

Sierpińska Lidia, Zielińska Katarzyna. Zachowania zdrowotne chorych z marskością wątroby = Health behaviours of patients with cirrhosis of the liver. *Journal of Education, Health and Sport*. 2016;6(8):316-332. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.6084/m9.figshare.3749115> <http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/3762> <https://pbn.nauka.gov.pl/sedno-webapp/works/743709>

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part B item 755 (23.12.2015).
755 Journal of Education, Health and Sport eISSN 2391-8306 7

© The Author (s) 2016;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland
Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium,

provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial

use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.
The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.

Received: 01.08.2016. Revised 08.08.2016. Accepted: 19.08.2016.

Zachowania zdrowotne chorych z marskością wątroby Health behaviours of patients with cirrhosis of the liver

Lidia Sierpińska¹, Katarzyna Zielińska²

¹1 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ w Lublinie
1 Military Clinical Hospital with Polyclinic, Independent Public Health Care Unit, Lublin

²Studenckie Koło Naukowe Wyższej Szkoły Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim
Students' Scientific Circle, College of Business and Entrepreneurship, Ostrowiec Świętokrzyski

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Lidia Sierpińska

1 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ, Al. Raclawickie 23, 20-904 Lublin, Poland

tel. 261183297; fax. 261183277

e-mail: sierpinska1@wp.pl

Streszczenie

Wprowadzenie. W ostatnich latach obserwuje się wzrost zachorowań na marskość wątroby. Zdaniem specjalistów postępujący proces zwłóknienia komórek wątroby zależy, między innymi, od antyzdrowotnych zachowań.

Cel. Rozpoznanie poziomu zachowań zdrowotnych u pacjentów z marskością wątroby.

Material i metoda. Badaniem objęto 102 dorosłych chorych - 64 mężczyzn i 38 kobiet w wieku 23 – 68 lat, hospitalizowanych w oddziale wewnętrznym, chirurgicznym; leczonych ambulatoryjnie oraz przebywających w zakładzie leczniczo-opiekuńczym. Badania przeprowadzono od stycznia do kwietnia 2016 roku. Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny, zaś narzędziem – autorski kwestionariusz ankiety oraz standardowy Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) wg Juczyńskiego.

Wyniki. W badanej grupie u 39,2% chorych wskaźnik zachowań zdrowotnych (IZZ) był przeciętny (5-6 sten), u 31,4% był wysoki (7–10 sten), u 29,5% respondentów był niski (1-4 sten). Dominującym zachowaniem zdrowotnym w badanej grupie było pozytywne nastawienie psychiczne (głównie u kobiet – $p < 0,01$), a najniższy wskaźnik dotyczył codziennych praktyk zdrowotnych (głównie u mężczyzn – $p < 0,02$).

Wnioski. Ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych pacjentów z marskością wątroby był przeciętny, a dominującą kategorią było pozytywne nastawienie psychiczne, zaś najniższe wyniki dotyczyły codziennych praktyk zdrowotnych. Konieczne jest rozpowszechnianie edukacji zdrowotnej wśród chorych z marskością wątroby odnośnie codziennych praktyk zdrowotnych oraz prawidłowych nawyków żywieniowych. Edukacją zdrowotną należy objąć szczególnie mężczyzn z niższym wykształceniem, mieszkających na wsi, w wieku powyżej 50 roku życia.

Słowa kluczowe: marskość wątroby, zachowania zdrowotne.

Summary

Introduction. In recent years an increase has been observed in morbidity due to cirrhosis of the liver. According to the specialists, the advancing process of fibrosis of hepatic cells depends, among others, on anti-health behaviours.

Objective. Diagnosis of the level of health behaviours in patients with liver cirrhosis.

Materials and method. The study included 102 adult patients - 64 males and 38 females, aged 23 – 68, hospitalized in the internal surgical ward, who received ambulatory treatment or stayed in a health care facility. The study was conducted during the period from January – April 2016. The research method was a diagnostic survey, while the instrument – a questionnaire designed by the author, and the standard Health Behaviour Inventory, according to Juczyński.

Results. In the examined group, in 39.2% of patients the Health Behaviour Inventory (HBI) was mediocre (5-6 stens), in 31.4% the result was high (7–10 stens), and in 29.5% of respondents - low (1-4 stens). The dominant health behaviour in the group examined was a positive psychological attitude (mainly among women – $p < 0,01$), whereas the lowest indicator concerned daily health practices (mainly in males – $p < 0,02$).

Conclusions. The general indicator of health behaviours of patients with cirrhosis of the liver was mediocre, and the dominant category was a positive psychological attitude, while the lowest results were obtained with respect to daily health practices. It is necessary to spread health education among patients with cirrhosis of the liver, concerning daily health practices and correct nutritional habits. Health education should be especially addressed to males with a lower education level, living in rural areas, and aged over 50.

Key words: cirrhosis of the liver, health behaviours.

Wstęp

Na świecie zachorowalność na marskość wątroby, związana jest głównie ze spożyciem alkoholu, jak również z rozwojem cywilizacyjnym państw. Zdaniem naukowców marskość wątroby występuje częściej w krajach wysokorozwiniętych z uwagi na antyzdrowotny styl życia [1].

W ostatnich latach, w krajach Europy Wschodniej i w Polsce obserwuje się wzrost zachorowań na przewlekłe choroby wątroby, na marskość wątroby [2]. W Europie na skutek nadużywania alkoholu rocznie umiera około 55 tysięcy osób. U 70-80% pacjentów alkoholowe zapalenie wątroby przechodzi w marskość [3]. Obserwuje się, zależność występowania częściej zachorowań w uboższych grupach ludności niż w grupach o wyższym standardzie życia. W Europie największą śmiertelność z jej powodu odnotowano w Szwajcarii i we Włoszech (3,6 -12,0%) [4]. Marskość wątroby jest na 9 pozycji, co do częstości przyczyną zgonów ogólnie i 5 przyczyną zgonów u osób w wieku 45-65 lat, przy czym mężczyźni chorują 2 razy częściej niż kobiety. W Polsce zachorowalność na marskość wątroby wynosi około 200 przypadków na 100 000 osób, a umieralność około 1,5% [5]. Istotnym czynnikiem marskości wątroby jest także przewlekłe wirusowe zapalenia wątroby typu B, C i D (wirusy HBV, HCV, HDV) [2, 6],

W leczeniu chorych z marskością wątroby ważna jest dieta i prozdrowotne zachowania, które wpływają na spowolnienie procesu chorobowego [7, 8].

Cel pracy

Rozpoznanie poziomu zachowań zdrowotnych u pacjentów z marskością wątroby.

Material i metoda

Badaniami objęto 102 dorosłych chorych na marskość wątroby w wieku 23 – 68 lat. Dobór respondentów do badań był losowy. Zdecydowanie większą grupę badanych stanowili mężczyźni (64 respondentów – 62,7%) w porównaniu do kobiet (38 kobiet – 37,3%). Badania przeprowadzono w okresie od stycznia do kwietnia 2016 roku,

w oddziale wewnętrznym, chirurgicznym i podstawowej opiece Samodzielnego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pionkach oraz w Zakładzie Leczniczo-Opiekuńczego w Pionkach. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę dyrektorów ww. instytucji oraz respondentów.

Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety dotyczący danych demograficznych i społecznych oraz standardowy Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) wg Juczyńskiego.

Narzędzie badawcze - Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) wg Juczyńskiego zawiera 24 stwierdzenia, odnoszące się do różnego rodzaju zachowań związanych ze zdrowiem. To narzędzie jest przeznaczone do badania osób dorosłych, zdrowych lub chorych. Bada się nim ogólne nasilenie zachowań sprzyjających zdrowiu oraz stopień nasilenia czterech kategorii zachowań zdrowotnych, jak: prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, pozytywnego nastawienia psychicznego, praktyk zdrowotnych. W ocenie zachowań zdrowotnych bierze się pod uwagę ostatni rok przed badaniem. Respondent zaznacza, jak często przejawia w życiu codziennym określone zachowania zdrowotne w pięciostopniowej skali: 1 - oznacza prawie nigdy; 2 – rzadko; 3 - od czasu do czasu; 4 - często; 5 - prawie zawsze. Następnie otrzymane wyniki są zsumowane. Wartość wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych mieści się w przedziale od 24-120 punktów. Im wyższy wynik tym większe nasilenie praktykowanych przez respondentów zachowań zdrowotnych. Globalny wskaźnik zachowań zdrowotnych poddaje się interpretacji stosownie do właściwości charakteryzujących skalę stenową. Otrzymane wyniki w granicach 1-4 stena to - wyniki niskie, w granicach 5-6 stena – wyniki przeciętne, a 7-10 stena – wyniki wysokie. Poza tym oddzielnie oblicza się nasilenie czterech kategorii zachowań zdrowotnych. Wskaźnikiem jest średnia arytmetyczna punktów w każdej kategorii [9].

Zebrany materiał badawczy poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiano używając wartości średniej oraz odchylenia standardowego a także przy pomocy mediany, minimum i maksimum. Wartości parametrów niemierzalnych przedstawiono przy pomocy liczebności i odsetka. Analiza statystyczna dla cech ilościowych obejmowała wykorzystanie do porównania dwóch grup niezależnych testu U Manna-Whitneya, a do porównania wielu niezależnych grup testu Kruskala-Wallisa. Analiza statystyczna dla cech jakościowych obejmowała wykorzystanie testu Chi Kwadrat Pearsona, w celu wykrycia różnic pomiędzy porównywanymi grupami [10].

Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$ potwierdzający istotne różnice pod względem statystycznym bądź zależności. Analizę statystyczną przeprowadzono z wykorzystaniem programu Statistica 10.0.

Wyniki badań

Stwierdzono, że średnia wieku respondentów z marskością wątroby wynosiła 48,3 lat. Zdecydowana większość badanych to mieszkańcy miasta (70 osób – 68,6%), a 32 respondentów (3,4%) mieszkało na wsi. Najwięcej ankietowanych posiadało wykształcenie średnie, tj. 51 osób (50,0%). Około 1/3 badanych (30 osób – 29,4%) legitymowało się wykształceniem zasadniczym zawodowym. Wyższe wykształcenie posiadało 14 badanych (13,7%), a najmniej liczną grupę osób stanowili badani posiadający wykształcenie podstawowe – 7 osób (6,9%). Najlicniejsza grupa badanych była aktywna zawodowo - byli to pracownicy fizyczni – 64 osoby (62,7%), 18 osób (17,6%) było na rencie, 11 osób (10,8%) było bezrobotnych, 7 osób (6,9%) miało status emeryta, a 2 osoby (2,0%) było w trakcie kształcenia.

Ponad połowa badanych - 52 osoby (51,0%) podało, że posiadało „średni” poziom wiedzy na temat swojej choroby, „niski” poziom wiedzy oceniło 31 osób (30,4%), „bardzo niski” - 12 osób (11,8%), natomiast jako poziom „wysoki” oceniło 7 osób (6,9%).

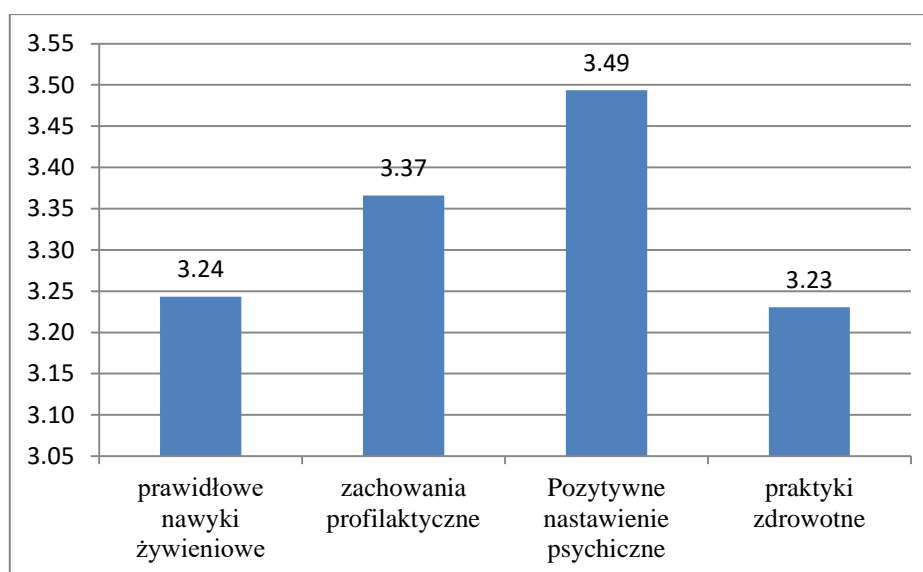
Liczna grupa badanych (92 osoby - 90,2%), podała, że znała przyczyny marskości wątroby, a nieliczni (10 osób – 9,8%) prezentowali deficyt wiedzy na ten temat. Jako przyczynę marskości wątroby respondenci głównie wymienili alkohol (91 osób – 96,8%). Alkohol podali głównie mężczyźni (55 respondentów – 96,5%), ze średni wykształceniem, mieszkający w mieście, którzy byli aktywni zawodowo, powyżej 50 roku życia. Jako przyczynę marskości wątroby na drugiej pozycji respondenci wymienili nadużywanie leków (18 osób – 19,1%), na trzeciej – żółtaczkę (15 osób – 16,0%), a na czwartej – złą dietę (12 osób – 12,8%).

Zdecydowana większość badanych (83 osoby - 81,4%) uważała, że nie można wyleczyć marskości wątroby, a około 1/5 badanych (19 osób - 18,6%) podało, że jest to możliwe.

Otrzymany materiał badawczy, zebrany przy pomocy narzędzia badawczego - Inwentarza Zachowań Zdrowotnych, przeanalizowano dla wszystkich badanych ogółem. Otrzymane wyniki ujęto w tabeli i zaprezentowano na rycinie – Tab. 1., Ryc. 1.

Tab. 1. Zachowania zdrowotne badanych ogółem

IZZ dla wszystkich badanych razem	Średnia	Odch. std	Mediana	Minimum	Maksimum
prawidłowe nawyki żywieniowe	3,24	0,76	3,33	1,17	5,00
zachowania profilaktyczne	3,37	0,70	3,33	1,33	4,50
pozytywne nastawienie psychiczne	3,49	0,80	3,50	1,33	8,50
praktyki zdrowotne	3,23	0,67	3,17	1,50	4,67



Ryc. 1. Zachowania zdrowotne badanych ogółem

Stwierdzono, że dominujące zachowanie zdrowotne prezentowali badani w zakresie pozytywnego nastawienia psychicznego (3,49). Zdecydowanie najwięcej chorych z marskością wątroby miało przyjaciół i uregulowane życie rodzinne (4,43), zaś najniższe wartości w badanej grupie chorych z marskością wątroby stwierdzono w przypadku poważnego traktowania wskazówek osób wyrażających zaniepokojenie zdrowiem badanych (2,91), a także w przypadku unikania zbyt silnych emocji (2,89) w ciągu ostatniego roku.

Na drugiej pozycji był wskaźnik dotyczący zachowań profilaktycznych przez badanych w życiu codziennym (3,37). W badanej grupie chorych z marskością wątroby w kategorii zachowań profilaktycznych najwyższe wartości stwierdzono w przypadku przestrzegania zaleceń lekarskich wynikających z badań (3,61) oraz unikania

przebiegów (3,52). Zdecydowanie najmniej osób badanych regularnie zgłaszało się na badania lekarskie (2,66) i starało się dowiedzieć, jak inni unikają chorób (2,73).

Na trzecim miejscu respondenci przejawiali prawidłowe nawyki żywieniowe – średnia arytmetyczna 3,24. Stwierdzono, że wśród badanych chorych z marskością wątroby wartości średnie były najwyższe w przypadku spożywania dużej ilości warzyw i owoców (3,84), natomiast w najmniejszym stopniu deklarowali oni unikanie soli i silnie solonej żywności (2,63).

Stwierdzono, że najniższy wskaźnik zachowań zdrowotnych respondentów dotyczył praktyk zdrowotnych (średnia arytmetyczna wyniosła - 3,23). Najwyższą wartość średnią w grupie respondentów odnotowano w przypadku wystarczającej ilości snu (3,72), zaś najniższą w przypadku unikania przepracowania (2,80).

Zachowania zdrowotne chorych z marskością wątroby w odniesieniu do płci ujęto w tabeli 2.

Tab. 2. Zachowania zdrowotne badanych a płeć

IZZ a płeć		Średnia	Odch. std	Mediana	Minimum	Maksimum	Z	"P"
prawidłowe nawyki żywieniowe	K	3,53	0,73	3,50	1,83	5,00	2,730	p<0,01
	M	3,08	0,74	3,08	1,17	4,67		
zachowania profilaktyczne	K	3,60	0,65	3,58	2,00	4,50	2,540	p<0,01
	M	3,23	0,69	3,33	1,33	4,50		
Pozytywne nastawienie psychiczne	K	3,64	0,60	3,83	2,17	4,67	2,519	p<0,01
	M	3,41	0,89	3,42	1,33	8,50		
praktyki zdrowotne	K	3,43	0,61	3,50	2,00	4,33	2,402	p<0,02
	M	3,11	0,69	2,92	1,50	4,67		

* Test Test U Manna Whitneya

Pozytywne nastawienie częściej prezentowały kobiety – (3,64) w porównaniu do mężczyzn (3,41), co było istotne pod względem statystycznym na poziomie $p<0,01$. Również kobiety częściej przejawiały zachowania profilaktyczne (3,60) w porównaniu do mężczyzn (3,23) – różnica była istotna pod względem statystycznym ($p<0,01$). Kobiety także częściej przestrzegały prawidłowych nawyków żywieniowych (3,53) w porównaniu do mężczyzn (3,08) – różnica istotna statystycznie na poziomie $p<0,01$, a także częściej przejawiały praktyki zdrowotne (3,43) w porównaniu do mężczyzn (3,11), co było istotne pod względem statystycznym ($p<0,02$).

Zależność zachowań zdrowotnych chorych z marskością wątroby w odniesieniu do wykształcenia ujęto w tab. 3.

Tab. 3. Zachowania zdrowotne badanych a wykształcenie

IZZ a wykształcenie		Średnia	Odch. std	Mediana	Minimum	Maksimum	H	"P"
prawidłowe nawyki żywieniowe	P	2,62	1,11	3,17	1,17	4,00	11,671	p<0,01
	ZZ	3,01	0,70	3,00	1,83	4,67		
	Ś	3,35	0,71	3,33	1,83	5,00		
	W	3,69	0,60	3,67	2,83	5,00		
zachowania profilaktyczne	P	2,90	1,11	3,33	1,33	4,17	7,163	p=0,067
	ZZ	3,25	0,56	3,33	2,00	4,17		
	Ś	3,38	0,67	3,33	1,33	4,50		
	W	3,79	0,65	3,92	2,50	4,50		
Pozytywne nastawienie psychiczne	P	3,00	1,02	3,50	1,67	4,00	11,675	p<0,01
	ZZ	3,28	0,44	3,33	2,33	4,00		
	Ś	3,57	0,92	3,50	1,33	8,50		
	W	3,92	0,61	4,08	3,00	4,83		
praktyki zdrowotne	P	3,19	0,85	2,83	2,00	4,17	7,362	p=0,061
	ZZ	3,05	0,70	2,83	1,50	4,33		
	Ś	3,23	0,64	3,17	2,00	4,67		
	W	3,64	0,53	3,75	2,67	4,33		

* Test Kruskala - Wallisa

Stwierdzono, że pozytywne nastawienie częściej przejawiali chorzy z wyższym wykształceniem – (3,92) w porównaniu do badanych z wykształceniem średnim/(3,57), zasadniczym zawodowym (3,28) i podstawowym (3,0) – różnica była istotna pod względem statystycznym (p<0,01). Wykształcenie również różnicowało odpowiedzi badanych pod względem statystycznym w przypadku prawidłowych nawyków żywieniowych (p<0,05). Na pierwszym miejscu byli badani z wyższym wykształceniem (3,69), zaś na dalszej pozycji byli chorzy z wykształceniem średnim (3,35), zasadniczym zawodowym (3,01) i podstawowym (2,62). Natomiast wykształcenie nie różnicowało odpowiedzi pod względem statystycznym odnośnie praktyk zdrowotnych (p=0,061) i zachowań profilaktycznych (p=0,067), ale częściej zachowania zdrowotne w obu przypadkach przejawiali badani z wyższym wykształceniem (zachowania profilaktyczne – 3,79; zachowania zdrowotne - 3,64) w porównaniu do grup chorych z innym wykształceniem.

Zachowania zdrowotne chorych z marskością wątroby w odniesieniu do miejsca zamieszkania badanych ujęto w tab. 4.

Tab. 4. Zachowania zdrowotne badanych a miejsce zamieszkania

IZZ a miejsce zamieszkania		Średnia	Odch. std	Mediana	Minim.	Maks.	Z	"P"
prawidłowe nawyki żywieniowe	W	3,03	0,78	3,00	1,33	4,67	1,879	p=0,060
	M	3,34	0,74	3,33	1,17	5,00		
zachowania profilaktyczne	W	3,29	0,72	3,33	2,00	4,33	0,743	p=0,458
	M	3,40	0,69	3,33	1,33	4,50		
pozytywne nastawienie psychiczne	W	3,30	0,58	3,50	1,67	4,00	1,615	p=0,106
	M	3,58	0,88	3,50	1,33	8,50		
praktyki zdrowotne	W	3,03	0,69	3,00	1,50	4,33	1,951	p=0,051
	M	3,32	0,65	3,33	2,00	4,67		

* Test Test U Manna Whitneya

Stwierdzono, że respondenci z miasta pod każdym względem prezentowali wyższy poziom zachowań zdrowotnych w porównaniu do mieszkańców ze wsi, ale wyniki nie były istotne pod względem statystycznym ($p > 0,05$). Na pierwszym miejscu badani z marskością wątroby mieszkający w mieście częściej wyrazili pozytywne nastawienie psychiczne (3,58) w porównaniu do badanych ze wsi (3,30) – $p = 0,106$. W drugiej kolejności badani z miasta częściej przestrzegali zachowań profilaktycznych (3,40) w porównaniu do chorych ze wsi (3,29) – $p > 0,458$). Na trzeciej pozycji uplasowały się wyniki dotyczące przestrzegania nawyków żywieniowych, czyli badani z miasta częściej odżywiali się zgodnie z dietą zalecaną w chorobach wątroby (3,34) w porównaniu do respondentów ze wsi (3,03) – $p = 0,060$. Podobnie badani z miasta częściej stosowali praktyki zdrowotne w życiu codziennym (3,32) w porównaniu do chorych wywodzących się ze wsi (3,03) – $p = 0,051$.

Zachowania zdrowotne chorych z marskością wątroby przeanalizowano w odniesieniu aktywności zawodowej badanych – tab. 5.

Tab. 5. Zachowania zdrowotne badanych a aktywność zawodowa

IZZ a aktywność zawodowa		Średnia	Odch. std	Mediana	Minim.	Maks.	Z	"P"
prawidłowe nawyki żywieniowe	prac.	3,36	0,74	3,33	1,83	5,00	1,855	0,064
	nie pr.	3,04	0,77	3,08	1,17	4,67		
zachowania profilaktyczne	prac.	3,42	0,67	3,33	2,00	4,50	0,609	0,542
	nie pr.	3,27	0,74	3,42	1,33	4,33		
pozytywne nastawienie psychiczne	prac.	3,63	0,86	3,67	2,17	8,50	1,907	0,057
	nie pr.	3,26	0,65	3,50	1,33	4,00		
praktyki zdrowotne	prac.	3,22	0,62	3,17	1,50	4,67	-0,232	0,817
	nie pr.	3,25	0,76	3,25	2,00	4,33		

* Test Test U Manna Whitneya

Respondenci aktywni zawodowo w trzech obszarach zachowań zdrowotnych przejawiali wyższy poziom zachowań zdrowotnych w porównaniu do badanych niezatrudnionych, ale wyniki nie były istotne pod względem statystycznym ($p > 0,05$). Na pierwszym miejscu badani pracujący częściej wyrazili pozytywne nastawienie psychiczne (3,63) w porównaniu do badanych niezatrudnionych (3,26) – $p = 0,057$. W drugiej kolejności badani aktywni zawodowo przestrzegali zachowań profilaktycznych (3,42) w porównaniu do badanych niezatrudnionych (3,27) – $p > 0,542$). Na trzeciej pozycji uplasowały się wyniki dotyczące prawidłowych nawyków żywieniowych, czyli respondenci zatrudnieni częściej odżywiali się prozdrowotnie (3,36) w porównaniu do respondentów niezatrudnionych (3,04) – $p = 0,064$. Natomiast praktyki zdrowotne w życiu codziennym częściej stosowali respondencie niezatrudnieni (3,25) w porównaniu do chorych aktywnych zawodowo (3,22), ale wyniki również nie były istotne statystycznie ($p = 0,817$).

Zebrany materiał badawczy odnośnie zachowań zdrowotnych chorych z marskością wątroby przeanalizowano także w odniesieniu do wieku badanych – tab. 6.

Tab. 6. Zachowania zdrowotne badanych a wiek

IZZ a wiek [lat] badanych		Średnia	Odch. std	Mediana	Minim.	Maksim.	H	"P"
prawidłowe nawyki żywieniowe	<45	3,39	0,77	3,33	1,17	5,00	4,324	p=0,115
	45-50	3,03	0,79	3,00	1,83	5,00		
	>50	3,29	0,72	3,25	1,33	4,67		
zachowania profilaktyczne	<45	3,15	0,75	3,17	1,33	4,50	10,781	p<0,005
	45-50	3,29	0,67	3,33	2,00	4,33		
	>50	3,62	0,60	3,67	2,00	4,50		
Pozytywne nastawienie psychiczne	<45	3,61	1,14	3,58	1,33	8,50	1,889	p=0,389
	45-50	3,34	0,58	3,33	2,17	4,50		
	>50	3,50	0,56	3,50	1,67	4,50		
praktyki zdrowotne	<45	3,22	0,65	3,17	2,17	4,67	6,358	p=0,040
	45-50	2,99	0,67	2,92	1,50	4,17		
	>50	3,43	0,66	3,50	2,00	4,33		

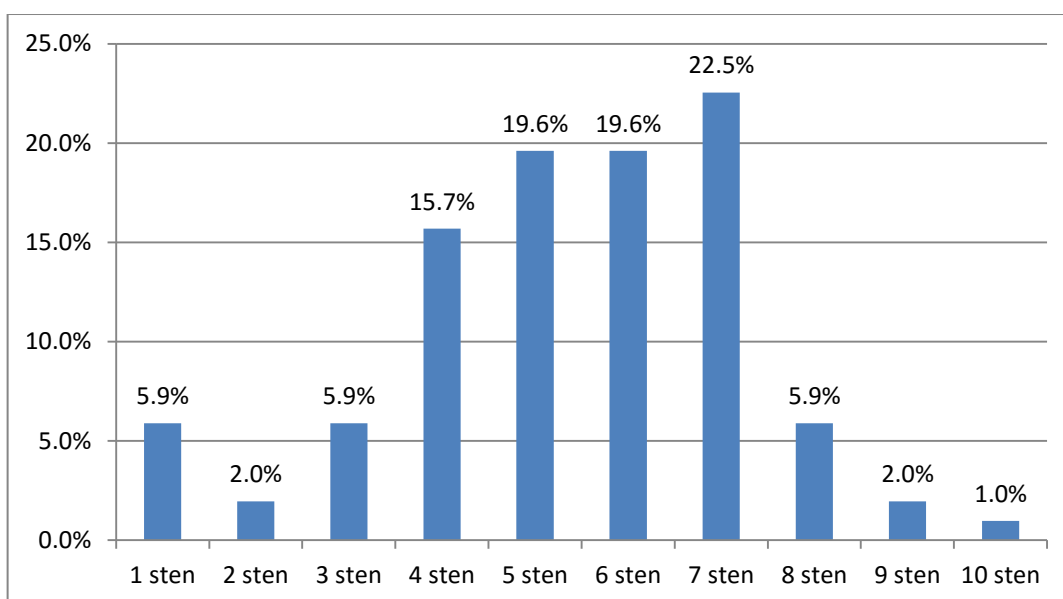
* Test Kruskala – Wallisa

Respondenci w wieku powyżej 50 lat najczęściej wyrażali zachowania profilaktyczne (3,62) w porównaniu do pozostałych badanych w innych przedziałach wieku, co było istotne pod względem statystycznym ($p<0,005$). Na drugim miejscu badani poniżej 45 roku życia przejawili częściej pozytywne nastawienie psychiczne (3,61) w porównaniu do badanych w innych przedziałach wieku, ale wyniki nie były istotne pod względem statystycznym ($p=0,389$). W dalszej kolejności badani powyżej 50 roku życia najczęściej wyrażali praktyki zdrowotne w życiu codziennym (3,43) w porównaniu do pozostałych respondentów w innych przedziałach wieku, co było istotne pod względem statystycznym ($p=0,040$). Natomiast prawidłowe nawyki żywieniowe najczęściej przejawili respondenci w wieku poniżej 45 lat (3,39) w porównaniu do chorych w starszym wieku, ale wyniki nie były istotne pod względem statystycznym ($p=0,115$).

Zgromadzony materiał badawczy poddano dalszej analizie statystycznej. Wyniki surowe przekształcono na standardowe normy stenowe: 1-4 sten - wyniki niskie; 5-6 sten - wyniki przeciętne; 7-10 sten - wyniki wysokie. Otrzymane wyniki ujęto w tab. 7 i zaprezentowane na rycinie 2.

Tab. 7. Sten IZZ dla wszystkich badanych razem

Sten IZZ		Razem
1 sten	n	6
	%	5,9%
2 sten	n	2
	%	2,0%
3 sten	n	6
	%	5,9%
4 sten	n	16
	%	15,7%
5 sten	n	20
	%	19,6%
6 sten	n	20
	%	19,6%
7 sten	n	23
	%	22,5%
8 sten	n	6
	%	5,9%
9 sten	n	2
	%	2,0%
10 sten	n	1
	%	1,0%
Ogółem	n	102



Ryc. 2. Sten IZZ dla wszystkich badanych razem

Stwierdzono, że 39,2% badanej grupy chorych z marskością wątroby osiągnęło wyniki przeciętne (5-6 sten), co świadczy o prezentowaniu zachowań zdrowotnych na poziomie przeciętnym. Około 1/3 badanych 31,4% mieściło się w obszarze wyników wysokich (7–10 sten), co świadczy, że respondenci prezentowali wysokie nasilenie zachowań prozdrowotnych, zaś 29,5% badanych charakteryzowało się wynikami niskimi (1-4 sten) czyli chorzy z marskością wątroby przejawiali antyzdrowotne zachowania.

Poza tym stwierdzono, że najwięcej badanych z marskością wątroby (22,5%) zakwalifikowano do 7 stenu. Na drugiej pozycji byli badani zakwalifikowani do 5 i 6 stenu (po 19,6%). Nieliczni badani (po 5,9%) byli zakwalifikowani do 1, 3 i 8 stenu, zaś 1,0% badanych przypisano do 10 stenu.

W toku dalszej analizy statystycznej sten IZZ dla wszystkich badanych razem skorelowano ze zmiennymi niezależnymi, jak: płeć, wykształcenie – tab. 8.

Tab.8. Sten IZZ a płeć i wykształcenie badanych

Sten IZZ a zmienne	Płeć		Wykształcenie				
	K	M	P	ZZ	Ś	W	
1 sten	n	2	4	3	1	2	0
	%	5,3%	6,3%	42,9%	3,3%	3,9%	0,0%
2 sten	n	0	2	0	2	0	0
	%	0,0%	3,1%	0,0%	6,7%	0,0%	0,0%
3 sten	n	2	4	0	2	3	1
	%	5,3%	6,3%	0,0%	6,7%	5,9%	7,1%
4 sten	n	6	10	0	6	8	2
	%	15,8%	15,6%	0,0%	20,0%	15,7%	14,3%
5 sten	n	3	17	1	7	12	0
	%	7,9%	26,6%	14,3%	23,3%	23,5%	0,0%
6 sten	n	12	8	1	7	9	3
	%	31,6%	12,5%	14,3%	23,3%	17,6%	21,4%
7 sten	n	9	14	2	4	13	4
	%	23,7%	21,9%	28,6%	13,3%	25,5%	28,6%
8 sten	n	4	2	0	1	3	2
	%	10,5%	3,1%	0,0%	3,3%	5,9%	14,3%
9 sten	n	0	2	0	0	0	2
	%	0,0%	3,1%	0,0%	0,0%	0,0%	14,3%
10 sten	n	0	1	0	0	1	0
	%	0,0%	1,6%	0,0%	0,0%	2,0%	0,0%
Ogółem	n	38	64	7	30	51	14
Stat. Chi2 - "P"		13,967	p=0,123		46,063		p<0,01

Stwierdzono, że płeć nie miała istotnego wpływu na przyporządkowanie do stenów, wyniki nie były istotne pod względem statystycznym ($p=0,123$). Natomiast istotną zależność statystyczną zaobserwowano względem przyporządkowania do stenów a wykształceniem respondentów. Stwierdzono, że im wyższe wykształcenie tym badani byli kwalifikowani do wyższych stenów częściej. Ogółem 57,2% respondentów z wyższym wykształceniem prezentowało prozdrowotne zachowania i mieściło się w obszarze wyników wysokich (7–9 sten), co było istotne pod względem statystycznym ($p<0,1$).

Otrzymane wyniki sten IZZ dla wszystkich badanych razem skorelowano także ze zmiennymi niezależnymi, jak: miejsce zamieszkania, aktywność zawodowa i wiek – tab. 9.

Tab. 9. Sten IZZ a miejsce zamieszkania, aktywność zawodowa i wiek

Sten IZZ a zmienne	Miejsce zam.		Akt. zawod.		Wiek [lat]			
	W	M	prac.	nie pr.	<45	45-50	>50	
1 sten	n	3	3	2	4	2	2	2
	%	9,4%	4,3%	3,1%	10,5%	5,9%	6,7%	5,3%
2 sten	n	2	0	1	1	0	2	0
	%	6,3%	0,0%	1,6%	2,6%	0,0%	6,7%	0,0%
3 sten	n	2	4	4	2	3	3	0
	%	6,3%	5,7%	6,3%	5,3%	8,8%	10,0%	0,0%
4 sten	n	4	12	11	5	6	3	7
	%	12,5%	17,1%	17,2%	13,2%	17,6%	10,0%	18,4%
5 sten	n	6	14	14	6	6	10	4
	%	18,8%	20,0%	21,9%	15,8%	17,6%	33,3%	10,5%
6 sten	n	8	12	11	9	7	3	10
	%	25,0%	17,1%	17,2%	23,7%	20,6%	10,0%	26,3%
7 sten	n	6	17	13	10	4	6	13
	%	18,8%	24,3%	20,3%	26,3%	11,8%	20,0%	34,2%
8 sten	n	1	5	5	1	4	1	1
	%	3,1%	7,1%	7,8%	2,6%	11,8%	3,3%	2,6%
9 sten	n	0	2	2	0	1	0	1
	%	0,0%	2,9%	3,1%	0,0%	2,9%	0,0%	2,6%
10 sten	n	0	1	1	0	1	0	0
	%	0,0%	1,4%	1,6%	0,0%	2,9%	0,0%	0,0%
Ogółem	n	32	70	64	38	34	30	38
Stat. Chi2 - "P"		8,635	p=0,471	6,859	p=0,651	26,175		p=0,095

Stwierdzono, że miejsce zamieszkania ($p=0,471$), aktywność zawodowa ($p=0,651$) i wiek ($p=0,095$) nie miały istotnego wpływu na przyporządkowanie do stenów, wyniki nie były istotne od względem statystycznym ($p>0,05$).

Dyskusja

Zdaniem naukowców marskość wątroby występuje częściej w krajach wysokorozwiniętych z uwagi na antyzdrowotny styl życia [1].

Zdaniem badaczy bardzo ważne jest, aby chorzy z marskością wątroby posiadali wiedzę na temat swojej choroby, aby mogli prowadzić prozdrowotny styl życia i spowolnić proces chorobowy. Szczególnie ważne jest prozdrowotne odżywianie, a złe nawyki żywieniowe utrudniają proces leczenia [11].

Z badań własnych wynika, że 52 osoby (51,0%) prezentowały średni poziom wiedzy na temat swojej choroby. Na drugiej pozycji badani określili niski poziom wiedzy - 31 osób (30,4%), a bardzo niski - 12 osób (11,8%), natomiast jako poziom wysoki oceniło 7 osób (6,9%). Najwięcej badanych, którzy ocenili, że posiadają średni poziom wiedzy na temat swojej choroby to byli respondenci ze średnim wykształceniem – 33 osoby (64,7%), co było istotne pod względem statystycznym ($p<0,000001$) w porównaniu do pozostałych grup badanych z innym wykształceniem. Jednocześnie rozpoznano, że respondenci zdecydowanie odpowiedzieli, że wiedzą, co to jest marskość wątroby - 97 osób (95,1%), a deficyty wiedzy w tym zakresie mieli nieliczni badani – 5 osób (4,9%). Poza tym rozpoznano, że liczna grupa badanych znała przyczyny marskości wątroby - 92 osoby (90,2%), a 91 osób (96,8%) podało alkohol jako główną przyczynę tej przewlekłej choroby.

Zdaniem naukowców styl życia z marskością wątroby wywiera istotny wpływ na spowolnienie procesu włóknienia, na jakość życia chorych. Bardzo ważna jest aktywność fizyczna, pozytywne nastawienie [12].

Z badań własnych wynika, że respondenci z marskością wątroby najsilniej wyrazili pozytywne nastawienie w życiu codziennym w ciągu ostatniego roku – średnia arytmetyczna wyniosła - 3,49. Zdecydowanie najczęściej chorych z marskością wątroby miało przyjaciół i uregulowane życie rodzinne (4,43), zaś najniższe wartości w badanej grupie chorych stwierdzono w przypadku poważnego traktowania wskazówek osób wyrażających zaniepokojenie zdrowiem badanych (2,91), a także w przypadku unikania zbyt silnych emocji (2,89) w ciągu ostatniego roku.

Z literatury przedmiotu wynika, że pacjenci z marskością wątroby winni zapobiegać chorobom infekcyjnym wątroby, prezentować działania profilaktyczne w stylu życia [13].

Z badań własnych wynika, że na drugim miejscu chorzy z marskością wątroby silnie wyrazili, że prezentują zachowania profilaktyczne w życiu codziennym (3,37). W kategorii zachowań profilaktycznych najwyższe wartości stwierdzono w przypadku przestrzegania zaleceń lekarskich wynikających z badań (3,61) oraz unikania przeziębień (3,52). Zdecydowanie najmniej osób badanych regularnie zgłaszało się na badania lekarskie (2,66) i starało się dowiedzieć, jak inni unikają chorób (2,73).

Z danych epidemiologicznych wynika, że nieprawidłowe odżywianie, niedożywienie z marskością wątroby pogarsza stan kliniczny narządu od 50-90% [14, 15].

Wyniki badań własnych potwierdzają, że respondenci na trzecim miejscu zaakcentowali, że przestrzegają zaleceń żywieniowych w związku z marskością wątroby – średnia arytmetyczna - 3,24. Poza tym stwierdzono, że wśród badanych chorych wartości średnie były najwyższe w przypadku spożywania dużej ilości warzyw i owoców (3,84), natomiast w najmniejszym stopniu deklarowali oni unikanie soli i silnie solonej żywności (2,63).

Zdaniem specjalistów leczenie marskości wątroby wspierają praktyki zdrowotne szczególnie w życiu codziennym, w warunkach domowych. Praktyki zdrowotne mogą zapobiec wielu powikłaniom [16].

Z badań własnych wynika, że osiągnięto pozytywny, ale najniższy wskaźnik zachowań zdrowotnych respondentów odnośnie praktyk zdrowotnych (średnia arytmetyczna wyniosła - 3,23). Najwyższą wartość średnią w grupie respondentów odnośnie praktyk zdrowotnych odnotowano w przypadku wystarczającej ilości snu (3,72), zaś najniższą w przypadku unikania przepracowania (2,80).

Po przeanalizowaniu wyników oceny zachowań zdrowotnych pacjentów z marskością wątroby udowodniono, że 39,2% respondentów osiągnęło wyniki przeciętne (5-6 sten), co świadczy o prezentowaniu zachowań zdrowotnych na poziomie przeciętnym, zaś 31,4% mieściło się w obszarze wyników wysokich (7–10 sten), co świadczy, że respondenci prezentowali wysokie nasilenie zachowań prozdrowotnych. Natomiast 29,5% badanych charakteryzowało się wynikami niskimi (1-4 sten) czyli chorzy z marskością wątroby przejawiali antyzdrowotne zachowania. Poza tym

stwierdzono, że największy deficyt wiedzy zdrowotnej wyrazili mężczyźni z niższym wykształceniem, mieszkający na wsi, w wieku powyżej 50 roku życia.

Niniejsza praca odzwierciedla zachowania zdrowotne chorych z marskością wątroby. Otrzymane wyniki zachęcają do dalszych badań, obejmujących większą grupę chorych z rozpoznaną marskością wątroby. Jednocześnie wskaźniki zachowań zdrowotnych respondentów dowodzą, że jest potrzeba prowadzenia edukacji zdrowotnej, dostosowanej dla tej grupy chorych z postępującą chorobą przewlekłą.

Wnioski

1. Ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych pacjentów z marskością wątroby był przeciętny, a dominującą kategorią było pozytywne nastawienie psychiczne, zaś najniższe wyniki dotyczyły codziennych praktyk zdrowotnych.
2. Konieczne jest rozpowszechnianie edukacji zdrowotnej wśród chorych z marskością wątroby odnośnie codziennych praktyk zdrowotnych oraz prawidłowych nawyków żywieniowych.
3. Edukacją zdrowotną należy objąć szczególnie mężczyzn z niższym wykształceniem, mieszkających na wsi, w wieku powyżej 50 roku życia.

Piśmiennictwo

1. Walsh M, Crumby A. Clinical Nursing and Related Sciences. 7th ed. Londyn: Bailliere Tindall Elsevier; 2007.
2. Konturek SJ. (red.). Gastroenterologia i hepatologia kliniczna. Warszawa: Wydawnictwo PZWL; 2006.
3. Szymczak A, Niškiewicz I, Krela-Kaźmierczak K, Linke K. Wpływ alkoholu na wybrane schorzenia przewodu pokarmowego. Nowiny Lek 2009, 78(3-4): s. 222-227.
4. Sierpińska L. Przygotowanie chorego z marskością wątroby do samoopieki. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2011, 1-2: s. 32.
5. Kowala-Piaskowska A (red.). Marskość wątroby - przyczyny, objawy i postępowanie dietetyczne. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UM; 2013.
6. Sierpińska L. Hepatitis C as an epidemiological problem in the polish population, Medical and Biological Sciences 2015, 29: s. 41-46.
7. Kanikowska A, Grzymisławski K. Żywnienie pacjentów z niewyrównaną marskością wątroby. Terapia 2008, 6: s. 75-77.
8. Konecki M. Leczenie żywieniowe w chorobach wątroby. Postępy Żywnienia Klinicznego 2008, 3: s. 42-44.

9. Juczyński Z. Inwentarz Zachowań Zdrowotnych. W: Juczyński Z. (red.). Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2012.
10. Stanisław A. Przystępny kurs statystyki z zastosowaniem STATYSTICA PL na przykładach z medycyny. Tom 1 i 2. Kraków: StatSoft Polska; 2006.
11. Idris SM, AL. Ali E. Assessment of Dietary Management of Patients with Cirrhosis Liver. *International Journal of Science and Research* 2013, 2(6): 47-53.
12. Thoma C, Day CP, Trenell NI. Lifestyle interventions for the treatment of non-alcoholic fatty liver disease in adults: a systematic review. *J Hepatol* 2012, 56: 255–66.
13. Taneja K S, Dhiman R K. Prevention and Management of Bacterial Infections in Cirrhosis. *International Journal of Hepatology* 2011, 7, article ID: 784540.
14. Johnson T.M, Overgard EB, Cohen AE, DiBaise JK. Nutrition Assessment and Management in Advanced Liver Disease. *Nutr Clin Pract.* 2013, 28:15–29.
15. Cheung K, Lee SS, Raman M. Prevalence and mechanisms of malnutrition in patients with advanced liver disease, and nutrition management strategies. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2012, 10:117–25.
16. Grattagliano L, Ubaldi E, Bonfrate L, Portincasa P. Management of liver cirrhosis between primary care and specialist 2011, 17(18): 2273-2282.