został w Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego przez Internet.

W analizie wyniku należy się stosować do właściwości charakteryzujących skalę stenową. Wyniki w granicach 1-4 stena przyjęto traktować jako wyniki niskie, zaś w granicach 7-10 stena jako wyniki wysokie, co odpowiada obszarowi ok. 33% wyników najniższych i tyle samo najwyższych w skali. Wyniki w granicach 5 i 6 stena uznaje się jako przeciętne [61].

Większość respondentów stanowiły kobiety (74% - 74 osób), w porównaniu do mężczyzn (36% - 36 osób). Największą część badanych stanowili pacjenci powyżej 50 roku życia (42% - 42 osób), a najmniejszą osoby między 20 a 30 rokiem życia (14% - 14 osób). Z kolei w przedziale 31 – 40 lat było 21% badanych (21 osób), a w wieku 41 – 50 lat - 23% pacjentów (23 osoby). Najmniej liczną grupę stanowiły osoby z wykształceniem podstawowym (13% - 13 osób), natomiast badani z wykształceniem wyższym (39% - 39 osób). Wykształceniem zawodowym legitymowało się 27% pacjentów (27 osób) a wykształceniem średnim 21% chorych (21 osób). Największą część badanych stanowili respondenci zamieszkujący miasta (81% - 81 osoby). Na wsi mieszkało 19% pacjentów (19 osób). W tabeli 6 przedstawiono przedziały BMI na podstawie otrzymanych pomiarów wzrostu i wagi osób badanych.

Największy odsetek pacjentów znajdował się w przedziale BMI od 18,5 do 24,9 – waga prawidłowa (40% - 40 osób). Kolejną liczną grupą badanych stanowiły osoby w przedziale BMI od 24,9 do 29,9 – nadwaga (34% - 34 osób). Z kolei 16% chorych (16 osób) znalazło się w ramach przedziału BMI od 30 do 34,9, odpowiednio po 4% pacjentów (po 4 osoby) w przedziałach od 35,0 do 39,9 oraz 16,0 do 18,49 a 2% badanych (2 osoby) w przedziale BMI powyżej 40.

Do sprawdzenia zależności między otrzymanymi i oczekiwanymi danymi zastosowano nieparametryczny test chi-kwadrat.

Wyniki

Zachowania zdrowotne badanych w zależności od zmiennych socjodemograficznych i BMI

Tabela 1. Poziom wskaźników dotyczący zachowań zdrowotnych badanych

	Średni wynik
Poziom wysoki	16,1±10,1
Poziom przeciętny	82,1±16,8
Poziom niski	1,8±2,1

Respondenci uzyskiwali najczęściej średni wynik zachowań zdrowotnych w granicach 82,1±16,8 punktów, co odpowiada wartości 5 a 6 stena czyli przeciętnemu poziomowi zachowań zdrowotnych. Z kolei poziom wysoki wyników chorych plasował się w średnich wartościach 16,1±10,1 punktów a poziom niski 1,8±2,1 punktów.

Tabela 2. Zachowania zdrowotne w zależności od płci badanych

	Kobieta n= 74		Mężczyzna n=36		H	P	IZZ	IZZ (steny)
	Średnia	SD	Średnia	SD				
Poziom wysoki	3,06	0,8	3,14	0,95	0,022	0,206	71,1± 3,4	4,3±2,1
Poziom przeciętny	3,94	1,49	3,29	1,06	1,622	0,886	78,3 ±3,9	5,8±2,3
Poziom niski	3,35	1,14	3,02	0,65	0,678	0,412	75,2±3,75	4,9 ±2,3

W przypadku płci respondentów potwierdzono istotne statystycznie różnice ($p=0,886$) w poziomie przeciętnych zachowań zdrowotnych. Kobiety istotnie częściej ($M=3,94$) uzyskiwały przeciętny poziom zachowań zdrowotnych w porównaniu do mężczyzn ($M= 3,29$). Nie potwierdzono różnic istotnie statystycznych w poziomie wysokim i niskim zachowań zdrowotnych badanych z uwagi na ich płeć.

Tabela 3. Zachowania zdrowotne w zależności od wieku badanych

	20-30 lat, n= 14		31-40 lat, n= 21		41-50 lat, n= 23		Powyżej 50 lat n= 42		H	P	IZZ	IZZ (steny)
	Średnia	SD	Średnia	SD	Średnia	SD	Średnia	SD				
Poziom wysoki	2,80	1,30	1,07	0,64	1,52	0,29	2,09	0,16	0,65	0,013	69,8±4,2	3,5±2,3
Poziom przeciętny	3,00	1,00	3,86	1,29	3,90	1,14	3,65	1,03	0,805	0,337	60,1±3,5	2,1±1,8
Poziom niski	2,00	1,41	3,00	1,24	3,14	1,42	3,48	1,50	1,152	0,052	63,8±3,9	3,0±2,1

Analiza statystyczna wykazała istotną zależność między wiekiem badanych a przeciętnymi zachowaniami zdrowotnymi ($p= 0,337$). Osoby w wieku 41-50 lat ($M=3,90$) oraz 31-40 lat ($M=3,86$) istotnie częściej uzyskiwały przeciętny wynik poziomu zachowań zdrowotnych, w porównaniu do respondentów powyżej 50 lat ($M=3,65$) oraz w wieku 20-30 lat ($M=3,0$). Nie potwierdzono różnic istotnie statystycznych w poziomie wysokim i niskim zachowań zdrowotnych badanych z uwagi na ich wiek.

Tabela 4. Zachowania zdrowotne w zależności od miejsca zamieszkania badanych

	Wieś n=19		Miasto n= 81		Z	p	IZZ	IZZ (stony)
	Średnia	SD	Średnia	SD				
Poziom wysoki	3,68	1,49	4,25	1,28	4,196	0,043	80,9±14,1	5,7±1,8
Poziom przeciętny	3,59	1,14	3,90	1,15	1,712	0,194	77,2±3,9	4,9±1,5
Poziom niski	2,89	1,54	3,41	1,47	2,831	0,096	72,3±5,0	4,2±1,5

Analiza statystyczna wykazała istotną zależność pomiędzy miejscem zamieszkania ankietowanych a zachowaniami zdrowotnymi ($p= 0,043$). Osoby badane zamieszkujące tereny miejskie ($M= 4,25$) istotnie częściej wyróżniają się wysokim poziomem zachowań zdrowotnych, w porównaniu do badanych mieszkających na wsi ($M= 3,68$). Nie potwierdzono różnic istotnych statystycznie w poziomie przeciętnym i niskim zachowań zdrowotnych. Niemniej jednak osoby zamieszkałe w mieście częściej wyróżniały się poziomem przeciętnym ($M= 3,90$) oraz poziomem niskim ($M= 3,41$) zachowań zdrowotnych, w porównaniu do osób mieszkających na wsi.

Tabela 5. Zachowania zdrowotne w zależności od wykształcenia badanych

	Podstawowe, n=13		Średnie n=39,		Zawodowe, n=21		Wyższe n=27		H	p	IZZ	IZZ (stony)
	Średnia	SD	Średnia	SD	Średnia	SD	Średnia	SD				
Poziom wysoki	3,872	1,330	3,718	1,450	4,095	1,338	4,275	1,095	4,134	0,008	79,8±14,1	4,4±2,0
Poziom przeciętny	3,385	0,768	3,795	1,218	3,714	1,384	3,037	0,980	0,986	0,403	61,2±2,3	2,6±0,5
Poziom niski	2,769	1,589	3,487	1,571	2,952	1,658	4,741	1,928	1,022	0,386	72,8±2,2	3,7±1,3

Analiza statystyczna dowiodła, że występuje zależność między zachowaniami zdrowotnymi a wykształceniem ankietowanych ($p= 0,008$). Osoby z wykształceniem wyższym ($M= 3,275$) wyróżniały się poziomem wysokim zachowań zdrowotnych ($M= 4,275$), w porównaniu do badanych z wykształceniem zawodowym ($M= 4,095$), podstawowym ($M= 3,872$) oraz średnim ($M=3,718$). Nie wykazano różnic istotnie statystycznych w poziomie przeciętnym i niskim zachowań zdrowotnych badanych z uwagi na ich wykształcenie.

Tabela 6. Zachowania zdrowotne w zależności BMI badanych

	16,0–18,49 n=4		18,5–24,9 n= 40		24,9–29,9 n= 34		30,0–34,9		35,0–39,9		<40,0		H	P	IZZ
	Śred-nia	SD	Śred-nia	SD	Śred-nia	SD	Śred-nia	SD	Śred-nia	SD	Śred-nia	SD			
Poziom wysoki	3,83	1,43	4,17	1,49	3,50	0,97	4,28	1,18	3,72	1,33	3,8	2,65	1,59	0,998	67,5±0,9
Poziom przeciętny	3,46	1,02	4,10	1,10	3,50	1,27	3,56	1,25	3,96	1,32	3,1	0,82	2,428	0,070	62,1±1,
Poziom niski	3,08	1,38	3,46	1,49	3,00	1,76	2,89	1,60	2,72	1,51	3,11	1,42	0,821	0,485	59,1±1,3

Analiza statystyczna dowiodła, że istnieje zależność istotna statystycznie między zachowaniami zdrowotnymi a wskaźnikiem BMI ankietowanych ($p= 0,070$). Najczęściej osoby ze wskaźnikiem BMI między 18,5 a 24,9 ($M= 4,10$) wyróżniały się przeciętnym poziomem zachowań zdrowotnych, w porównaniu do pozostałych respondentów z BMI: 35,0 – 39,9 ($M= 3,96$), 30 – 34,9 ($M= 3,56$), 24,9 – 29,9 ($M= 3,50$), 16,0 – 18,49 ($M=3,46$), Nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic między poziomem wysokim i niskim zachowań zdrowotnych a wskaźnikiem BMI badanych.

Tabela 7. Kategorie zachowań zdrowotnych badanych

	Średnia	Odchylenie standardowe
I - kategoria zachowań zdrowotnych	3,14	0,8
II - kategoria zachowań zdrowotnych	3,69	0,95
III – kategoria zachowań zdrowotnych	3,21	0,8
IV – kategoria zachowań zdrowotnych	3,49	0,95

**I – prawidłowe nawyki żywieniowe, II- zachowania profilaktyczne,
III- pozytywne nastawienie psychiczne, IV- praktyki zdrowotne**

Respondenci uzyskali najwyższe średnie wyniki w ramach kategorii zachowań profilaktycznych ($M= 3,69$) a najniższe w kategorii związanej z prawidłowymi nawykami żywieniowymi ($M= 3,14$).

Kategorie zachowań zdrowotnych badanych w zależności od zmiennych socjodemograficznych, obecności chorób współistniejących i BMI

Tabela 8. Kategorie zachowań zdrowotnych w zależności od płci badanych

Płeć	Średnie i odchylenia standardowe					
	Wskaźniki		Kategorie zachowań			
	IZZ	IZZ (steny)	I	II	III	IV
Kobiety n= 74	89,6±4,8	6,2±3,0	3,4±0,6	2,1±0,5	2,1±0,2	1,2±0,3
Mężczyźni n= 36	65,2±3,1	3,1±1,2	1,0±0,7	2,1±0,2	2,2±0,6	1,8±0,6
Istotność	t= 0,017 p= 0,04	t= 0,01 p= 0,01	t= 0,2 p= 0,045	t= -0,6 p= 0,047	t= 0,65 p= 0,038	t= 0,36 p= 0,049

I - prawidłowe nawyki żywieniowe, II- zachowania profilaktyczne, III- pozytywne nastawienie psychiczne, IV- praktyki zdrowotne

Odnotowano istotnie statystyczne różnice między płcią badanych a wskaźnikami zachowań zdrowych oraz ich kategoriami ($p < 0,05$).

Kobiety uzyskiwały istotnie ($p = 0,04$) wyższe średnie liczby punktów ($M=89,6\pm 4,8$) niż mężczyźni ($M=65,2\pm 3,1$) w zakresie zachowań zdrowotnych oraz istotnie częściej prezentowały przeciętny ich poziom ($6,2\pm 3,0$ stena), w porównaniu do mężczyzn, których wyniki prezentowały się w kategorii zachowań o niskim poziomie ($3,1\pm 1,2$ stena) zachowań zdrowotnych. Kobiety najczęściej zwracały uwagę na prawidłowe nawyki żywieniowe ($M= 3,4\pm 0,6$), a rzadziej na praktyki zawodowe ($M= 1,2\pm 0,3$). Mężczyźni na ogół przywiązywali wagę do pozytywnego nastawienia psychicznego ($M= 2,2\pm 0,6$), a sporadycznie do prawidłowych nawyków żywieniowych ($M= 1,0\pm 0,7$).

Tabela 9. Kategorie zachowań zdrowotnych w zależności od wieku badanych

Wiek	Średnie i odchylenia standardowe					
	Wskaźniki		Kategorie zachowań			
	IZZ	IZZ (steny)	I	II	III	IV
20-30 lat n= 14	58,6±3,8	3,2±1,0	1,1±0,6	1,8±0,2	1,5±0,1	0,2±0,4
31-40 lat n= 21	35,2±1,1	2,1±0,2	1,8±0,7	1,1±0,1	3,2±0,7	2,8±0,2
41-50 lat n= 23	42,1±2,8	3,1±0,15	3,8±0,5	6,1±0,6	3,8±0,5	2,7±0,2
Powyżej 50 lat, n= 42	39,5±1,7	2,5±0,9	2,5±0,1	3,7±1,2	2,7±0,4	3,2±0,6
Istotność	t= 0,018 p= 0,03	t= 0,02 p= 0,03	t= -0,75 p= 0,001	t= -0,5 p= 0,036	t= 0,25 p= 0,045	t= 0,26 p= 0,003

I - prawidłowe nawyki żywieniowe, II- zachowania profilaktyczne, III- pozytywne nastawienie psychiczne, IV- praktyki zdrowotne

Odnotowano istotnie statystyczne różnice między wiekiem osób badanych a wskaźnikami IZZ oraz kategoriami zachowań zdrowotnych ($p < 0,05$).

Osoby badane w wieku od 20 do 30 lat uzyskiwały istotnie ($p = 0,03$) najwyższe średnie wartości punktów ($M = 58,6 \pm 3,8$) dotyczących zachowań zdrowotnych, w porównaniu do respondentów z pozostałych kategorii wiekowych. Na drugim miejscu uplasowały się osoby w wieku od 41 do 50 r.ż. ($M = 42,1 \pm 2,8$), kolejno badani w wieku powyżej 50 lat ($M = 39,5 \pm 1,7$) i respondenci między 31 a 40 r.ż. ($M = 35,2 \pm 1,1$). Badani w wieku od 20 do 30 lat częściej prezentowały przeciętny poziom zachowań zdrowotnych ($3,2 \pm 1,0$ stena) w porównaniu do pozostałych. Ankietowani w wieku od 20 do 30 lat najczęściej w zachowaniach zdrowotnych brały pod uwagę zachowania profilaktyczne ($M = 1,8 \pm 0,2$). Respondenci między 30 a 40 rokiem życia zwracali uwagę na pozytywne nastawienie psychiczne ($M = 3,2 \pm 0,7$). Badani w wieku od 41 do 50 lat przywiązywali największą wagę do prawidłowych nawyków żywieniowych ($M = 3,8 \pm 0,5$). Natomiast osoby badane powyżej 50 roku życia najczęściej zwracali uwagę na zachowania profilaktyczne ($M = 3,7 \pm 1,2$).

Tabela 10. Kategorie zachowań zdrowotnych w zależności od wykształcenia badanych

Wykształcenie	Średnie i odchylenia standardowe					
	Wskaźniki		Kategorie zachowań			
	IZZ	IZZ (steny)	I	II	III	IV
Podstawowe n= 13	48,6±3,5	2,2±1,2	1,7±0,4	0,8±1,2	1,6±0,25	1,65±0,8
Zawodowe n= 27	45,6±1,5	1,1±0,35	2,4±0,8	0,5±1,3	1,2±0,5	3,2±1,1
Średnie n= 21	62,2±3,2	6,1±0,35	2,4±0,7	4,2±0,3	1,8±0,3	3,8±0,8
Wyższe n= 39	48,0±1,8	2,1±0,9	1,5±0,25	2,4±0,7	3,7±0,6	2,14±0,8
Istotność	t= 0,028 p= 0,04	t= 0,008 p= 0,002	t= 0,35 p= 0,012	t= -0,41 p= 0,035	t= 0,28 p= 0,035	t= 0,36 p= 0,008

**I - prawidłowe nawyki żywieniowe, II- zachowania profilaktyczne,
III- pozytywne nastawienie psychiczne, IV- praktyki zdrowotne**

Odnotowano istotnie statystyczne różnice między wykształceniem osób badanych a wskaźnikami IZZ oraz kategoriami zachowań zdrowotnych ($p < 0,05$).

Osoby badane z wykształceniem średnim uzyskiwały istotnie ($p = 0,04$) najwyższe średnie wartości punktów ($M = 62,2 \pm 3,2$), w porównaniu pozostałych respondentów. Badani z wykształceniem średnim najczęściej prezentowali przeciętny poziom zachowań zdrowotnych ($6,1 \pm 0,35$ stena). Respondenci z wykształceniem średnim bardzo często zwracali uwagę w zachowaniach zdrowotnych przede wszystkim na zachowania profilaktyczne ($M = 4,2 \pm 0,3$). Osoby badane z wykształceniem podstawowym zwracali uwagę na prawidłowe nawyki żywieniowe ($M = 1,7 \pm 0,4$), respondenci z wykształceniem wyższym preferowali najczęściej pozytywne nastawienie psychiczne

($M= 3,7\pm 0,6$). Natomiast ankietowani z wykształceniem zawodowym uzyskiwali najwyższą średnią liczbę punktów w ramach praktyk zdrowotnych ($M= 3,2\pm 1,1$).

Tabela 11. Kategorie zachowań zdrowotnych w zależności od miejsca zamieszkania badanych

Miejsce zamieszkania	Średnie i odchylenia standardowe					
	Wskaźniki		Kategorie zachowań			
	IZZ	IZZ (steny)	I	II	III	IV
Wieś n= 19	28,6±1,8	2,2±0,8	2,8±0,2	1,1±0,3	1,1±0,7	1,8±0,3
Miasto n= 81	81,6±4,1	7,5±2,3	4,10±0,6	4,3±0,7	2,87±0,6	3,75±0,9
Istotność	t= 0,08 p= 0,4	t= 0,25 p= 0,5	t= 0,28 p= 0,9	t= 0,15 p= 0,6	t= 0,45 p= 0,9	t= 0,54 p= 0,6

I – prawidłowe nawyki żywieniowe, II- zachowania profilaktyczne, III- pozytywne nastawienie psychiczne, IV- praktyki zdrowotne

Nie odnotowano istotnych statystycznie różnic między miejscem zamieszkania badanych a wskaźnikami zachowań zdrowotnych i ich kategoriami ($p > 0,05$). Można zaobserwować, że osoby zamieszkujące tereny miejskie w większym stopniu zwracają uwagę na prawidłowe nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, pozytywne nastawienie oraz praktyki zdrowotne.

Osoby mieszkające w mieście znacznie częściej zwracały uwagę na zachowania zdrowotne ($M= 81,6\pm 4,1$), w porównaniu do badanych zamieszkujących tereny wiejskie ($M=28,6\pm 1,8$). Respondenci z miasta wykazywali wysoki poziom zachowań zdrowotnych w ujęciu zachowań profilaktycznych ($M= 4,3\pm 0,7$), a najmniej istotne było dla nich pozytywne nastawienie psychiczne ($M= 2,87\pm 0,6$). Z kolei osoby mieszkające na wsi najczęściej zwracały uwagę na prawidłowe nawyki żywieniowe ($M= 2,8\pm 0,2$), natomiast rzadziej na zachowania profilaktyczne ($M= 1,1\pm 0,3$) i pozytywne nastawienie psychiczne ($M= 1,1\pm 0,7$).

Tabela 12. Kategorie zachowań zdrowotnych w zależności od BMI badanych

BMI	Średnie i odchylenia standardowe					
	Wskaźniki		Kategorie zachowań			
	IZZ	IZZ (steny)	I	II	III	IV
16,0-18,49 n= 4	36,6±2,5	1,2±0,2	2,9±0,5	1,9±0,7	2,8±0,4	2,5±0,1
18,5-24,9 n= 40	52,6±3,5	3,1±0,45	1,4±0,6	2,4±0,7	1,1±0,1	3,8±1,5
24,9-29,9 n=34	78,2±3,0	2,7±0,47	3,9±0,9	2,2±0,5	2,4±0,4	3,4±0,2
30-34,9 n= 16	39,1±1,4	1,4±0,36	2,7±1,3	2,1±0,3	3,8±0,8	3,1±0,1

35,0-39,9 n= 4	47,5±2,1	2,8±0,6	3,6±1,2	2,8±1,1	3,1±0,45	2,1±0,6
<40 n= 2	62,2±1,7	3,6±0,3	3,2±2,0	3,0±2,3	2,8±0,3	3,1±0,9
Istotność	t= 0,018 p= 0,06	t= 0,004 p= 0,001	t= 0,28 p= 0,019	t= -0,28 p= 0,015	t= 0,38 p= 0,019	t= 0,87 p= 0,027

**I – prawidłowe nawyki żywieniowe, II- zachowania profilaktyczne,
III- pozytywne nastawienie psychiczne, IV- praktyki zdrowotne**

Odnotowano istotnie statystyczne różnice między wykształceniem badanych a wskaźnikami zachowań zdrowotnych i ich kategoriami ($p < 0,05$).

Osoby badane ze wskaźnikiem BMI między 24,9 a 29,9 wykazywały istotnie wyższe ($M=78,2\pm 3,0$; $p=0,06$) wyniki w porównaniu do ankietowanych z pozostałych przedziałów BMI. Osoby badane ze wskaźnikiem BMI większym od 40 istotnie częściej prezentowały wyższy przeciętny poziom zachowań zdrowotnych ($3,6\pm 0,3$ stena), w porównaniu do pozostałych badanych.

Tabela 13. Liczba chorób w badanej grupie, w ramach których wdrożone jest leczenie

Liczba chorób	N	%
brak chorób	21	21%
od 1 do 2 chorób	65	65%
od 3 do 4 chorób	10	10%
więcej niż 4 choroby	4	4%
Ogółem	100	100%

Większość respondentów chorowała na jedną bądź dwie choroby (65% - 65 osób). Według otrzymanych wyników 21% badanych – 21 osób nie chorowała obecnie na żadne choroby przewlekłe. 10% badanych – 10 osób uważało, że chorują na trzy bądź cztery choroby, a 4% respondentów- 4 osoby zaznaczyły odpowiedź, dotyczącą więcej niż 4 chorób.

Tabela 14. Kategorie zachowań zdrowotnych w zależności od ilości chorób współistniejących badanych

Ilość chorób współistniejących	Średnie i odchylenia standardowe					
	Wskaźniki		Kategorie zachowań			
	IZZ	IZZ (steny)	I	II	III	IV
brak chorób n= 21	66,6±1,5	2,7±0,6	1,7±0,3	4,9±1,3	1,9±0,8	1,9±0,3
od 1 do 2 chorób n= 65	42,7±2,7	3,1±0,5	2,6±0,9	3,1±0,4	1,6±0,1	0,8±0,5
od 3 do 4 chorób n= 10	57,2±2,1	2,4±0,6	2,4±1,1	2,7±0,3	1,4±0,2	2,3±0,6

więcej niż 4 choroby n= 4	43,4±3,4	2,7±0,5	1,9±0,3	2,3±0,6	1,2±0,2	1,3±0,6
Istotność	t= 0,019 p= 0,025	t= 0,007 p= 0,012	t= 0,24 p= 0,033	t= 0,19 p= 0,045	t= 0,38 p= 0,019	t= 0,87 p= 0,027

**I - prawidłowe nawyki żywieniowe, II- zachowania profilaktyczne,
III- pozytywne nastawienie psychiczne, IV- praktyki zdrowotne**

Odnotowano istotnie statystyczne różnice między ilością chorób współistniejących, a wskaźnikami zachowań zdrowotnych i ich kategoriami ($p < 0,05$). Osoby, u których nie występowały choroby współistniejące największą uwagę zwracały na zachowania profilaktyczne ($M=4,9\pm 1,3$), natomiast najmniejszą na prawidłowe nawyki żywieniowe ($M=1,7\pm 0,3$). Natomiast osoby-z wielochorobowością, u których występują cztery lub więcej chorób współistniejących, wskazywały najczęściej na zachowania profilaktyczne ($M=2,3\pm 0,6$), a w najmniejszym zakresie na pozytywne nastawienie ($M=1,2\pm 0,2$).

Osoby zdrowe, które nie chorowały do tej pory wykazywały istotnie najwyższy ($p= 0,025$) poziom zachowań zdrowotnych ($M= 66,6\pm 1,5$). Respondenci chorujący na jedną lub dwie choroby istotnie częściej prezentowały przeciętny poziom zachowań zdrowotnych ($3,1\pm 0,5$ stena), w porównaniu do osób zdrowych ($2,7\pm 0,6$ stena), osób chorujących na więcej niż cztery choroby ($2,7\pm 0,5$ stena). Ankietowani zdrowi najczęściej zwracały uwagę na zachowania profilaktyczne ($M= 4,9\pm 1,3$), rzadziej na pozytywne nastawienie psychiczne ($M= 1,9\pm 0,8$) i praktyki zawodowe ($1,9\pm 0,3$). Pozostałe osoby, których dotyczyły od 1 do 2 chorób ($M= 3,1\pm 0,4$), od 3 do 4 chorób ($M= 2,7\pm 0,3$) oraz więcej niż cztery ($M= 2,3\pm 0,6$) najczęściej w zachowaniach zdrowotnych brały pod uwagę zachowania profilaktyczne.

Tabela 15. Choroby współistniejące, z których powodu leczą się badani

Choroby współistniejące	N	%
cukrzyca	16	16%
nadciśnienie tętnicze	20	20%
przerost gruczołu krokowego	12	12%
choroba wieńcowa serca	8	8%
choroby ginekologiczne	0	0%
kamica układu moczowego	6	6%
choroba nowotworowa	19	19%
nietrzymanie moczu	2	2%
nietrzymanie stolca	0	0%
stan po przebyłym udarze	2	2%
inne	5	5%
brak	10	10%

W większości osoby badane chorowały na nadciśnienie tętnicze (20% - 20 osób), choroby nowotworowe (19% - 19 osób), cukrzycę (16% - 16 osób), przerost gruczołu krokowego (12% - 12 osób). Nielicznej grupy ankietowanych dotyczyły: choroba wieńcowa (8% - 8 osób), nietrzymanie moczu i stan po przebytych udarze (po 2% - po 2 osoby) oraz kamica układu moczowego (6% - 6 osób). Natomiast 10% respondentów (10 osób) zadeklarowało, że nie choruje na żadne choroby współistniejące.

Kategorie zachowań zdrowotnych badanych w zależności od występowania infekcji układu moczowego

Tabela 16. Kategorie zachowań zdrowotnych w zależności od występowania infekcji układu moczowego badanych

Występowanie infekcji układu moczowego	Średnie i odchylenia standardowe					
	Wskaźniki		Kategorie zachowań			
	IZZ	IZZ (steny)	I	II	III	IV
Tak n= 23	78,6±1,4	3,9±0,5	3,1±0,3	3,8±0,3	1,8±0,6	3,2±0,1
Nie n= 77	45,5±0,7	1,8±0,3	2,1±0,1	1,4±0,6	1,7±0,3	1,4±0,4
Istotność	t= 0,25 p= 0,04	t= 0,25 p= 0,012	t= 0,28 p= 0,01	t= 0,11 p= 0,006	t= 0,12 p= 0,009	t= 0,44 p= 0,032

I - prawidłowe nawyki żywieniowe, II- zachowania profilaktyczne, III- pozytywne nastawienie psychiczne, IV- praktyki zdrowotne

Odnotowano istotnie statystyczne różnice między ilością chorób współistniejących wśród ankietowanych a wskaźnikami zachowań zdrowotnych i ich kategoriami ($p < 0,05$). Osoby z infekcją układu moczowego wykazywały istotnie wyższy poziom zachowań zdrowotnych niż respondenci, u której takiej infekcji nie potwierdzono. Respondenci, u których występowały infekcje układu moczowego częściej wykazywały zachowania zdrowotne w ujęciu zachowań profilaktycznych ($M = 3,8 \pm 0,3$), rzadziej brały pod uwagę praktyki zdrowotne ($M = 3,2 \pm 0,1$) i prawidłowe nawyki żywieniowe ($M = 3,1 \pm 0,3$). Ankietowani bez infekcji układu moczowego ($M = 45,5 \pm 0,7$) wyróżniali się przeciętnym poziomem zachowań w kategorii prawidłowych nawyków żywieniowych ($M = 2,1 \pm 0,1$).

Kategorie zachowań zdrowotnych badanych w zależności od wiedzy na temat profilaktyki zakażeń układu moczowego

Tabela 17. Występowanie infekcji układu moczowego wśród badanych przed hospitalizacją

Infekcje układu moczowego	N	%
Tak	23	23%
Nie	77	77%
Ogółem	100	100%

Wśród większości respondentów przed obecnym pobytym w szpitalu nie występowały infekcje układu moczowego (77% - 77 osób), w porównaniu do 23% ankietowanych (23 osoby), potwierdzających taką sytuację.

Tabela 18. Posiadanie wiedzy na temat profilaktyki zakażenia układu moczowego badanych

Posiadanie wiedzy	N	%
Tak	44	44%
Nie	56	56%
Ogółem	100	100%

Ponad połowa badanych (56%– 56 osób) nie posiadała wiedzy na temat profilaktyki zakażenia układu moczowego. Z kolei 44% respondentów – 44 osób podało, że posiada odpowiedni poziom wiedzy na ten temat.

Tabela 19. Pozyskiwanie wiedzy na temat profilaktyki zakażenia układu moczowego przez badanych

Źródło informacji	N	%
rodzina/znajomi	15	15%
Lekarz	35	35%
Pielęgniarka	33	33%
samodzielnie np.z Internetu	12	12%
nie uzyskałem/am takiej wiedzy	5	5%

Większość osób pozyskała wiedzę na temat profilaktyki zakażenia układu moczowego od lekarza (35% - 35 osób) oraz pielęgniarek (33% - 33 osób). Z kolei 15% badanych – 15 osób uzyskało takie informacje od rodziny bądź znajomych, samodzielnie - 12% badanych – 12 osób. Jedynie 5% - 5 osób nie uzyskało wiedzy na ten temat.

Tabela 20. Opinie badanych na temat czynników ryzyka wystąpienia zakażeń układu moczowego badanych

Czynniki ryzyka wystąpienia zakażenia układu moczowego	n	%
płeć	26	26%
otyłość	11	11%
zaawansowany wiek	2	2%
nieprawidłowa technika podmywania się	8	8%
kamica moczowa	33	33%
cukrzyca	12	12%

Według większości badanych czynnikiem, który wpływa na wzrost ryzyka wystąpienia zakażenia jest kamica moczowa (33% - 33 osób) oraz płeć (26% - 26 osób). W mniejszym stopniu do czynników ryzyka ankietowani zaliczali otyłość (11% - 11 osób), zaawansowany wiek (2% - 2 osoby), nieprawidłową technikę podmywania (8% - 8 osób) oraz chorobę przewlekłą – cukrzycę (12% - 12 osób).

Tabela 21. Produkty w diecie, które w opinii badanych mogą wpłynąć na zakwaszenie moczu i zmniejszyć ryzyko wystąpienia zakażenia układu moczowego

Produkty spożywcze	n	%
owoce cytrusowe	78	78%
pieczywo	9	9%
wędliny	2	2%
zielone warzywa	11	11%

Według większości respondentów produktami w diecie, które wpływają na zakwaszenie moczu i zmniejszenie ryzyka wystąpienia zakażenia układu moczowego są owoce cytrusowe (78% - 78 osób). Nieliczne odpowiedzi dotyczyły zielonych warzyw (11% - 11 osób), pieczywa (9% - 9 osób) oraz wędlin (2% - 2 osoby).

Tabela 22. Opinie badanych na temat ilości wypijanych płynów w ramach profilaktyki zakażenia układu moczowego

Ilość wypijanych płynów	n	%
1 litr płynów	15	15%
ilość wypijanych płynów nie ma znaczenia	21	21%
0,5 litra płynów	5	5%
2 litry płynów	59	59%

Ponad połowa badanych (59% - 59 osób) uważała, że odpowiednia ilość wypitej wody w ciągu doby dla osoby dorosłej wynosi 2 litry płynów. Według 21% badanych – 21 osób, ilość wypijanych płynów w ciągu doby nie ma żadnego znaczenia. Zdaniem 15% badanych – 15 osób niezbędna ilość wypijanych płynów wynosiła 1 litr, a według 5% - 5 osób - pół litra wody.

Tabela 23. Kategorie zachowań zdrowotnych w zależności od obecności chorób współistniejących badanych

Choroby współistniejące	Średnie i odchylenia standardowe					
	Wskaźniki		Kategorie zachowań			
	IZZ	IZZ (steny)	I	II	III	IV
Obecność chorób współistniejących n= 90	78,5±1,8	4,9±1,2	4,8±0,6	5,8±0,3	5,1±0,5	3,8±1,2
Brak chorób współistniejących n= 10	71,4±3,2	4,5±0,9	4,3±0,9	4,8±0,4	2,87±1,6	2,1±0,7
Istotność	t= 0,08 p= 0,04	t= 0,15 p= 0,025	t= 0,28 p= 0,9	t= 0,15 p= 0,6	t= 0,45 p= 0,9	t= 0,54 p= 0,6

**I – prawidłowe nawyki żywieniowe, II- zachowania profilaktyczne,
III- pozytywne nastawienie psychiczne, IV- praktyki zawodowe**

Odnotowano istotnie statystyczne różnice między obecnością chorób współistniejących osób badanych a wskaźnikami IZZ oraz kategoriami zachowań zdrowotnych ($p < 0,05$). Osoby z chorobami współistniejącymi wykazywały się istotnie wyższymi ($p = 0,04$) średnimi wartościami punktowymi (78,5±1,8) w porównaniu do osób zdrowych (71,4±3,2). Zarówno u osób z obecnością chorób współistniejących ($M = 5,8 \pm 0,3$) jak i u osób zdrowych ($M = 4,8 \pm 0,4$) zaobserwowano znaczne zainteresowanie zachowaniami profilaktycznymi. Osoby z chorobami współistniejącymi istotnie rzadziej prezentowały przeciętny poziom zachowań zdrowotnych w ujęciu praktyk zawodowych (3,8±1,2).

Poniżej przedstawiono istotne zależności między kategoriami zachowań zdrowotnych a wiedzą na temat profilaktyki zakażeń układu moczowego.

Tabela 24. Kategorie zachowań zdrowotnych w zależności od wiedzy badanych na temat profilaktyki zakażeń układu moczowego

Wiedza na temat profilaktyki zakażeń układu moczowego	Średnie i odchylenia standardowe					
	Wskaźniki		Kategorie zachowań			
	IZZ	IZZ (steny)	I	II	III	IV
Poprawne odpowiedzi n= 54	76,5±1,2	3,2±0,5	2,4±0,3	2,8±0,6	2,2±0,8	2,7±1,1
Niepoprawne odpowiedzi n= 46	62,7±1,0	2,7±0,2	1,7±0,4	1,45±0,6	1,8±1,1	1,25±0,3
Istotność	t= 0,07 p= 0,6	t= 0,14 p= 0,6	t= 0,28 p= 0,7	t= 0,15 p= 0,6	t= 0,45 p= 0,8	t= 0,54 p= 0,9

I – prawidłowe nawyki żywieniowe, II- zachowania profilaktyczne, III- pozytywne nastawienie psychiczne, IV- praktyki zdrowotne

Nie odnotowano istotnych statystycznie różnic między wiedzą respondentów na temat profilaktyki zakażenia układu moczowego zachowaniami zdrowotnymi i ich kategoriami ($p > 0,05$). Niemniej jednak respondenci udzielający poprawnych odpowiedzi nt. profilaktyki ZUM, uzyskali wyższą średnią liczbę punktów w ramach zachowań zdrowotnych ($M = 76,5 \pm 1,2$) niż osoby, które wskazały odpowiedzi błędne ($M = 62,7 \pm 1,0$).

Dyskusja

Zachowania zdrowotne badanych istotnie różnią się w zależności od zmiennych socjodemograficznych i BMI

Z badań własnych wynika, że w większości osoby badane wyróżniały się przeciętnym wskaźnikiem zachowań zdrowotnych. Respondenci uzyskali najwyższy wynik w ramach kategorii zachowań profilaktycznych ($M = 3,69$). Kobiety istotnie częściej uzyskiwały przeciętny poziom zachowań zdrowotnych, w porównaniu do mężczyzn. Najliczniejszą grupą, która wykazywała poziom przeciętny były osoby z kategorii wiekowej od 41 do 50 roku życia. Pacjenci zamieszkujący tereny miejskie istotnie częściej wyróżniają się wysokim poziomem zachowań zdrowotnych, w porównaniu do badanych mieszkających na wsi. Osoby z wykształceniem wyższym wyróżniały się w większości poziomem wysokim poziomem zachowań zdrowotnych, w porównaniu do badanych z wykształceniem zawodowym, podstawowym oraz średnim. Najczęściej osoby ze wskaźnikiem BMI między 18,5 a 24,9 wyróżniały się przeciętnym poziomem zachowań

wań zdrowotnych w porównaniu do ankietowanych z pozostałych zakresów BMI. Respondenci uzyskali najwyższe wyniki w ramach kategorii zachowań profilaktycznych, a w ramach prawidłowych nawyków żywieniowych.

Kumar i wsp. przeprowadzili badanie za pośrednictwem Internetu wśród osób chorujących na ZUM. W swoim badaniu przedstawili, że najczęściej kobiet badanych kładło największy nacisk na zachowania profilaktyczne a także prawidłowe nawyki żywieniowe [3].

Kurowska i wsp. przebadali osoby z niewydolnością serca w celu oceny zachowań zdrowotnych. Osoby badane prezentowały przeciętny poziom zachowań zdrowotnych. Przestrzegają oni pewnych zachowań zdrowotnych (większość nie pali tytoniu), pomijane są niektóre kluczowe zachowania, takie jak mierzenie masy ciała i bilans płynów. Takie zachowania mogą świadczyć o nieświadomości ich znaczenia pomimo powszechnej wiedzy na temat szkodliwego wpływu tytoniu na zdrowie w wyniku jego spożycia. Powyższe wyniki w zakresie zachowań zdrowotnych są porównywalne z oceną przeprowadzoną wśród osób chorych na cukrzycę typu 2, która również wykazała średni poziom zachowań zdrowotnych. Można domniemywać, że wszystkie osoby chore w Polsce charakteryzują się wspólnymi, przeciętnymi zachowaniami zdrowotnymi, niezależnie od jednostki chorobowej, co może wynikać z braku dobrze realizowanej edukacji zdrowotnej, która jest podstawą promocji zdrowia. Badana grupa uzyskała średni wynik w zakresie zachowań zdrowotnych, przy czym najwyżej ocenione zostały zachowania profilaktyczne [4].

Bąk przebadła osoby badane hospitalizowane na oddziale kardiologii. Z otrzymanych wyników statystycznych wywnioskować można, że zachowania profilaktyczne uzyskały najniższą ocenę ($M = 3,17$) w ocenie respondentów. Niemniej jednak w tym obszarze pozytywnie i wysoko oceniane było przestrzeganie zaleceń lekarskich ($M=3,86$). Tymczasem regularne uczęszczanie na testy spotkało się z chłodną reakcją, spadającą w średnim tempie ($M=3,52$). Wydaje się, że pewne aspekty unikania chorób i poszukiwania informacji o ich przyczynach nie mają większego znaczenia. Jednakże istnieje wyraźny kontrast w ich podejściu, ponieważ przedstawiają wysoki poziom przestrzegania zaleceń lekarskich i przeprowadzania badań [5].

Kategorie zachowań zdrowotnych badanych istotnie różnią się w zależności od zmiennych socjodemograficznych, obecności chorób współistniejących i BMI

Z przeprowadzonego badania wynika, że w przypadku płci respondentów występowały istotne statystycznie różnice w ramach ich przeciętnych zachowań zdrowotnych. Analiza statystyczna wykazała istotną zależność między wiekiem badanych a zachowaniami zdrowotnymi oraz miejscem zamieszkania ankietowanych. Wyniki badań dowiodły również, że istnieje zależność między zachowaniami zdrowotnymi a wskaźnikiem BMI ($p = 0,070$). Odnotowano istotne statystyczne różnice między płcią, wiekiem oraz wykształceniem osób badanych a wskaźnikami IZZ oraz kategoriami zachowań zdrowotnych ($p < 0,05$). Odnotowano istotne statystyczne różnice między ilością chorób

współistniejących, a wskaźnikami zachowań zdrowotnych i ich kategoriami ($p < 0,05$). Osoby, u których nie występowały choroby współistniejące największą uwagę zwracały na zachowania profilaktyczne ($M=4,9 \pm 1,3$), natomiast najmniejszą na prawidłowe nawyki żywieniowe ($M=1,7 \pm 0,3$). Natomiast osoby z wielochorobowością, u których występują cztery lub więcej chorób współistniejących, wskazywały najczęściej na zachowania profilaktyczne ($M=2,3 \pm 0,6$), a w najmniejszym zakresie na pozytywne nastawienie ($M=1,2 \pm 0,2$).

Kategorie zachowań zdrowotnych badanych w zależności od występowania infekcji układu moczowego

W badaniach własnych stwierdzono, istotnie statystyczne różnice między ilością chorób współistniejących wśród ankietowanych a wskaźnikami zachowań zdrowotnych i ich kategoriami ($p < 0,05$). Osoby z infekcją układu moczowego wykazywały istotnie wyższy poziom zachowań zdrowotnych niż respondenci, u której takiej infekcji nie potwierdzono. Respondenci, u których występowały infekcje układu moczowego częściej wykazywały zachowania zdrowotne w ujęciu zachowań profilaktycznych ($M=3,8$), rzadziej brały pod uwagę praktyki zdrowotne ($M=3,2$) i prawidłowe nawyki żywieniowe ($M=3,1$).

Hummers i wsp. przedstawiła zestawienia wyników badań autorów dotyczących występowania infekcji układu moczowego. Zakażenie dróg moczowych dotyka głównie kobiety. Jedna na dwie osoby cierpi na ZUM przynajmniej raz w życiu — u 12% kobiet z początkową infekcją i u 48% kobiet, które miały już nawracające UTI, w ciągu roku wystąpi kolejny epizod [6]. W badaniu Brown i wsp. przebadali kobiety hospitalizowane z powodu nawracających infekcji dróg moczowych. U większości kobiet infekcje układu moczowego były nawracające ($M=6,45$). Według tych kobiet głównymi czynnikami ryzyka są stosunek płciowy, stosowanie diafragm i środków plemnikobójczych, młody wiek wystąpienia pierwszego ZUM (poniżej 15 lat) oraz stosowanie tamponów lub prezerwatyw u mężczyzn. Według badanych również ryzyko rozwoju ZUM zwiększa się także w przypadku przyjmowania antybiotyków od dwóch do czterech tygodni wcześniej, prawdopodobnie na skutek zmiany fizjologicznej flory pochwy [7].

Kategorie zachowań zdrowotnych badanych istotnie różnią się w zależności od ich wiedzy na temat profilaktyki zakażeń układu moczowego.

Z badań własnych wynika, że większość badanych nie posiadała odpowiedniego poziomu wiedzy na temat profilaktyki zakażenia układu moczowego.

Badania Almaghlouth i wsp., które prowadzono wśród obywateli Arabii Saudyjskiej zamieszkałych w Al-Ahsa w Arabii Saudyjskiej wykazały, że znaczna część badanych posiadała wiedzę na temat infekcji dróg moczowych, Ponadto blisko połowa respondentów uważała, że ZUM dotyczy zarówno cewki moczowej, jak i pęcherza moczowego [8]. Badania Alshahrani i wsp. wykazały, że ponad dwie trzecie biorących udział w badaniu kobiet posiadało dobrą wiedzę na temat ZUM twierdząc, że jest to zapalenie

pęcherza, nerek i cewki moczowej. Jeśli chodzi o przyczyny ZUM, kilka procent respondentek prawidłowo zgłosiło kwestie higieny osobistej [9]. Niższy poziom wiedzy na temat ZUM wykazali Bokolia R i wsp. w badaniach wśród dorastających dziewcząt w wieku szkolnym. Tylko 34,2% z nich posiadało wiedzę na temat ZUM [10]. Sequera SK i wsp. w badaniach prowadzonych wśród chorych wykazali, że 40,2% studentek miało przeciętną wiedzę, a 28% dobrą wiedzę na temat ZUM i jego zapobiegania [11]. Ekta M i że 71,5% miało słabą wiedzę na temat UTI, a 87% osób badanych wyróżniało się słabym poziomem postępowania w przypadku wsp. w badaniach prowadzonych wśród chorych wykazały, choroby ZUM [12]. Badanie przeprowadzone w Bangladeszu wśród badanych wykazało, że około 60% mężczyzn miało słabą wiedzę na temat powikłań nieleczzonego ZUM [23]. Mafuyai MJ i wsp. wykazali, że 82,2% badanych studentek ma wiedzę na temat infekcji dróg moczowych wyższą niż szacowana częstość występowania ZUM [14]. W 2019 r. Charchcheian i wsp. zbadali sytuację w zakresie świadomości zdrowotnej i poczucia własnej skuteczności u irańskich kobiet w oparciu o metaanalizę i przegląd systematyczny. W 27 badaniach obejmujących 18 075 próbek podali, że ogólna wiedza i poczucie własnej skuteczności w zakresie zdrowia są umiarkowane wśród irańskich kobiet [15]. Badanie Kumar i wsp. wykazały, że poziom wiedzy na temat zapobiegania występowania ZUM jest zadowolający. Duża liczba uczestników, czyli około 82,5% spożywała duże ilości wody, co jest najważniejszym krokiem w celu uniknięcia ZUM. Większość populacji południowych Indii oddaje mocz co najmniej raz na 4 godziny, aby uniknąć ryzyka zakażenia układu moczowego. Z kolei 78,4% badanych znało prawidłowy sposób czyszczenia okolic narządów płciowych. Natomiast 82% populacji używa bawełnianej bielizny, aby uniknąć ryzyka zakażenia [3]. Badania Es-lami i wsp. wykazały powiązania między niektórymi czynnikami społeczno-demograficznymi a zachowaniami zapobiegawczymi ZUM. Wiek i wykształcenie kobiet miały istotny pozytywny wpływ na zachowania profilaktyczne kobiet, co pokazuje, że matki w starszym wieku i z wyższym wykształceniem miały większą intencję podejmowania działań zapobiegających ZUM w czasie ciąży w porównaniu z innymi kobietami w ciąży. W badaniu tym wykazano również kilka modyfikowalnych nawyków żywieniowych, praktyk higienicznych i zachowań związanych z częstością występowania ZUM wśród kobiet w ciąży. W tym badaniu około 30–65% kobiet nie prezentowało prawidłowych zachowań i nie posiadało dokładnych informacji na temat nawyków dotyczących ubioru, nawyków żywieniowych i zachowań w zakresie oddawania moczu [16]. Z drugiej strony Haider i wsp. podają niższą jakość życia matek z niższej klasy społeczno-ekonomicznej, co wpływa na zmniejszenie wskaźnika zachowań profilaktycznych [17].

Wnioski

1. Zachowania zdrowotne badanych hospitalizowanych w przebiegu ZUM podlegają istotnemu zróżnicowaniu w zależności od zmiennych socjodemograficznych i wskaźnika BMI.

2. Kategorie zachowań zdrowotnych badanych hospitalizowanych w przebiegu ZUM podlegają istotnemu różnicowaniu w zależności od zmiennych socjodemograficznych, obecności chorób współistniejących i BMI.
3. Kategorie zachowań zdrowotnych badanych hospitalizowanych w przebiegu ZUM istotnie różnią się w zależności od wystąpienia u nich infekcji układu moczowego
4. Kategorie zachowań zdrowotnych badanych hospitalizowanych w przebiegu ZUM nie różnią się w zależności od ich wiedzy na temat profilaktyki zakażeń układu moczowego.

Zalecenia dla praktyki zawodowej

Profilaktyka jest świadomym działaniem nastawionym na wszystkie jednostki oraz skierowana przeważnie do wszystkich grup społecznych. Programy profilaktyczne mają przeważnie na celu działania posługujące się identyfikowaniem jednostek oraz grup, które mogą znajdować się w grupie ryzyka zapadalności na wszelkie cywilizacyjne choroby, ale nie tylko. Zmierzają także do szybkiego wdrożenia działań profilaktycznych, które mogłyby zapobiec wszelkim czynnikom chorobotwórczym.

Bibliografia:

1. Durlak J., Weissberg R., Dymnicki A., i wsp. The Impact of Enhancing Students' Social and Emotional Learning: A Meta-Analysis of School Based Universal Interventions, *Child Development* 2013., 82(1), 405–432.
2. Hryniewicz W, Holecki M (red.). Rekomendacje diagnostyki, terapii i profilaktyki zakażeń układu moczowego u dorosłych. Wydawnictwo sfinansowane ze środków będących w dyspozycji Ministra Zdrowia w ramach programu zdrowotnego pn.: „Narodowy Program Ochrony Antybiotyków na lata 2011–2015”. Warszawa 2015: 154-156.
3. Kumar B.P., Meghana B.P., Lipika D. Assessment on Preventive Measures of Urinary Tract Infection (UTI) among Adults of South India. *Journal of Current Medical Research and Opinion* 2021. 04 (01): 755-761.
4. Kurowska K. Wpływ zachowań zdrowotnych na jakość życia osób z niewydolnością serca. *Folia Cardiologica Excerpta* 2013, tom 8, nr 1, 1–8.
5. Bąk E. Zachowania zdrowotne pacjentów z nadciśnieniem tętniczym w wieku 60-70latleczonych w oddziale kardiologii. *Journal of Education, Health and Sport*. 2023;28(1):39-61.
6. Hummers – Pradier E., Urinary tract infections in adult general practice patients. *British Journal of General Practice*, September 2002: 752-754.
7. Brown PD, Freeman A, Foxman B. Prevalence and predictors of trimethoprim-sulfamethoxazole resistance among uropathogenic *Escherichia coli* isolates in Michigan. *Clin Infect Dis* 2002; 34: 1016-1066.

8. Almaglouth A.K., Alkhalaf R.A., Alshamrani A.A. Awareness, Knowledge, and Attitude Towards Urinary Tract Infections: An Appraisal From Saudi Arabia. *PMC Disclaimer*. 2023; 15 (11).
9. Alshahrani M. Alzahrani A.B., Alzahrani A.A. Knowledge, Attitude and Practice of Urinary Tract Infection among Female in Aseer Region. *Bahrain Medical Bulletin*, Vol. 44, No. 1, March 2022.
10. Gnusareva V. Levels of loneliness among Irish and non-Irish students studying in Dublin and its impact on self-esteem and social support. *J Appl Psychol* 2012;55(12): 259-86
11. Wuber-Rajek M., Baumgart M., Michalski A i wsp.. Student's health behaviors – own research. *J. Educ. Health Sport* 2015;5(9):647-662
12. Dhal A, Bhatia S, Sharma V, et al. Adolescent Self-Esteem, Attachment and Loneliness. *J Ind Assoc* 2007;3(3):61-3.
13. Jong-Gierveld JD, Tilburg T, Dykstra P. Loneliness and social isolation. In: Vangelisti, A. & Perlman, D., (eds.) *Cambridge handbook of Personal Relationships*. Cambridge: Cambridge University Press 2014; 71-88.
14. Atik G. The Role of locus of control, Self-esteem, Parenting style, Loneliness and academic achievement in predicting bullying among middle school students. *Walden University* 2016;30(19):90.
15. Khorasani EC, Sany SBT, Orooji A, Ferns G, Peyman N. Health literacy in iranian women: a systematic review and meta-analysis. *Iran J Public Health*. 2020;49(5):860.
16. Eslami V., Sany S.B., Tehrani H. Examining health literacy and self-efficacy levels and their association with preventive behaviors of urinary tract infection in Iranian pregnant women: across sectional study. *BMC Womens Health*. 2023; 23: 258.
17. Haider G, Zehra N, Munir AA, Haider A. Risk factors of urinary tract infection in pregnancy. *JPMA The Journal of the Pakistan Medical Association*. 2010;60(3):213.

Imię i nazwisko autora do korespondencji:

AGNIESZKA TRZAŚAŁSKA

Absolwent Państwowej Akademii Nauk Stosowanych
we Włocławku, Wydział Nauk o Zdrowiu
ul. Obrońców Wisły 1920 r. 21/25
87-800 Włocławek
e-mail: atrzasalska@op.pl
Konflikt interesów: Nie
Finansowanie: Nie

Wkład poszczególnych autorów w powstanie pracy:

AGNIESZKA TRZAŚAŁSKA A-F

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

Data otrzymania: 26.06.2024

Data akceptacji: 15.07.2024