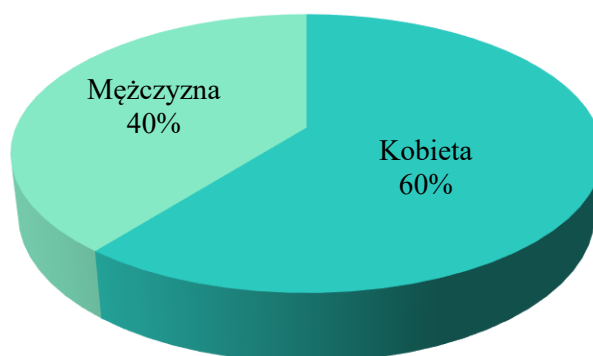


WYNIKI BADAŃ WŁASNYCH

Rola diety w leczeniu wrzodziejącego zapalenia jelita grubego

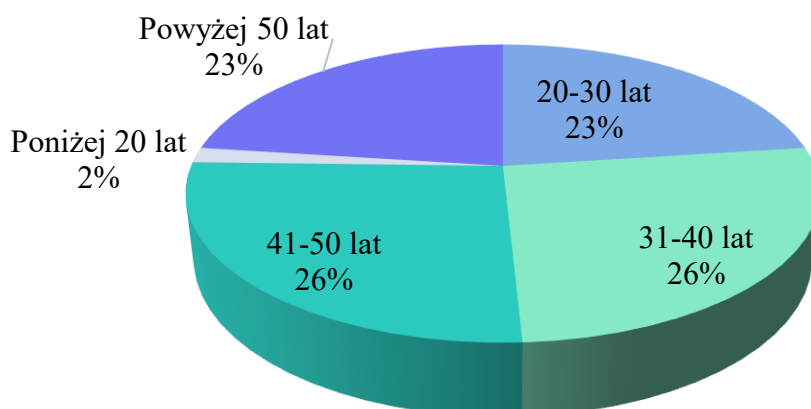
W badaniu własnym wzięły udział 62 osoby, w tym 37 kobiet (60%) i 25 mężczyzn (40%) (Ryc.1.)



Rycina 1. Płeć badanych

Źródło: Badanie własne

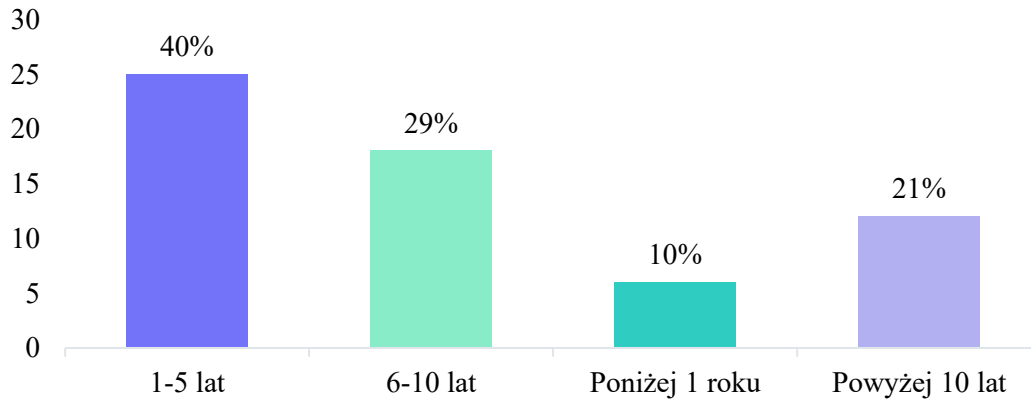
Grupa badana obejmowała jedną osobę poniżej 20 roku życia (2%), 14 osób w przedziale wiekowym 20-30 lat (23%), 16 osób w wieku 31-40 lat (26%), 17 osób w wieku 41-50 (26%) lat oraz 14 osób powyżej 50 roku życia (23%) (Ryc.2.).



Rycina 2. Wiek badanych

Źródło: Badanie własne

Badanych zapytano ile lat chorują na WZJG. U sześciu osób (10%) chorobę zdiagnozowano w okresie poniżej roku, u 25 osób (40%) w okresie 1-5 lat temu, u 18 osób (29%) 6-10 lat temu, a u 13 osób (21%) powyżej 10 lat temu (Ryc.3).

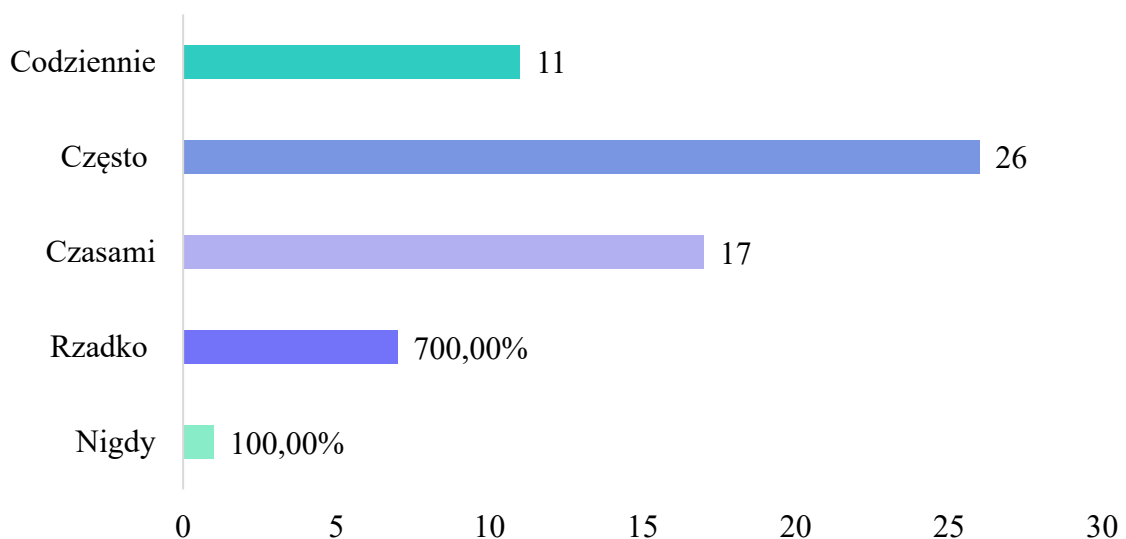


Rycina 3. Czas trwania choroby

Źródło: Badanie własne

Ocena zachowań zdrowotnych u osób z cukrzycą typu II

Następnie poproszono o wskazanie częstości występowania objawów. Jedna osoba (2%) nigdy nie odczuwała objawów, 7 osób (11%) rzadko, 17 osób (27%) czasami, 26 osób (42%) często, a 11 osób (18%) codziennie (Ryc.4).



Rycina 4. Częstość występowania objawów

Źródło: Badanie własne

Hipoteza 1. Istnieje związek pomiędzy czasem stosowania diety a jej skutecznością

Następnie sprawdzono czy czas stosowania diety ma wpływ na jej skuteczność. W tym celu wykonano test niezależności chi-kwadrat Pearsona. Nie wykazano istotności statystycznej pomiędzy czasem stosowania diety a jej skutecznością (Tab.1.).

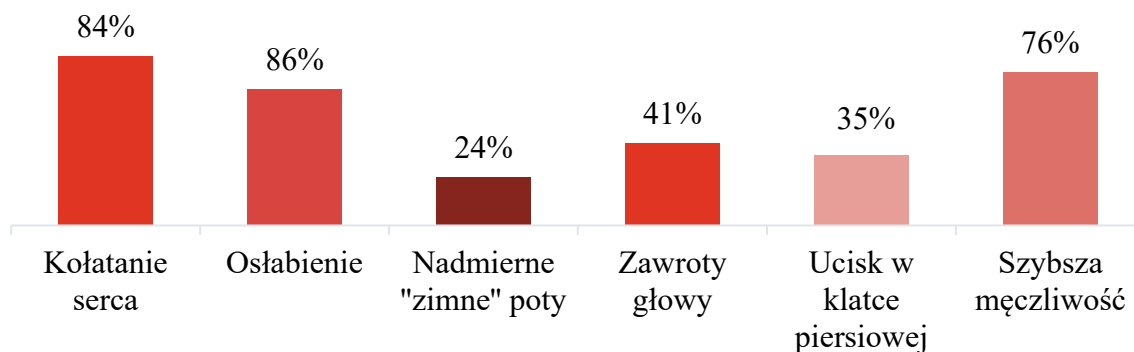
Tabela 1. Związek pomiędzy skutecznością diety a czasem jej stosowania

	1-12 mies.	1-3 lata	Powyżej 3 lat	Całość
Bardzo skuteczna	3	10	12	25
Umiarkowanie skuteczna	6	10	12	28
Nieskuteczna	4	4	1	9
Całość	13	24	25	62
Testy χ^2	Wartość	df	p	
χ^2	5,79	4	0,215	

Źródło: Badanie własne

Ocena jakości życia pacjentów przed i po kardioablacji serca

Ankietowanych poproszono o wskazanie objawów, jakie odczuwali przed zabiegiem krioablacji serca. 24 osoby zgłosiły nadmierne zimne poty, 35 osób ucisk w klatce piersiowej, 41 osób zawroty głowy, 68 osób osłabienie, 76 osób szybszą męczliwość, a 84 osoby kołatanie serca. Dane przedstawiono na wykresie 6.



Wykres 6. Objawy przed zabiegiem krioablacji serca

Źródło: Opracowanie własne

Następnie ankietowanych poproszono o cenę ogólnego samopoczucia przed zabiegiem krioablacji w skali od 1-5, gdzie 1 oznaczało bardzo złe, a 5 bardzo dobre. Największa część badanej grupy (40%) oceniła samopoczucie na 2, co oznaczało złe samopoczucie. Średnia ocena samopoczucia w grupie badanej wyniosła 2.62. Dane przedstawiono w tabeli 6.

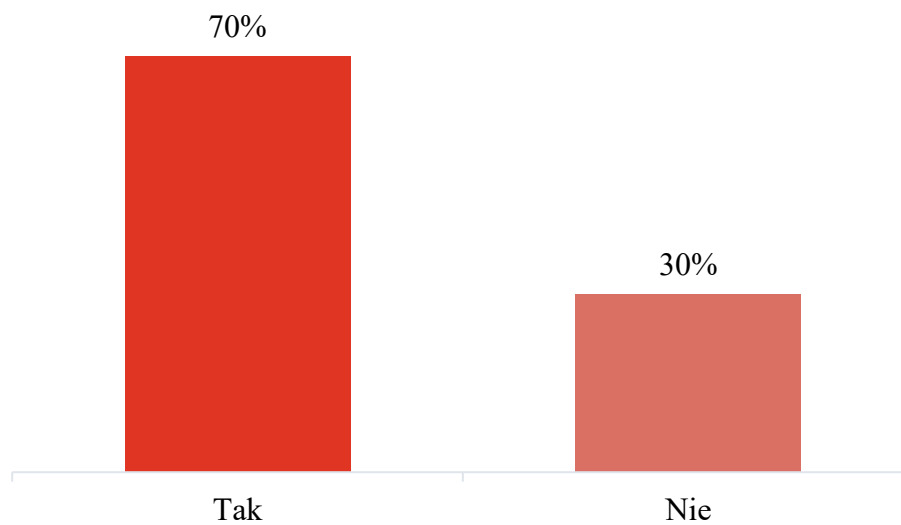
Tabela 6. Ocena samopoczucia pacjentów przez zabiegiem krioablacji

Statystyki opisowe		
N	100	
M	2.63	
df	1.22	
Min./maks.	1-5	
Statystyki częstości		
Samopoczucie przed	Liczebności	% całości
1	14	14.0 %
2	40	40.0 %
3	24	24.0 %
4	11	11.0 %
5	11	11.0 %

Źródło: opracowanie własne

N – liczebność, M – średnia, df – odchylenie standardowe, min./maks. – wartość minimalna i maksymalna

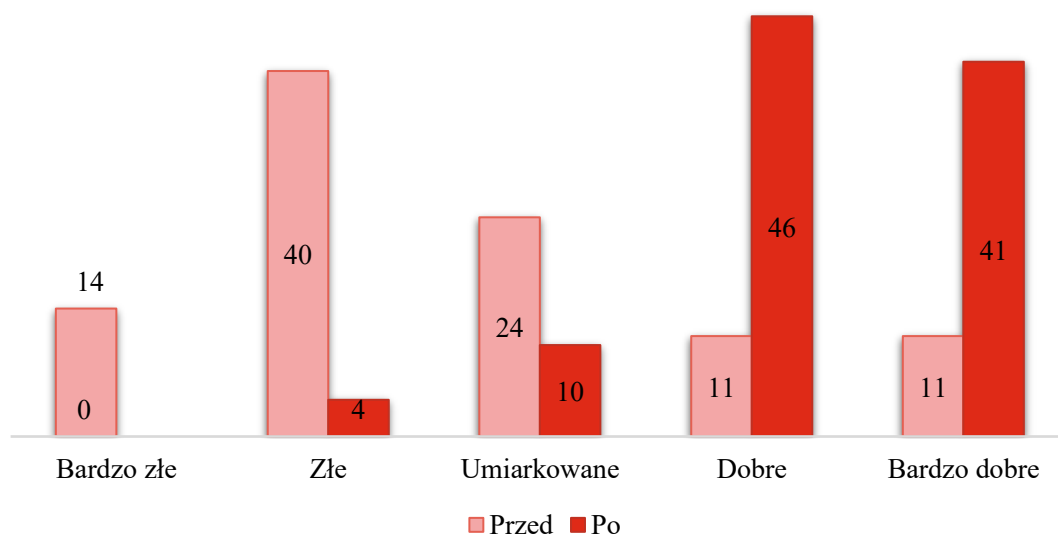
Siedemdziesiąt osób stwierdziło, że krioablacja przyniosła oczekiwany efekt, a 30 osób że nie. Dane przedstawiono na wykresie 13.



Wykres 13. Ocena efektu zabiegu krioablacji

Źródło: Opracowanie własne

Następnie zbadano wybrane zależności związane z poziomem jakości życia u pacjentów poddanych zabiegowi krioablacji serca z powodu migotania przedsionków. Na początku, oceniono samopoczucie pacjentów przed oraz po wykonaniu zabiegu ablacji. Dane przedstawiono na wykresie 14.



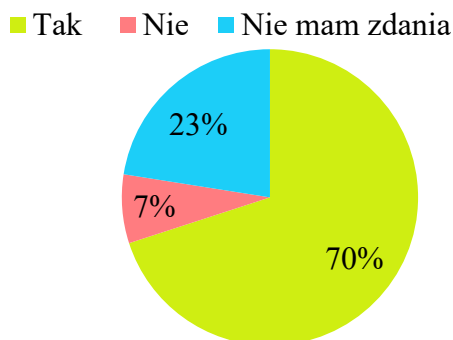
Wykres 14. Samopoczucie przed/po zabiegu

Źródło: Opracowanie własne

Obowiązki pielęgniarki operacyjnej w prewencji infekcji okolic operacyjnych

Ankietowanych zapytano czy uważają, że są odpowiednio przygotowani do wykonywania obowiązków w zakresie prewencji infekcji w okolicach operacyjnych. Sześć osób (7%) stwierdziło że nie; 56 respondentów (70%) uważało, że jest odpowiednio przygotowanych do wykonywania obowiązków w zakresie prewencji infekcji w okolicach operacyjnych, a 18 badanych (23%) nie miało zdania. Dane przedstawiono na rycinie 1.

Czy uważa Pan/i, że jest odpowiednio przygotowany/a do wykonywania obowiązków w zakresie prewencji infekcji w okolicach operacyjnych?

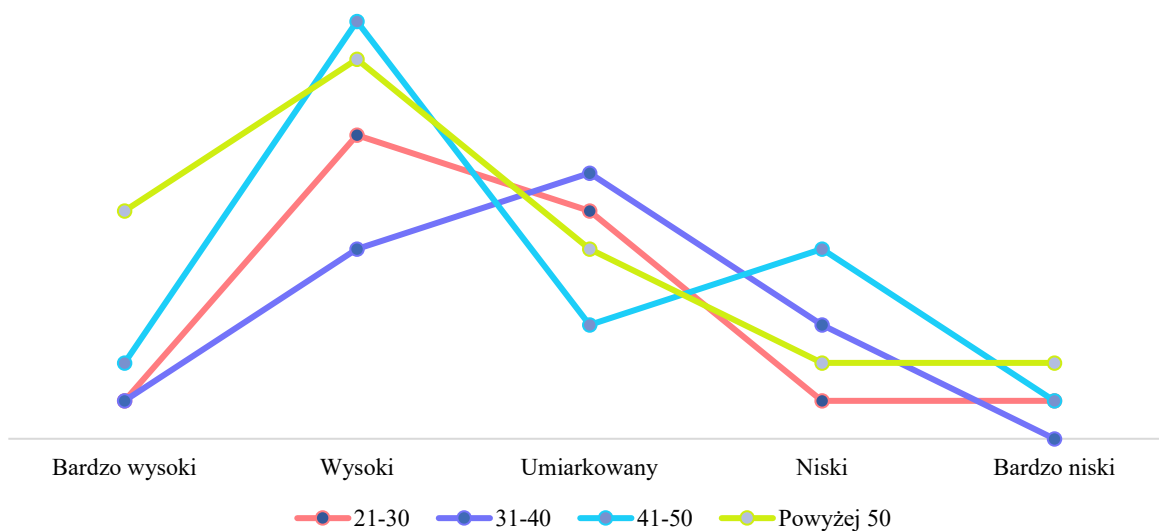


Ryc. 1. Przygotowanie do wykonywania obowiązków w zakresie prewencji infekcji w okolicach operacyjnych

Źródło: Badanie własne

Dziesięć osób (12,5%) oceniło swój poziom wiedzy na temat prewencji infekcji w okolicach operacyjnych jako bardzo wysoki. Trzydzieści trzy osoby (41,25%) określiły poziom wiedzy jako wysoki. Średni poziom wiedzy wskazało 21 osób (26,25%). Niski poziom wiedzy zadeklarowało 11 osób (13,75%), a bardzo niski – 4 osoby (5%).

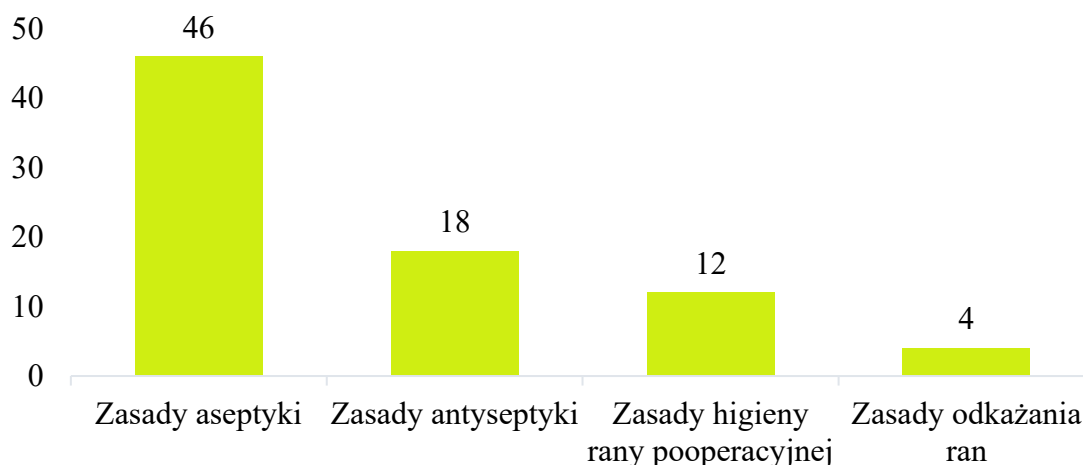
Najlepiej swoją wiedzę ocenili respondenci z grupy powyżej 50 roku życia (6 osób – 24% tej grupy wskazało poziom bardzo wysoki), natomiast najslabiej ocenili ją badani w wieku 21–30 lat. Dane przedstawiono na rycinie 2.



Ryc. 2. Ocena poziomu wiedzy na temat prewencji infekcji w okolicach operowanych ze względu na wiek

Źródło: Badanie własne

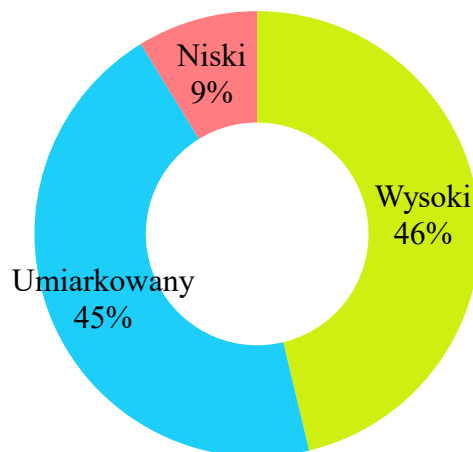
Na pytanie, które zasady dotyczą prewencji infekcji w okolicy operacyjnej, 46 osób odpowiedziało (57%), że zasady aseptyki; 18 (23%) że zasady antyseptyki; 12 (15%) że zasady higieny rany pooperacyjnej; a 4 (5%) że zasady odkażania ran. Dane przedstawiono na rycinie 3 .



Ryc. 3. Zasady prewencji infekcji w okolicy operacyjnej

Źródło: Badanie własne

Wykazano wysoki poziom wiedzy u 37 badanych (46%), umiarkowany poziom wiedzy u 36 respondentów (45%), a niski poziom wiedzy u 7 badanych (9%) (ryc.4).



Ryc. 4. Poziom wiedzy badanych na temat obowiązków pielęgniarki operacyjnej w zakresie prewencji infekcji

Źródło: Badanie własne

Ocena zachowań zdrowotnych osób z cukrzycą typu 2

3.1. Charakterystyka grupy badanej

W badaniu własnym wzięło udział 101 osób (100%). Większość osób stanowiły kobiety, których było 55 (54,5%), a nieco mniejszą część badanych stanowili mężczyźni, których liczba wynosiła 46 (45,5%).

Najliczniejszą grupę stanowili respondenci w wieku 31–40 lat (N = 47; 46,5%), następnie osoby w wieku 18–30 lat (N = 36; 35,6%) oraz 41–50 lat (N = 13; 12,9%). Najmniej liczebną grupą byli uczestnicy powyżej 50. roku życia (N = 5; 5,0%).

Większość respondentów stanowili mieszkańcy miast – 76 osób (75,2%). Osoby mieszkające na wsi stanowiły mniejszość – 25 osób (24,8%). Wśród mieszkańców miast znalazło się 41 kobiet (40,6%) i 35 mężczyzn (34,7%). Osoby mieszkające na wsi reprezentowane były przez 14 kobiet (13,9%) oraz 11 mężczyzn (10,9%).

Najwięcej osób chorowało od 6 do 10 lat (N = 44; 40,7%), następnie 11–20 lat (N = 26; 24,1%) oraz 1–5 lat (N = 20; 18,5%). Natomiast, najmniej uczestników stanowili respondenci z czasem trwania choroby powyżej 20 lat (N = 11; 10,2%).

Najliczniejszy odsetek badanych zadeklarował korzystanie z leczenia zintegrowanego (behawioralne i farmakologiczne) (N = 53; 52,5%), następnie z leczenia farmakologicznego (N = 26; 25,7%). Leczenie nefarmakologiczne stosowało 12 osób (11,9%), natomiast leczenie insuliną – 10 uczestników (9,9%).

Charakterystykę grupy badanej przedstawiono w Tabeli I.

Tabela 1. Charakterystyka grupy badanej

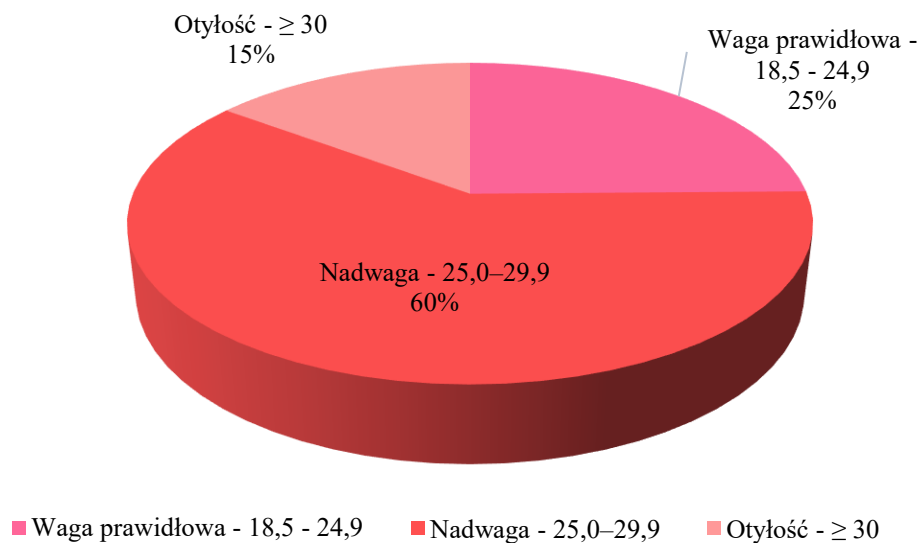
Cecha		N	%
Płeć	Kobieta	55	54,5
	Męczyzna	46	45,5
	Ogółem	101	100
Wiek	18-30 lat	36	35,6
	31-40 lat	47	46,5
	41-50 lat	13	12,9
	Powyżej 50 lat	5	5
	Ogółem	101	100
Miejsce zamieszkania	Miasto	76	75,2
	Wieś	25	24,8
	Ogółem	101	100
Czas trwania choroby	1-5 lat	20	18,5
	6-10 lat	44	40,7
	11-20 lat	26	24,1
	Powyżej 20 lat	11	10,2
	Ogółem	101	100
Model leczenia	Leczenie farmakologiczne	26	25,7
	Leczenie nefarmakologiczne	12	11,9
	Leczenie insuliną	10	9,9
	Leczenie zintegrowane	53	52,4
	Ogółem	101	100

Źródło: Opracowanie własne

3.2. Analiza danych

Następnie zweryfikowano masę ciała badanych za pomocą wskaźnika BMI. Na tej podstawie, określono prawidłowość masy ciała, nadwagę oraz otyłość w grupie badanej. W badanej grupie 101 osób większość respondentów miała nadwagę. Wskaźnik ten dotyczył aż 61 osób (60,4%). Prawidłową masę ciała, mieszczącą się w zakresie BMI 18,5–24,9, stwierdzono u 25 osób (24,8%). Z kolei, otyłość (BMI ≥ 30) występowała u 15 badanych (14,9%). Uzyskane wyniki wskazują na wyraźną przewagę osób z nadmierną masą ciała (nadwaga i otyłość łącznie to 75,3% próby badanej). Średnia wartość BMI w grupie badanej osiągnęła 26,6, przy czym najniższy wskaźnik BMI wyniósł 19, a najwyższy 35. Nieco wyższy średni wskaźnik BMI stwierdzono u mężczyzn (27,0) niż u kobiet (26,7). Nieznacznie wyższe średnie BMI stwierdzono u osób mieszkających w mieście (26,8) niż na wsi (25,9).

Dane dotyczące BMI przedstawiono na rycinie 1.



Rycina 1. BMI badanych

Źródło: Opracowanie własne

Następnie przeanalizowano wyniki kwestionariusza IZZ z podziałem na domeny. Średni ogólny wynik IZZ wyniósł 90,4 punktu, co zgodnie z przelicznikiem co 33,3% dla każdego poziomu wskazuje na wysoki poziom deklarowanych zachowań zdrowotnych w badanej grupie (niski: 0–39,9 pkt., umiarkowany: 40–79,9 pkt., wysoki: 80–120 pkt.) Najwyższy wynik cząstkowy uzyskano w zakresie pozytywnego nastawienia psychicznego ($M = 23,2$), a nieco niższe i bardzo zbliżone wartości wystąpiły w obszarze zachowań

profilaktycznych oraz praktyk zdrowotnych (obie skale: $M = 22,9$). Najniższy średni wynik dotyczył prawidłowych nawyków żywieniowych ($M = 21,4$).

Statystyki opisowe przedstawiono w Tabeli 2.

Tabela 2. Wyniki IZZ z podziałem na domeny

	M	Me	SD	Min.- Maks.	Sk.	Kurt.	W	p
SUMA	90.4	90.0	5.03	80-101	0.00728	-0.685	0.981	0.166
Prawidłowe nawyki żywieniowe	21.4	22	2.78	15-27	-0.32592	-0.594	0.968	0.014
Zachowania profilaktyczne	22.9	23	2.76	16-30	-0.02090	-0.217	0.982	0.182
Praktyki zdrowotne	22.9	23	1.59	19-27	0.21576	0.269	0.952	0.001
Pozytywne nastawienie psychiczne	23.2	23	2.32	18-30	0.61826	0.489	0.956	0.002

* *M* - średnia; *Me* - mediana; *SD* - odchylenie standardowe; *Sk.* - skośność; *Kurt.* - kurtoza; *Min.* - wartość minimalna; *Maks.* - wartość maksymalna; *W* - wynik testu Shapiro- Wilka; *p* - wartość *p* dla testu Shapiro-Wilka.

Hipoteza badawcza 1. Kobiety wykazują się wyższym poziomem zachowań zdrowotnych niż mężczyźni.

W zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych kobiety uzyskały istotnie wyższy średni wynik ($M = 22,9$) niż mężczyźni ($M = 19,5$); różnica ta była statystycznie istotna ($U = 354$, $p < .001$). Również w obszarze zachowań profilaktycznych kobiety osiągnęły wyższy średni wynik ($M = 23,7$) niż mężczyźni ($M = 22,0$), przy czym różnica była istotna statystycznie ($U = 826$, $p = 0,003$). W przypadku praktyk zdrowotnych różnice między kobietami ($M = 23,0$) a mężczyznami ($M = 22,8$) były minimalne i statystycznie nieistotne ($U = 1220$, $p = 0,753$). Natomiast, w zakresie pozytywnego nastawienia psychicznego wyższy średni wynik uzyskali mężczyźni ($M = 23,7$) w porównaniu do kobiet ($M = 22,8$), a różnica ta była statystycznie istotna ($U = 943$, $p = 0,026$). Wykazano istotność statystyczną w przypadku ogólnego poziomu zachowań zdrowotnych. Wyższy poziom zachowań zdrowotnych stwierdzono u kobiet.

Dane przedstawiono w Tabeli 3.

Tabela 3. Związek pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi a płcią

Test t dla prób niezależnych U Manna-Whitney'a	Grupa	N	M	Me	SD	Statystyka	df	p
Prawidłowe nawyki żywieniowe	Kobieta	55	22.9	23.0	1.86	354	99.0	<.001
	Mężczyzna	46	19.5	19.0	2.51			
Zachowania profilaktyczne	Kobieta	55	23.7	24.0	2.92	826	99.0	0.003
	Mężczyzna	46	22.0	22.0	2.28			
Praktyki zdrowotne	Kobieta	55	23.0	23.0	1.71	1220	99.0	0.753
	Mężczyzna	46	22.8	23.0	1.43			
Pozytywne nastawienie psychiczne	Kobieta	55	22.8	23.0	2.35	943	99.0	0.026
	Mężczyzna	46	23.7	23.0	2.20			
SUMA	Kobieta	55	92.4	93.0	4.45	598	99.0	<.001
	Mężczyzna	46	87.9	87.0	4.64			

* N-liczba; M -średnia; Me – mediana; SD – odchylenie standardowe; SE - błąd standardowy estymacji; df – liczba stopni swobody; p – wartość p dla testu U Manna-Whitneya

Hipoteza badawcza 2. Istnieje związek pomiędzy modelem leczenia a zachowaniami zdrowotnymi.

Następnie zbadano związek pomiędzy modelem leczenia a zachowaniami zdrowotnymi. Zastosowano analizę ANOVA. Wykazano istotność statystyczną pomiędzy grupami na poziomie $p < .001$. Najwyższy poziom zachowań zdrowotnych wykazano u osób stosujących zintegrowany model leczenia.

Dane przedstawiono w tabeli 4.

Tabela 4. Związek pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi a modelem leczenia

Model leczenia	N	M	F	df1	df2	p
Leczenie farmakologiczne	24	89.3	14.5	3	30.9	<.001
Leczenie insuliną	10	84.2				
Leczenie niefarmakologiczne	14	90.5				
Leczenie zintegrowane	53	92.0				

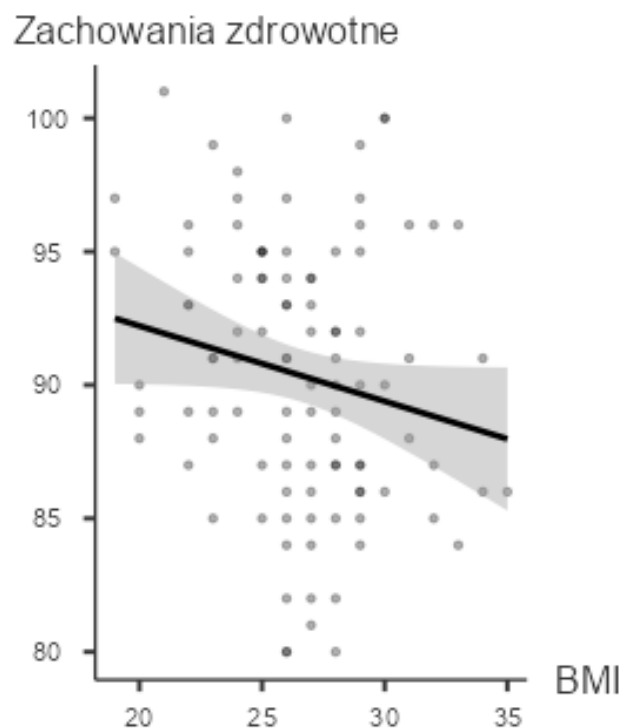
* N-liczba; M -średnia, df – liczba stopni swobody; p – wartość p dla ANOVA

Hipoteza badawcza 3. Istnieje związek pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi a BMI.

Ostatnim elementem była ocena związku pomiędzy wartością wskaźnika BMI a ogólnym wskaźnikiem zachowań zdrowotnych. W tym celu, zastosowano korelację Pearsona. Dane przedstawiono w tabeli 5 i na rycinie 2. Wykazano ujemną korelację pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi a wskaźnikiem BMI. Oznacza to, że osoby z wyższym BMI wykazywały się niższym poziomem zachowań zdrowotnych. Jednakże, różnica ta nie była istotna statystycznie.

Tabela 5. Związek pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi a BMI

Macierz korelacji		Zachowania zdrowotne
BMI	r Pearsona	-0.187
	df	99
	p	0.062

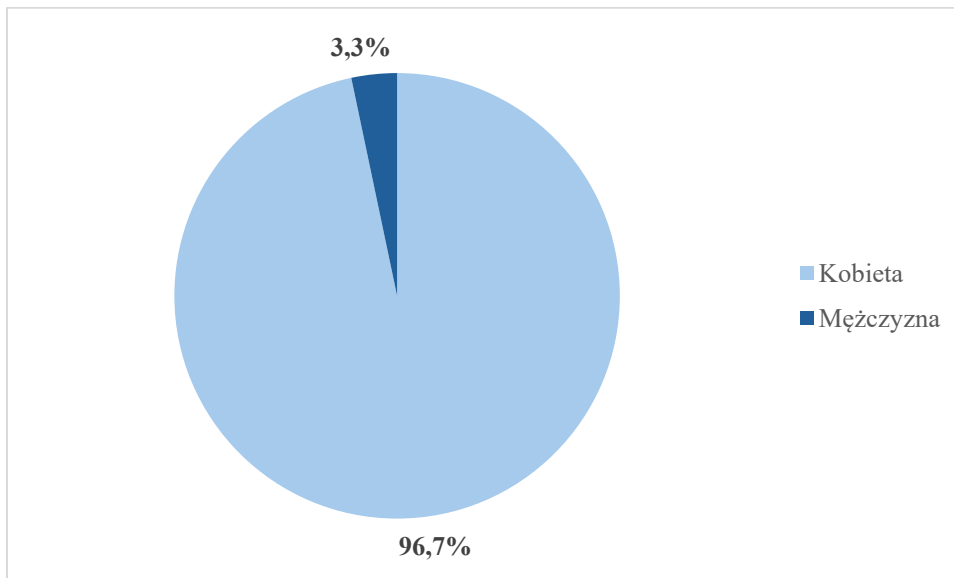


Rycina 2. Korelacja pomiędzy wskaźnikiem BMI a zachowaniami zdrowotnymi

Rola profilaktyki zdrowotnej w schorzeniach układu wzroku

W badaniu udział wzięło 121 respondentów, wśród których zdecydowaną większość stanowiły kobiety (96,7%), zaś mężczyźni reprezentowali jedynie 3,3% całej próby.

Rycina 1. Podział grupy badanej ze względu na płeć ($N=121$)



Źródło: opracowanie własne

Średni wiek przebadanych pielęgniarek wyniósł 41 lat ($SD = 8,55$). Najmłodszy uczestnik miał 25 lat, a najstarszy 60 lat.

Wartość statystyki testu Shapiro-Wilka ($W=0,979$: $p=0,058$) wskazuje, że rozkład zmiennej „wiek” nie odbiega istotnie od rozkładu normalnego ($p>0,05$), co umożliwia stosowanie testów parametrycznych dla tego zmiennej w dalszej analizie o ile inne warunki zostaną spełnione.

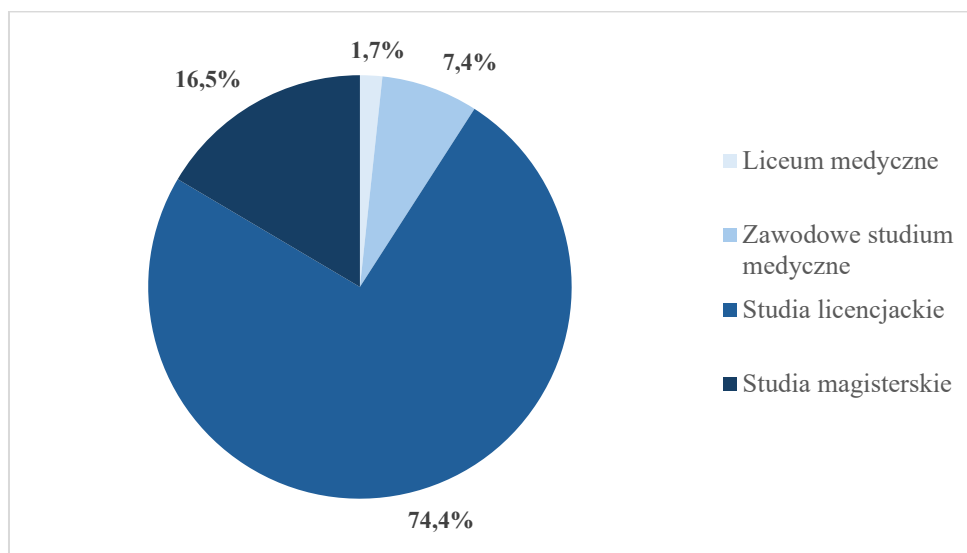
Tabela 1. Podział grupy badanej ze względu na wiek ($N=121$)

Zmienna	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Me</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Sk</i>	<i>Kurtz.</i>	<i>W</i>	<i>p*</i>
Wiek	41,46	8,55	42,00	25,00	60,00	0,156	-0,660	0,979	0,058

Źródło: opracowanie własne. Adnotacja. N – liczebność populacji; M – średnia; SD – odchylenie standardowe; Me – mediana; Min – wartość minimalna; Max – wartość maksymalna; Sk. – skośność; Kurtz. – kurtoza; W – wartość statystyki testu normalności Shapiro-Wilka; p – poziom istotności dla wyniku testu normalności Shapiro-Wilka.*

Największy odsetek pielęgniarek stanowiły te z wykształceniem wyższym licencjackim (74,4%). Studia magisterskie posiadało 16,5% uczestników, natomiast zawodowe studium medyczne ukończyło 7,4% respondentów. Zdecydowanie najmniejszą grupę stanowiły osoby z wykształceniem w formie liceum medycznego (1,7%).

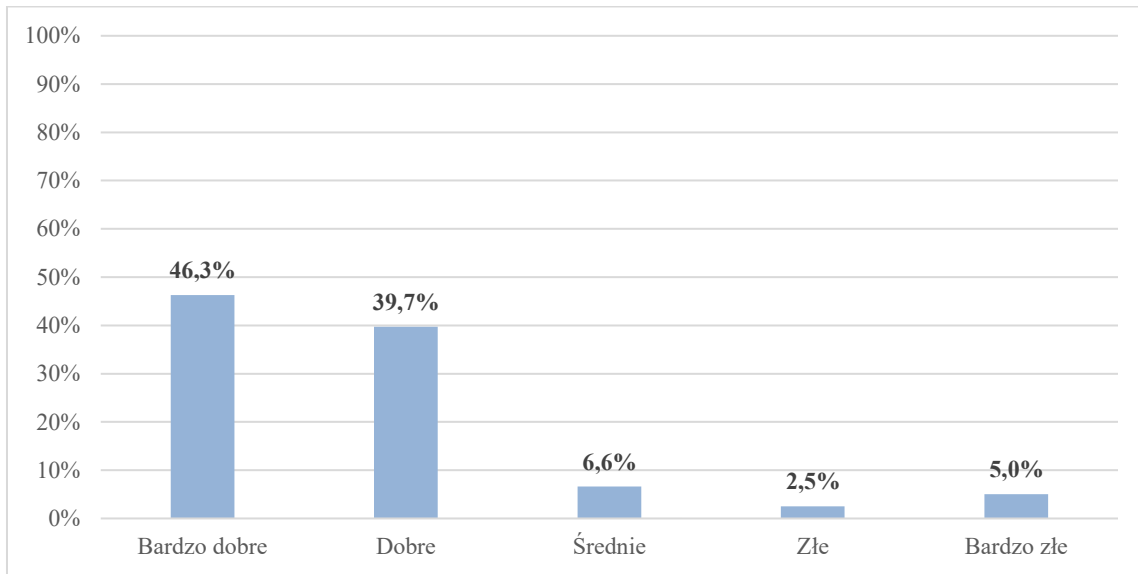
Rycina 3. Podział grupy badanej ze względu na wykształcenie ($N=121$)



Źródło: opracowanie własne

Większość respondentów pozytywnie oceniła swoje zrozumienie znaczenia profilaktyki zdrowotnej w społeczeństwie. Najwięcej osób określiło swoją świadomość w tym zakresie jako bardzo dobrą (46,3%), a niewiele mniej – jako dobrą (39,7%). Znacznie mniej uczestników badania oceniło swój poziom zrozumienia jako średni (6,6%). Odsetek osób, które wskazały na złą (2,5%) lub bardzo złą (5,0%) ocenę własnej wiedzy w tym obszarze, był relatywnie niewielki.

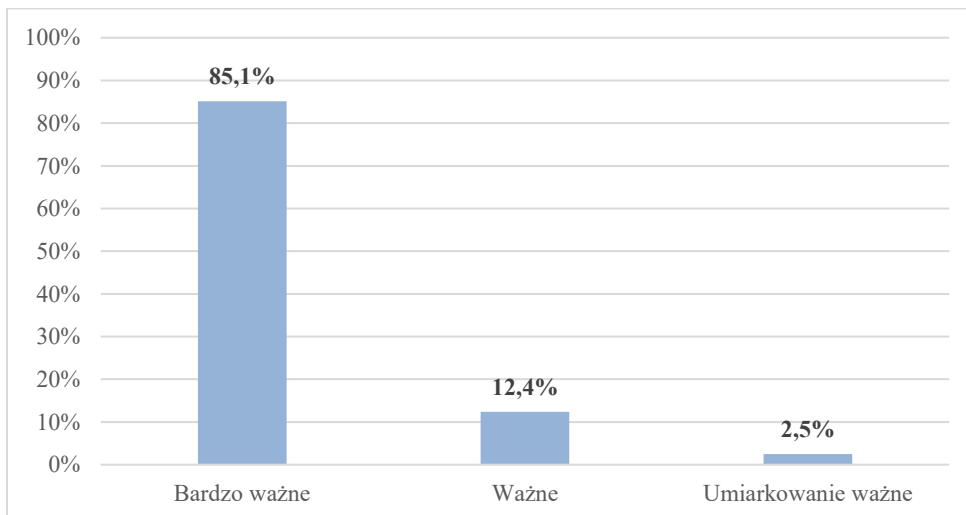
Rycina 8. Jak oceniasz swoje zrozumienie znaczenia profilaktyki zdrowotnej w społeczeństwie ? (N=121)



Źródło: opracowanie własne

Zdecydowana większość respondentów (85,1%) uznała profilaktykę prozdrowotną narządu wzroku za kwestię bardzo ważną. Kolejne 12,4% określiło ją jako ważną, a jedynie 2,5% badanych oceniło jej znaczenie jako umiarkowane

Rycina 10. Jakie jest Twoje zdanie na temat znaczenia profilaktyki prozdrowotnej narządu wzroku? (N=121)



Źródło: opracowanie własne

Wyniki analizy wykazały statystycznie istotną zależność między zestawianymi zmiennymi ($\chi^2 = 26,011$: $p < 0,001$). Respondentki, które oceniały świadomość pacjentów jako niską („nie”), zdecydowanie częściej deklarowały regularne udzielanie informacji na temat profilaktyki. Natomiast pielęgniarki, które były przekonane o wysokiej świadomości pacjentów, znacznie rzadziej angażowały się w edukację w tym zakresie. Wyniki wskazują, że pielęgniarki częściej podejmują działania profilaktyczne wówczas, gdy zauważają niedobory wiedzy u swoich pacjentów.

Tabela 12. Zależność między częstotliwością informowania pacjentów o profilaktyce chorób oczu a oceną ich świadomości zdrowotnej - Statystyki testu Chi-kwadrat niezależności

Pytanie	Odpowiedź	Jak często informujesz pacjentów o profilaktyce chorób narządu wzroku? n(%)				Statystyki testowe		
		Zawsze	Często	Rzadko	Nigdy	χ^2	df	p^*
Czy uważasz, że pacjenci są świadomi zagrożeń związanych z chorobami narządu wzroku?	Tak	8(6,6)	5(4,1)	2(1,7)	0(0)	26,011	6	<0,001
	Nie	21(17,4)	46(38,0)	29(24,0)	1(0,8)			
	Nie wiem	0(0)	3(2,5)	4(3,3)	2(1,7)			

* p – Wartość istotności testu Chi-kwadrat; χ^2 - wartość statystyki testu Chi-kwadrat niezależności j ; df - stopnie swobody.

Źródło: Opracowanie własne przy użyciu programu SPSS.