

Krzyżanowska Ewa, Matej Agnieszka, Łuczyk Robert, Kropornicka Beata, Baczeńska Bożena, Olszak Cecylia, Nowicka Elżbieta, Daniluk Jadwiga. Wpływ akceptacji choroby na zachowania zdrowotne pacjentów z marskością wątroby = The impact of the acceptance of the disease on the health behaviors of patients with liver cirrhosis. Journal of Education, Health and Sport. 2016;6(11):225-244. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.166302>
<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/3990>

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: 22.10.2016. Revised 30.10.2016. Accepted: 11.11.2016.

Wpływ akceptacji choroby na zachowania zdrowotne pacjentów z marskością wątroby The impact of the acceptance of the disease on the health behaviors of patients with liver cirrhosis

Ewa Krzyżanowska¹, Agnieszka Matej², Robert Łuczyk¹, Beata Kropornicka¹,
Bożena Baczeńska¹, Cecylia Olszak¹, Elżbieta Nowicka¹, Jadwiga Daniluk¹

¹ Katedra Interny z Zakładem Pielęgniarstwa Internistycznego Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

² Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Streszczenie

Cel pracy. Celem pracy było określenie wpływu akceptacji choroby na zachowania zdrowotne pacjentów z marskością wątroby.

Material i metoda. Badaniami objęto grupę 100 chorych z rozpoznaną marskością wątroby. Badania zostały przeprowadzone od kwietnia do czerwca 2016 r. w Oddziale Wewnętrznym Gastrologicznym w I Wojskowym Szpitalu Klinicznym oraz w Klinice Gastroenterologii Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 4 w Lublinie. W pracy wykorzystano Skalę Akceptacji Choroby (AIS) oraz Inwentarz Zachowań Zdrowotnych Zygryda Juczyńskiego (IZZ).

Wyniki badań. Z badań wynika, że 69% ankietowanych prezentuje średni poziom akceptacji choroby natomiast wysoki cechuje tylko 12% ankietowanych. 19% badanych nie akceptuje choroby. Większy poziom akceptacji choroby występował w grupie kobiet niż mężczyzn oraz w grupie badanych mieszkających w mieście. Jednak różnice w ocenie nie były statystycznie istotne. Najwyższe nasilenie zachowań zdrowotnych odnotowano w kategorii zachowań profilaktycznych, najniższe w kategorii prawidłowych nawyków żywieniowych. Różnice w ocenie również nie były statystycznie istotne.

Wnioski. Stwierdzono, że kobiety w większym stopniu niż mężczyźni akceptują swoją chorobę. Czas trwania choroby wpływa na jej akceptację, badani z najkrótszym stażem chorowania łatwiej akceptują chorobę niż badani chorujący dłużej niż 2-3 lata. Zachowania zdrowotne badanych nie są zależne od miejsca ich zamieszkania, jednak wyższy wskaźnik zachowań zdrowotnych obserwuje się u badanych mieszkających w mieście. W badanej grupie wykształcenie determinuje prawidłowe zachowania zdrowotne, im wyższe wykształcenie badanych tym większe nasilenie prawidłowych zachowań zdrowotnych. Czas trwania choroby nie ma wpływu na zachowania zdrowotne pacjentów marskością wątroby, jednak najwyższe nasilenie zachowań zdrowotnych prezentują badani chorujący najkrócej a najniższe chorujący dłużej niż dwa lata.

Słowa kluczowe: akceptacja choroby, zachowania zdrowotne, marskość wątroby

Summary

Aim of the study. The aim of the study was to determine the effect of the acceptance of the disease on the health behavior of patients with cirrhosis of the liver.

Material and methods. The study involved a group of 100 patients diagnosed with cirrhosis of the liver. The study was conducted from April to June 2016. in the Department of Internal Gastroenterology in the Military Clinical Hospital and the Department of Gastroenterology of the Independent Public Clinical Hospital No. 4 in Lublin. The study used Acceptance of Illness Scale (AIS) and the Behavioral Health Inventory Siegfried Juczyński (IZZ).

Findings. Research shows that 69% of respondents presented average level of acceptance of the disease is characterized by high while only 12% ankietowanych. 19% of respondents did not accept the disease. A greater level of acceptance of the disease occurred in women than men and in the group of respondents living in the city. However, the differences in rating were not statistically significant. The highest intensity of health behaviors was recorded in the category of prevention, the lowest in the category of normal eating habits. Differences in ratings were also not statistically significant.

Conclusions. It was found that women more than men accept their illness. The duration of the disease affects its acceptance, the subjects with the shortest experience of illness easier to accept the disease than subjects who have developed more than 2-3 years. Health behaviors surveyed are not dependent on their place of residence, but a higher rate of health behaviors observed in subjects living in the city. In the group of education determines the proper health behavior, the higher the education the greater the severity of the respondents correct health behaviors. The duration of the disease does not affect the health behavior of patients cirrhosis of the liver, but the highest severity of health behaviors present subjects who have developed the shortest and lowest sick more than two years.

Keywords: acceptance of illness, health behaviors, cirrhosis of the liver

Wstęp

Marskość wątroby należy do chorób przewlekłych, znacznie utrudniających życie i codzienne funkcjonowanie chorego. Pojawienie się choroby w życiu każdej osoby jest ogromnym wyzwaniem ponieważ zmienia dotychczasowy styl życia, często doprowadza do rezygnacji i porzucenia dotychczasowych form aktywności życiowej. Ważnym elementem w walce z chorobą przewlekłą jest jej akceptacja. Duże znaczenie w akceptacji choroby odgrywają czynniki takie jak: osobowość, sposób radzenie sobie ze stresem, dalsze rokowania choroby, wsparcie najbliższych. [3, 2]

Stan zdrowia człowieka warunkowany jest przez świadomie wybrany i prowadzony przez niego styl życia oraz podejmowane zachowania zdrowotne. Zachowania zdrowotne kształtowane są przez wiele czynników. Uwarunkowania związane ze społecznym życiem człowieka opierają się na dokonywaniu wyborów zachowań związanych ze zdrowiem i kulturą jednostki. Znaczenie mają również nawyki zdrowotne wyrabiane w procesie socjalizacji, które człowiek modyfikuje i utrwała w dorosłości. Wszystkie te elementy są połączone z możliwościami i ograniczeniami wynikającymi z pozycji jednostki w społeczności, które mogą utrudniać, a nawet uniemożliwiać podjęcie niektórych wzorów zachowań. Pozycja zajmowana przez człowieka w społeczeństwie umożliwia mu postępowanie, określa jego ograniczenia i wyznacza styl życia wpływając na stan zdrowia.

Cel pracy

Celem pracy było określenie wpływu akceptacji choroby na zachowania zdrowotne pacjentów z marskością wątroby

Materiał i metoda

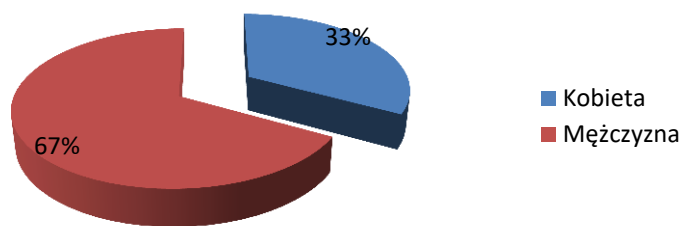
Narzędziem badawczym wykorzystanym w pracy była Skala Akceptacji Choroby (AIS) oraz Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) Zygryda Juczyńskiego [1]. W skład kwestionariusza IZZ wchodzi 24 stwierdzeń odnoszących się do zachowań zdrowotnych z możliwością przypisania im ich nasilenia w skali od 1 do 5 punktów (1- prawie nigdy; 2-

rzadko; 3- od czasu do czasu; 4- często; 5- prawie zawsze). Suma punktów w IZZ zawiera się w przedziale 24 – 120. Im wyższy wynik uzyskał badany, tym wyższy poziom nasilenia zachowań zdrowotnych prezentuje. Kwestionariusz IZZ składa się z twierdzeń dotyczących czterech kategorii: prawidłowe nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, pozytywne nastawienie psychiczne oraz praktyki zdrowotne. Skala AIS składa się z 8 stwierdzeń, które określają trudności i ograniczenia związane ze stanem zdrowia. Są to twierdzenia sprowadzające się do akceptacji ograniczeń związanych z chorobą, poczucia zależności od osób trzecich, obniżenia poczucia własnej wartości, samowystarczalności. Każde stwierdzenie składa się z pięciostopniowej skali Likerta, gdzie pacjent może określić swój obecny stan zdrowia, wybierając odpowiednią cyfrę: 1 — zdecydowanie zgadzam się, 2 — zgadzam się, 3 — nie wiem, 4 — nie zgadzam się, 5 — zdecydowanie nie zgadzam się. Suma punktów 8 – 40 jest miarą ogólną poziomu akceptacji choroby. Osoba, która zaznaczy cyfrę 1, wykazuje złe przystosowanie do choroby, natomiast zaznaczenie cyfry 5 oznacza pełną akceptację choroby. Końcowe wyniki pogrupowane są w trzy przedziały punktowe, gdzie wynik poniżej 18 punktów kwalifikuje się do słabej akceptacji choroby, wynik w przedziale 19 – 29 oznacza średnią akceptację choroby, zaś uzyskanie powyżej 29 punktów jest wyznacznikiem pełnej akceptacji i adaptacji do choroby. Im mniej punktów uzyskuje badany, tym gorsza akceptacja swojej choroby. [5, 4]

Badanie zostało przeprowadzone od kwietnia do czerwca 2016 r. w Oddziale Wewnętrznym Gastrologicznym w I Wojskowym Szpitalu Klinicznym oraz w Klinice Gastroenterologii Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 4 w Lublinie. Badaniem objęto grupę 100 pacjentów z marskością wątroby w wieku od 29 do 79 lat. Kryterium doboru pacjentów była rozpoznana marskość wątroby, wiek powyżej lat 18 oraz zgoda na badanie. Charakterystykę badanej grupy przedstawia rycina 1,2,3

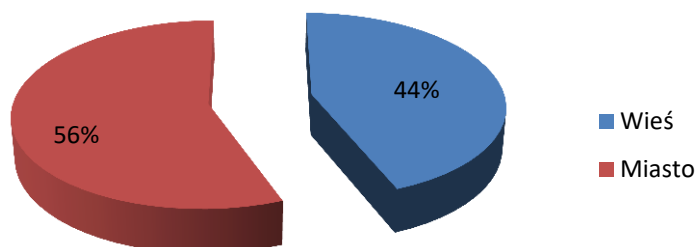
Charakterystyka badanej grupy

W badanej grupie chorych było 33% kobiet i 67% mężczyzn. Dane w tym zakresie obrazuje rycina nr 1.



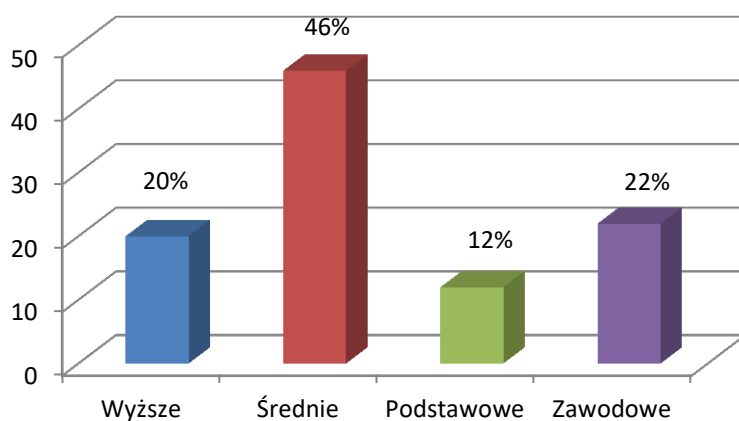
Rycina 1. Płeć badanych

Respondenci w większości pochodzili z miasta (56%), na wsi mieszkało 44% badanych. Dane w tym zakresie przedstawia rycina nr 2.



Rycina 2. Miejsce zamieszkania badanych

W badanej grupie wykształcenie wyższe posiadało 20% badanych, średnie 46%, podstawowe 12%, zaś zawodowe 22% osób. (ryc. 3)



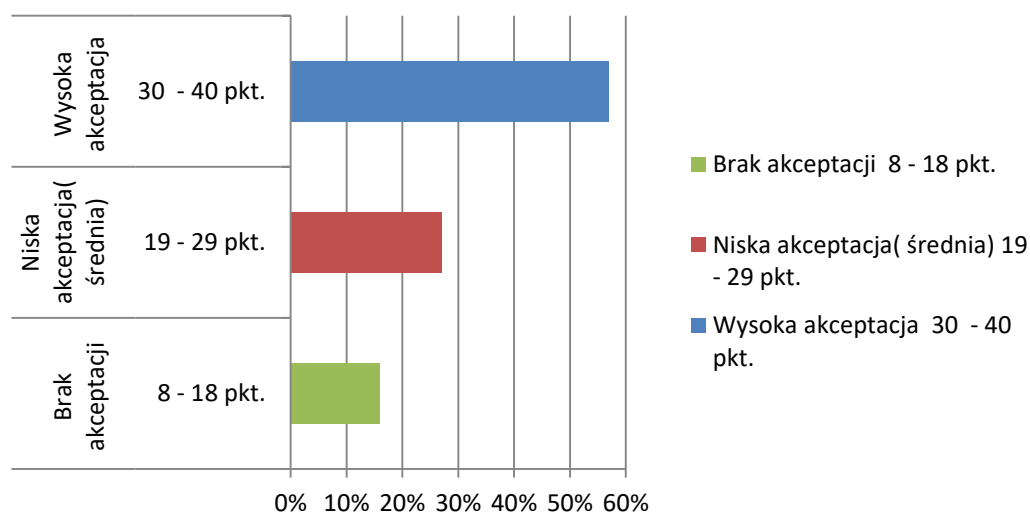
Rycina 3. Poziom wykształcenia badanych

Otrzymane wyniki badań poddano analizie statystycznej wykorzystując oprogramowanie komputerowe STATISTICA 9.1. Wartości analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiono przy pomocy: średniej, mediany, odchylenia standaryzowanego, wartości minimalnych i maksymalnych oraz odchylenia standardowego, a dla niemierzalnych przy pomocy liczności i odsetka.

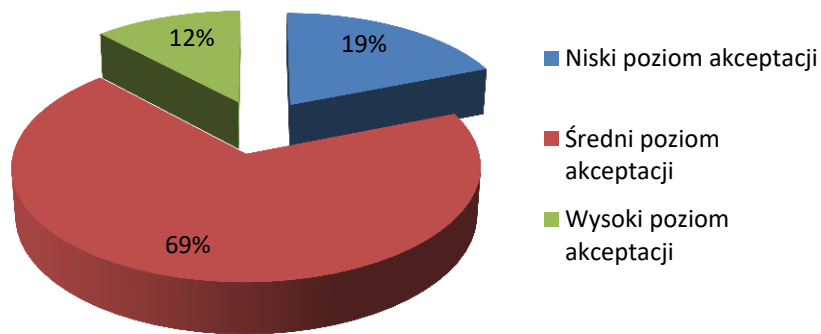
Wyniki badań własnych

Skala AIS służy do badania osób chorych. Stosowana jest do pomiaru stopnia akceptacji choroby. Zawiera osiem twierdzeń opisujących negatywne konsekwencje złego stanu zdrowia. Wynik globalny mieści się w granicach 8-40. Im wyższy wynik, tym większa akceptacja choroby.

Końcowe wyniki skali AIS pogrupowane zostały w trzy przedziały punktowe, gdzie wynik poniżej 18 punktów kwalifikują chorego do kategorii słabej akceptacji choroby lub jej braku, wynik w przedziale 19 – 29 oznacza średnią akceptację choroby, zaś uzyskanie powyżej 29 punktów jest wyznacznikiem pełnej akceptacji i adaptacji do choroby. Wynik prezentuje rycina 4.

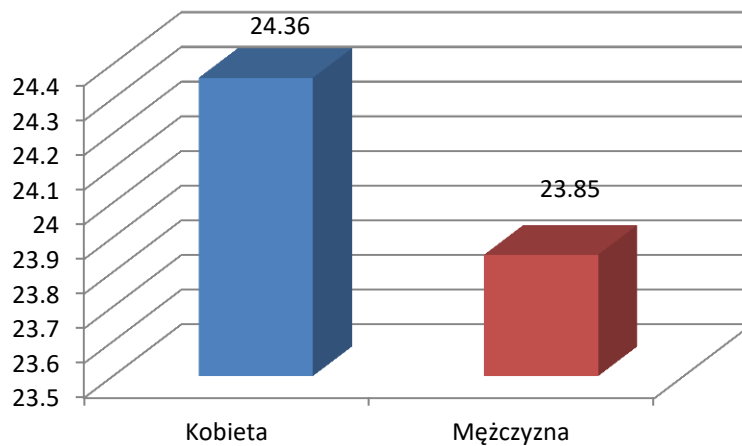


Rycina 4. Procentowy/punktowy stopień akceptacji choroby



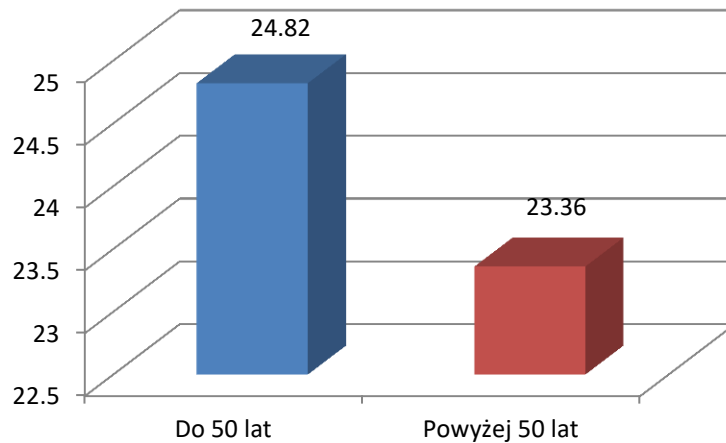
Rycina 5. Ocena stopnia akceptacji choroby

Badani z marskością w znacznej większości (69 %) akceptują swoją chorobę na poziomie średnim. Wysoki poziom akceptacji choroby stwierdzono u 12% ankietowanych, natomiast 19 % badanych nie akceptuje swojej choroby. (ryc. 5).



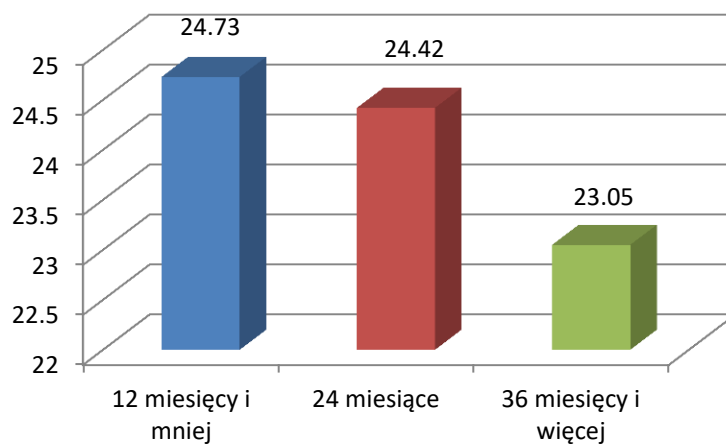
Rycina 6. Ocena akceptacji choroby w badanych grupach z uwzględnieniem płci

Mężczyźni z marskością wątroby w mniejszym stopniu akceptują swoją chorobę w porównaniu z kobietami. Różnice w ocenie nie były istotne statystycznie ($p=0,906$). (ryc. 6).



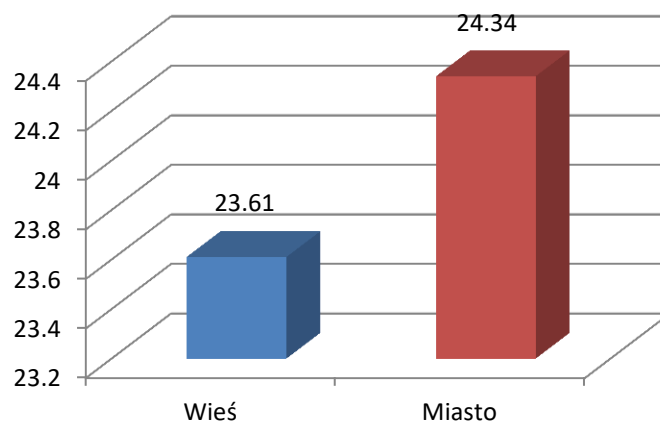
Rycina 7. Ocena akceptacji choroby w badanych grupach chorych z marskością wątroby z uwzględnieniem wieku

Najwyższy stopień akceptacji choroby uzyskali badani w wieku do 50 lat (24,82), zaś najniższy osoby powyżej 50 roku życia (23,36). Stwierdzone różnice nie były istotne statystycznie ($p=0,256$). (ryc. 7)



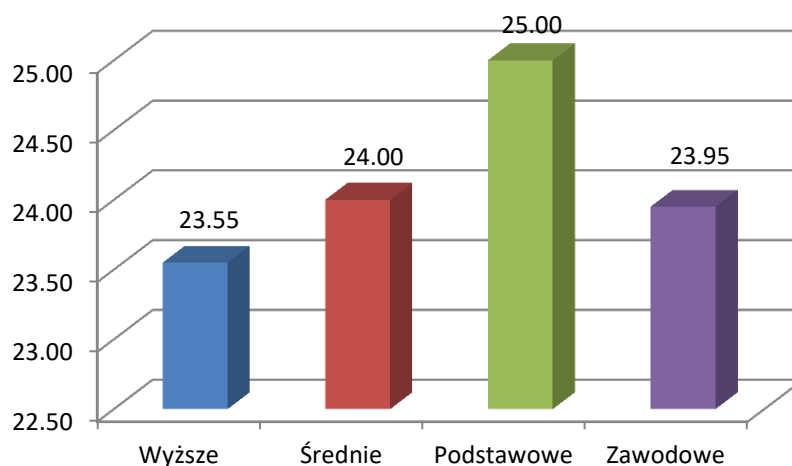
Rycina 8. Ocena akceptacji choroby w badanych grupach z marskością wątroby z uwzględnieniem czasu trwania choroby

Ankietowani z najkrótszym stażem chorowania w największym stopniu akceptują swoją chorobę. Najmniejszy poziom akceptacji stwierdzono grupie badanych chorujących najdłużej. Stwierdzone różnice nie były istotne statystycznie ($p=0,437$). (ryc. 8)



Rycina 9. Ocena akceptacji choroby w badanych grupach z marskością wątroby z uwzględnieniem miejsca zamieszkania

Badani mieszkający w mieście w nieco większym stopniu akceptują swoją chorobę niż osoby mieszkające na wsi. Obecne różnice nie były istotne statystycznie. (ryc. 9)



Rycina 10. Ocena akceptacji choroby w badanych grupach chorych z marskością wątroby z uwzględnieniem poziomu wykształcenia

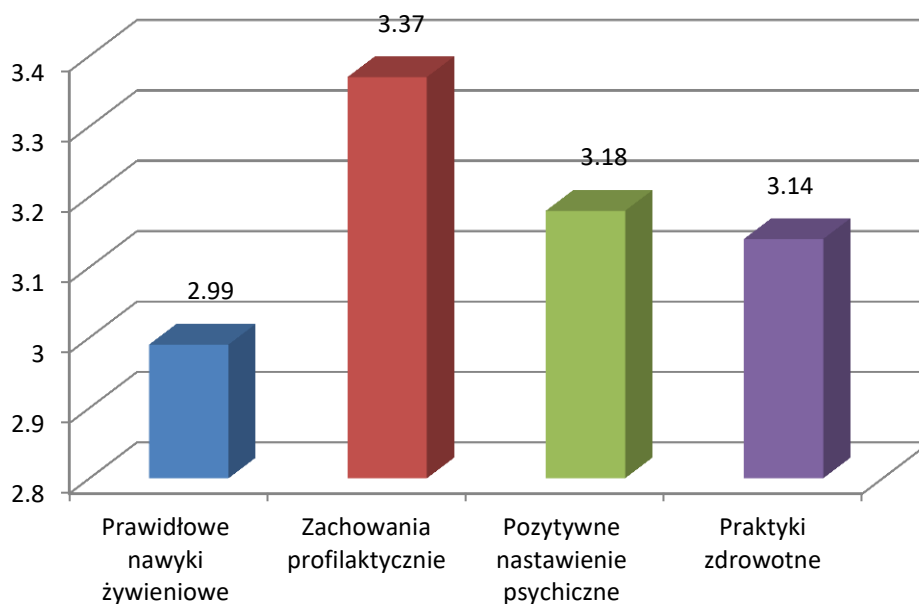
Uwzględniając poziom wykształcenia ankietowanych stwierdzono, że najniższy stopień akceptacji choroby występował u osób posiadających wyższe wykształcenie zaś najwyższy u badanych z wykształceniem podstawowym. Różnice nie były istotne statystycznie ($p=0,950$). (ryc. 10)

Ocena zachowań zdrowotnych ankietowanych przy pomocy IZZ

Do oceny zachowań zdrowotnych wykorzystano Inwentarz Zachowań Zdrowotnych Zygfrida Juczyńskiego zawierający 24 twierdzenia opisujące zachowania związane ze zdrowiem. IZZ składa się z czterech kategorii zachowań zdrowotnych tj. pozytywne nastawienie psychiczne, zachowania profilaktycznie, prawidłowe nawyki żywieniowe, praktyki zdrowotne. Badani określają nasilenie poszczególnych czynników. Zsumowane wartości liczbowe określają ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych, którego wartość mieści się w granicach w 24–120 punktów. Im wyższy wynik, tym większe nasilenie zachowań zdrowotnych.

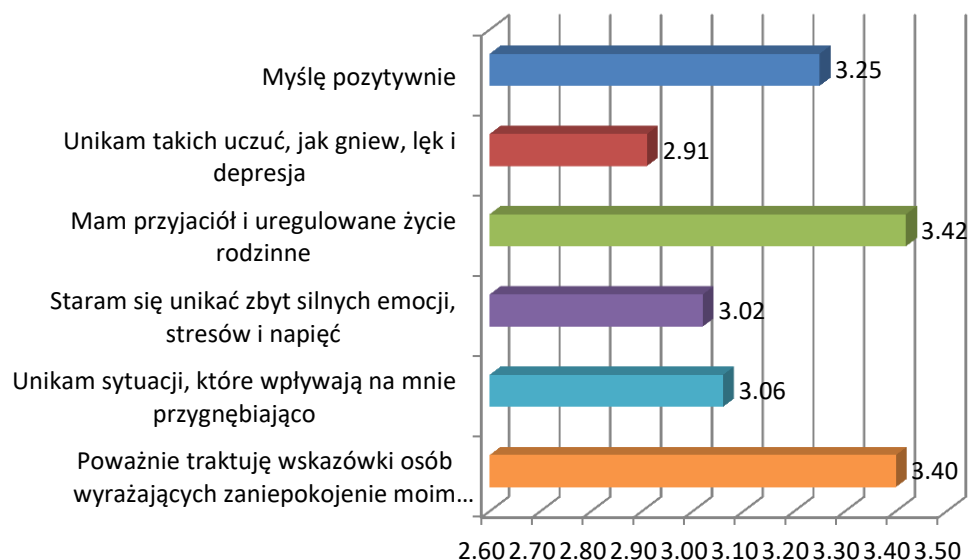
Badani prezentują przeciętny poziom prawidłowych nawyków żywieniowych, średnia arytmetyczna ogólnego wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych w grupie przyjmowała wartość 76,06 (SD=13,69). Odchylenie standardowe świadczy o znacznym zróżnicowaniu wyników.

Najwyższe wyniki odnotowano w kategorii zachowań profilaktycznych (M=3,37; SD=0,65), nieco niższe dotyczyły pozytywnych nastawień psychicznych (M = 3,18; SD = 0,69) oraz praktyki zdrowotnej (M=3,14; SD= 0,70). Najniższe wyniki dotyczyły prawidłowych nawyków żywieniowych (M=2,99; SD=0,66). (ryc. 11)



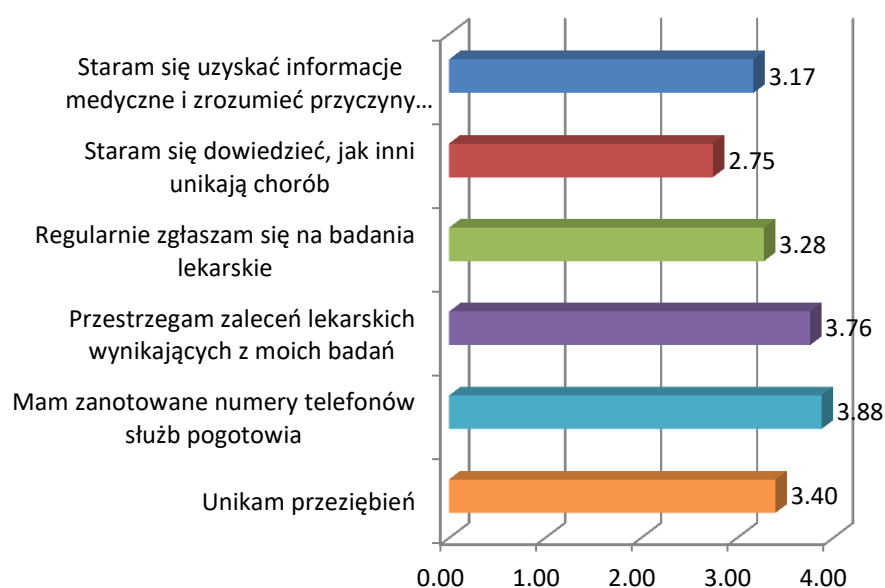
Rycina 11. Charakterystyka czterech kategorii zachowań zdrowotnych

W kategorii pozytywne nastawienie psychiczne badani najwyżej ocenili twierdzenie " Mam przyjaciół i uregulowane życie rodzinne " (M = 3,42; SD = 1,13), zaś najniżej "Staram się, unikać zbyt silnych emocji, stresów i napięć "(M =3,02; SD =1,07) oraz „Unikam takich uczuć jak gniew, lęk i depresja" (M = 2,91; SD = 1,04). (ryc. 12)



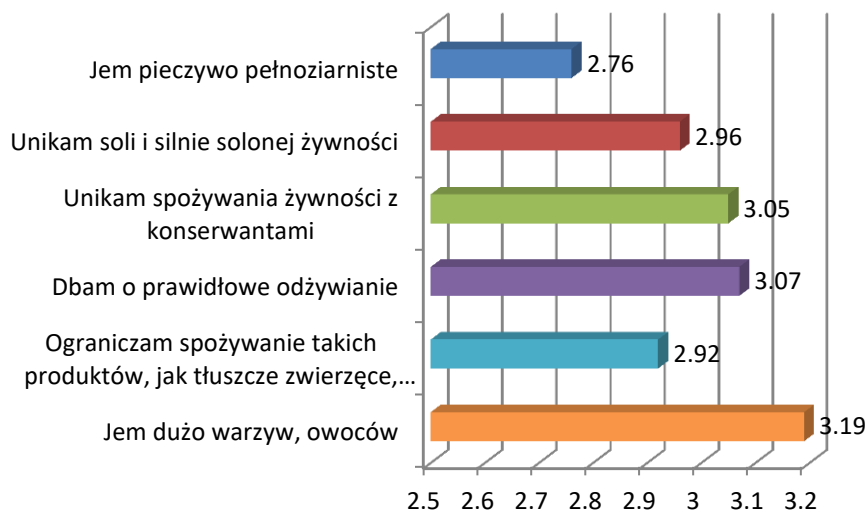
Rycina 12. Charakterystyka pozytywnych nastawień psychicznych badanych

W kategorii zachowań profilaktycznych ankietowani najwyżej ocenili twierdzenie odnoszące się do przestrzegania zaleceń lekarskich oraz znajomości numerów telefonów służb pogotowia. (ryc. 13)



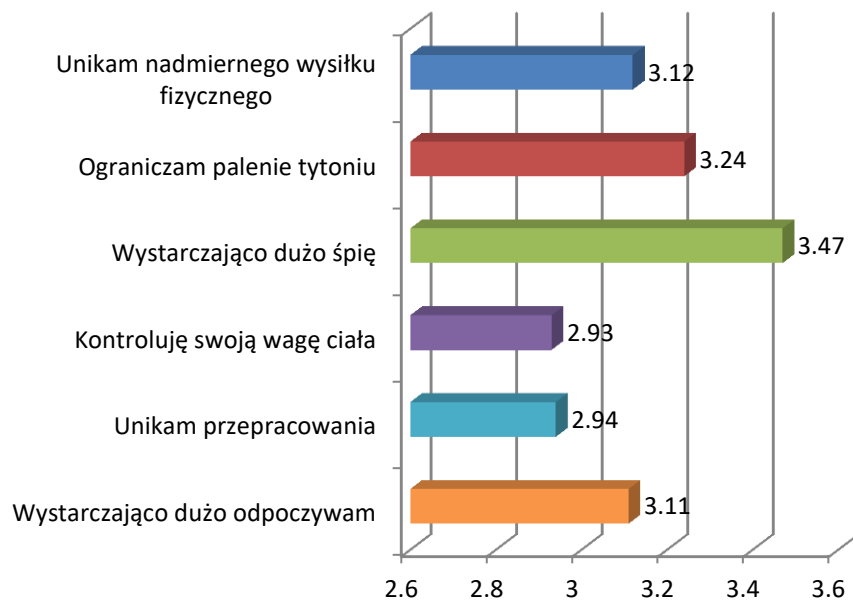
Rycina 13. Charakterystyka zachowań profilaktycznych

Oceniając w badanej grupie nawyki żywieniowe okazało się, że najwyższej oceniono twierdzenie „Jem dużo warzyw, owoców” ($M = 3,19$; $SD = 0,971$), zaś najniższej „Jem pieczywo pełnoziarniste” ($M = 2,76$; $SD = 1,084$) (ryc. 14)



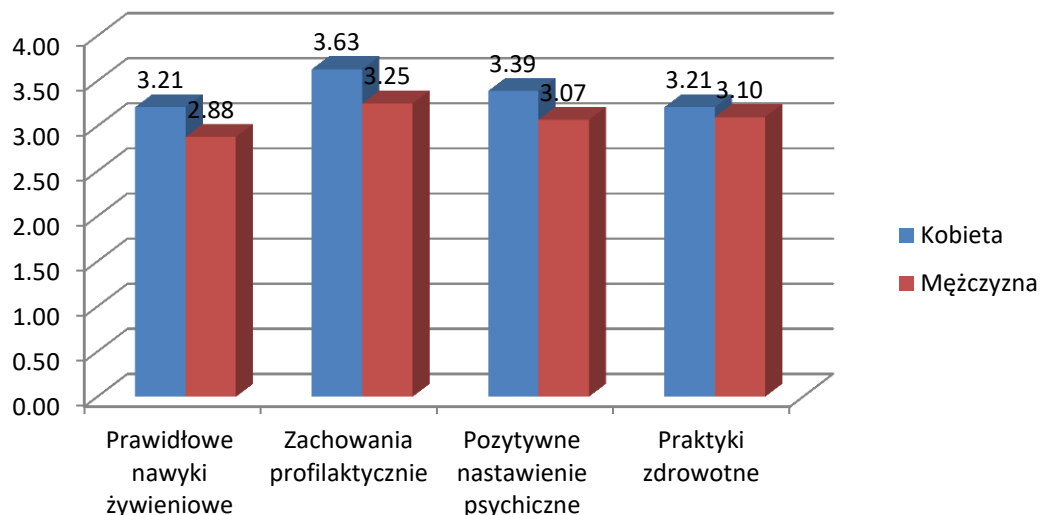
Rycina 14. Charakterystyka prawidłowych nawyków żywieniowych

W kategorii praktyki zdrowotne badani najwyższej ocenili „Wystarczająco dużo śpię” ($M = 3,47$; $SD = 1,04$) oraz „Ograniczam palenie tytoniu” ($3,24$; $SD=1,56$) Najniższe wyniki odnotowano w przypadku dwóch twierdzeń dotyczących kontroli masy ciała oraz unikania przepracowania. (ryc. 15)



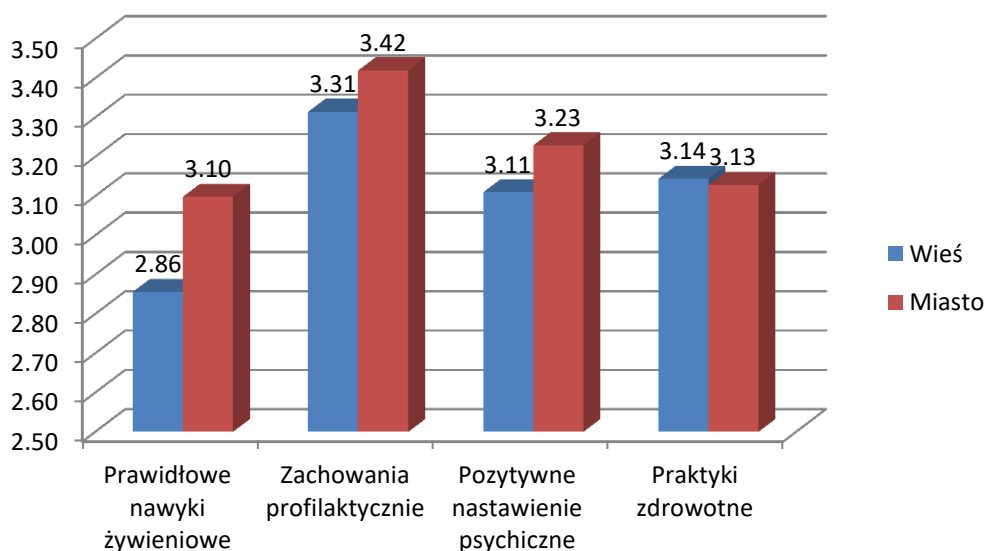
Rycina 15. Charakterystyka praktyki zdrowotnej

Płeć różnicuje zachowania zdrowotne badanych we wszystkich analizowanych dziedzinach. Analiza statystyczna wykazała, istotne statystycznie różnice w ocenie kobiet i mężczyzn w kategorii pozytywne nastawienie psychiczne ($p=0,015$), zachowania profilaktyczne ($p=0,010$), prawidłowe nawyki żywieniowe ($p=0,020$), praktyki zdrowotne ($p=0,012$). (ryc. 16)



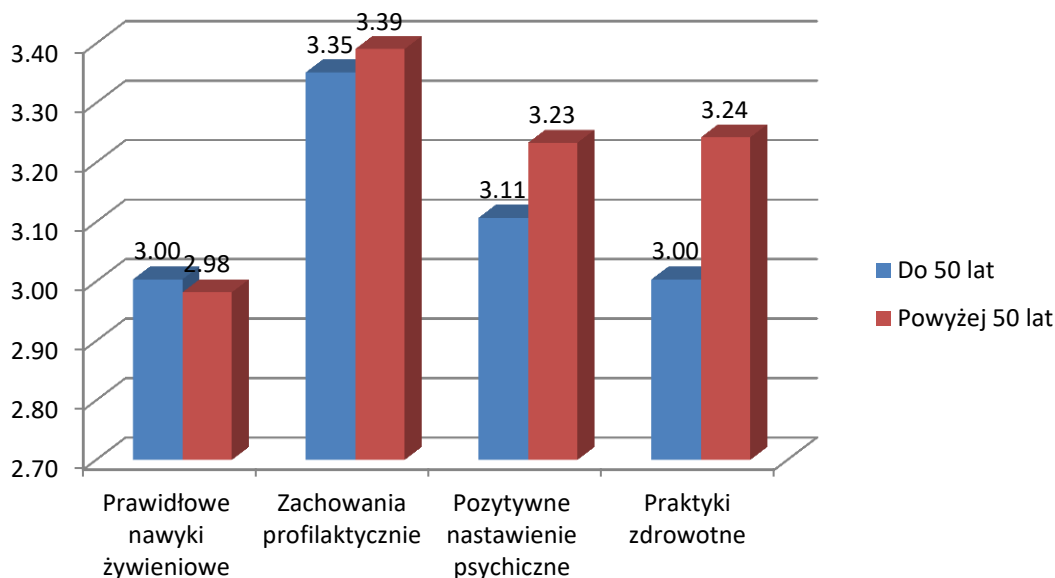
Rycina 16. Zachowania zdrowotne badanych a płeć

Ocenie poddano zachowania zdrowotne badanych w zależności od miejsca zamieszkania. Stwierdzono, że badani mieszkający w mieście prawie we wszystkich kategoriach zachowań zdrowotnych prezentowali wyższe wyniki. Jedynie praktyki zdrowotne lepiej oceniają badani mieszkający na wsi. (ryc. 17)



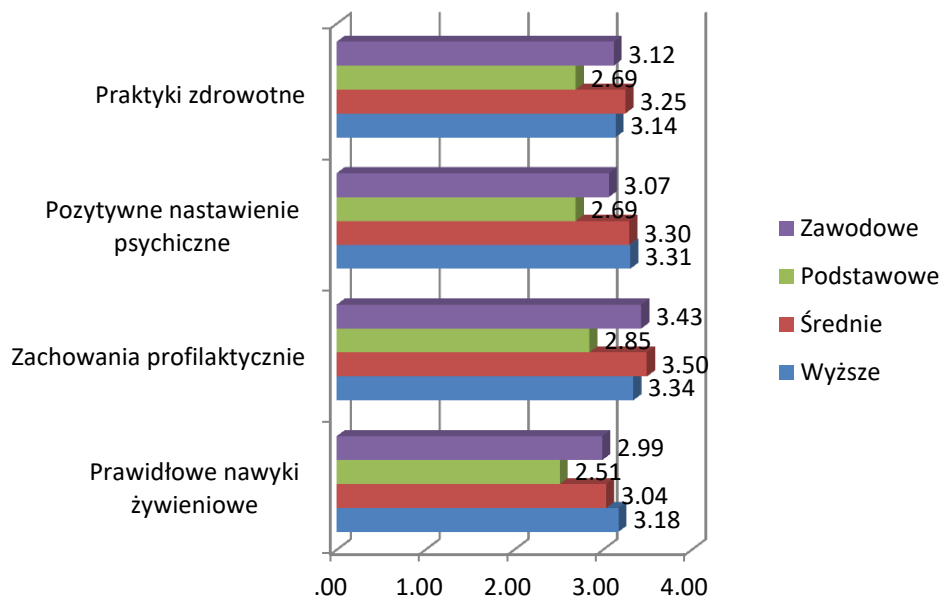
Rycina 17. Zachowania zdrowotne badanych a miejsce zamieszkania

Biorąc pod uwagę wiek badanych stwierdzono, że chorzy powyżej 50 roku życia najwyżej ocenili prawie wszystkie kategorie zachowań zdrowotnych. Jedynie prawidłowe nawyki żywieniowe nieco lepiej ocenili badani do 50 roku życia. Różnice w ocenie nie były istotne statystycznie. (ryc. 18)



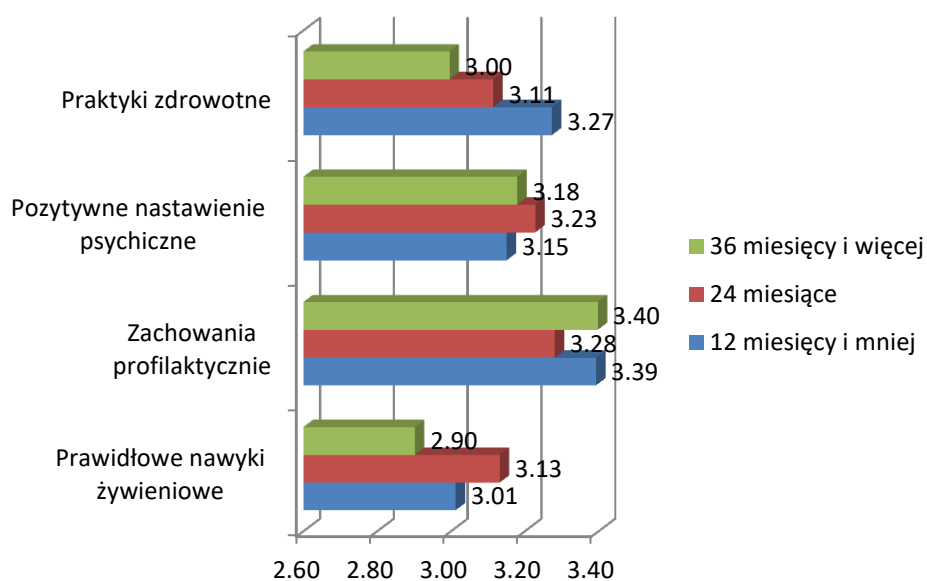
Rycina 18. Zachowania zdrowotne badanych a wiek

Biorąc pod uwagę wykształcenie badanych w ocenie zachowań zdrowotnych okazało się, że ankietowani posiadający wykształcenie średnie najwyżej ocenili swoje zachowania profilaktyczne, praktyki zdrowotne oraz wskaźnik zachowań zdrowotnych. Najniżej wszystkie kategorie zachowań zdrowotnych ocenione zostały przez badanych z wykształcenie podstawowym i zawodowym. Osoby posiadające wykształcenie wyższe najlepiej oceniły prawidłowe nawyki żywieniowe oraz pozytywne nastawienie psychiczne. Różnice w ocenie były istotne statystycznie w kategorii prawidłowych nawyków żywieniowych ($p=0,010$), zachowań profilaktycznych ($p=0,011$), pozytywnych nastawień psychicznych ($p=0,006$) oraz wskaźnik zachowań zdrowotnych ($p=0,005$). (ryc. 19)



Rycina 19. Zachowania zdrowotne badanych a wykształcenie

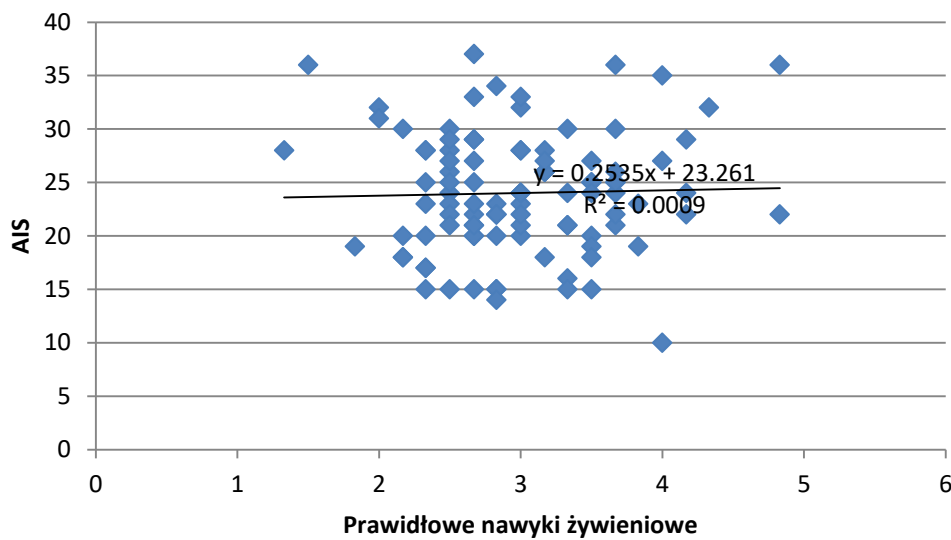
Czas chorowania wpływa na zachowania zdrowotne badanych. Prawidłowe nawyki żywieniowe najlepiej ocenili badani chorujący 2 lata, zachowania profilaktyczne ankietowani chorujący najdłużej (powyżej 3lat). Pozytywne nastawienie psychiczne najwyżej ocenili badani z 2 letnim stażem choroby. Praktyki zdrowotne najlepiej zostały ocenione przez badanych z najkrótszym stażem choroby. (ryc. 20)



Rycina 20. Zachowania zdrowotne badanych a czas trwania choroby

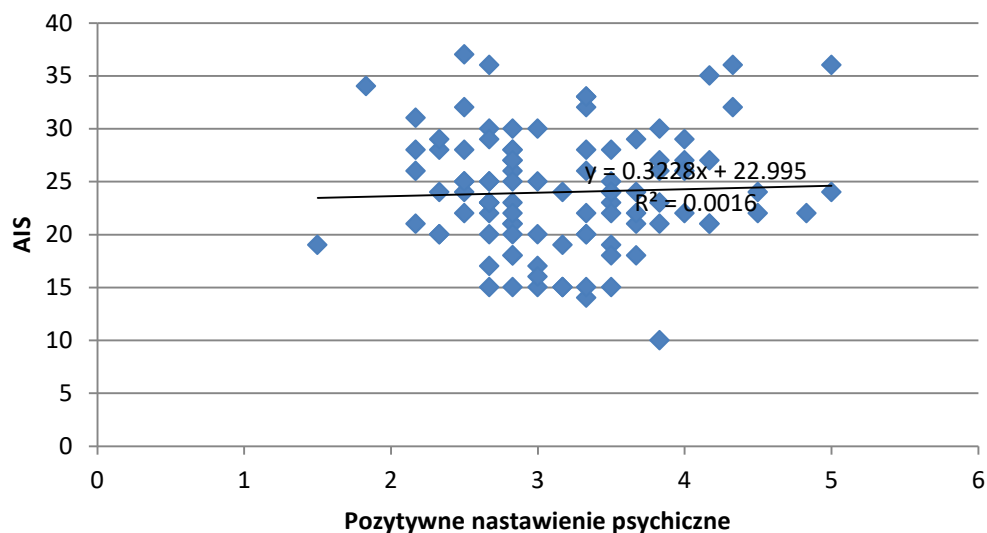
Akceptacja choroby nie koreluje z żadną kategorią zachowań prozdrowotnych takich jak: prawidłowe nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, pozytywne nastawienie psychiczne i praktyki zdrowotne oraz ze wskaźnikiem sumarycznym zachowań zdrowotnych. Obecne różnice nie były istotne statystycznie.

Nie stwierdzono zależności pomiędzy prawidłowymi nawykami żywieniowym a akceptacją choroby (ryc. 21).



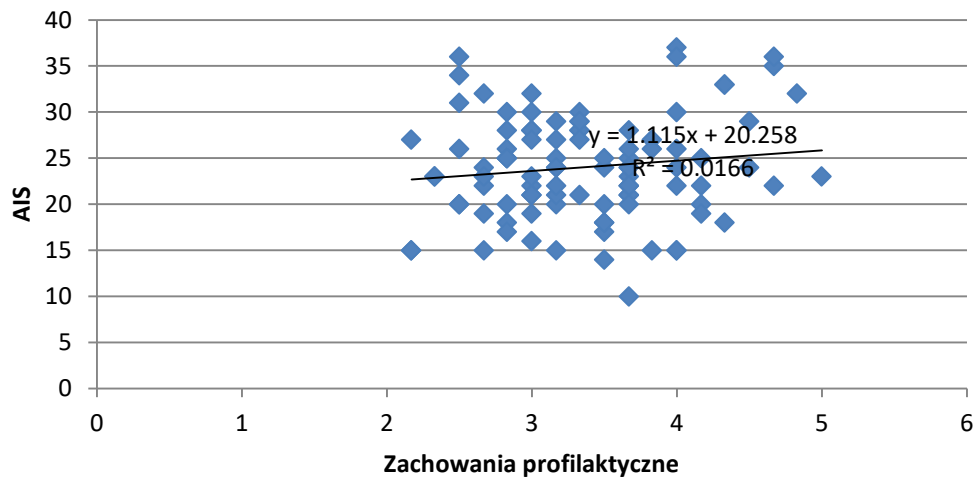
Rycina 21. Korelacja pomiędzy skalą AIS a prawidłowymi nawykami żywieniowymi

Nie stwierdzono również korelacji między akceptacją choroby a pozytywnym nastawieniem psychicznym. (ryc. 22)



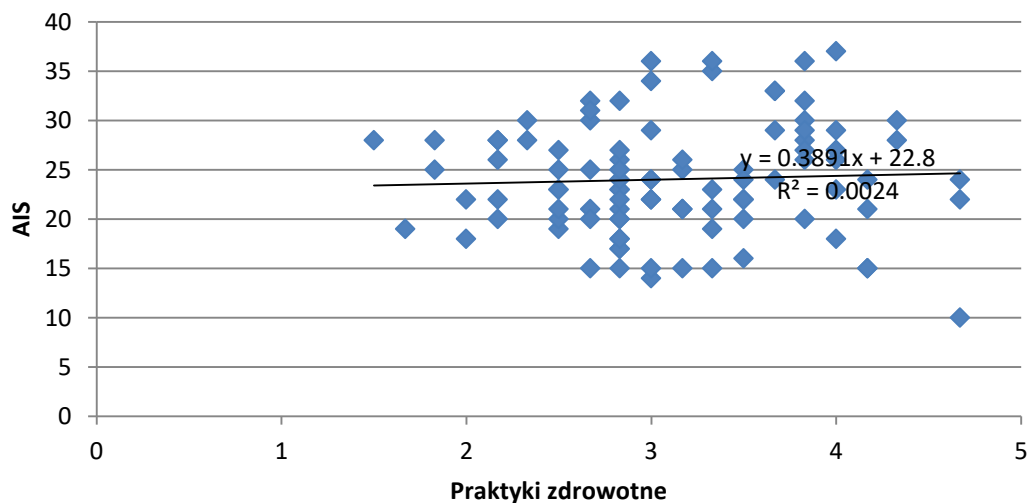
Rycina 22. Korelacja pomiędzy skalą AIS a pozytywnym nastawieniem psychicznym

Analiza statystyczna wykazała brak korelacji pomiędzy akceptacją choroby a zachowaniami profilaktycznymi chorych. (ryc. 23).



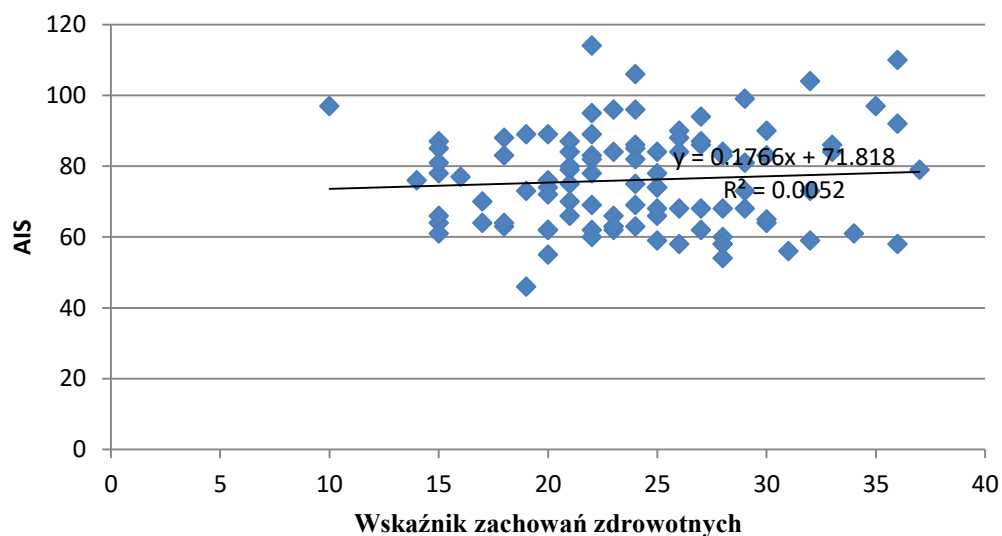
Rycina 23. Korelacja pomiędzy skalą AIS a zachowaniami profilaktycznymi

Nie stwierdzono związku pomiędzy akceptacją choroby a praktykami zdrowotnymi. (ryc. 24)



Rycina 24. Korelacja pomiędzy skalą AIS a praktykami zdrowotnymi

Nie istnieje zależność pomiędzy akceptacją choroby a wskaźnikiem zachowań zdrowotnych. (ryc. 25)



Rycina 25. Korelacja pomiędzy skalą AIS a wskaźnikiem zachowań zdrowotnych

Dyskusja

Marskość wątroby jest chorobą przewlekłą w której dochodzi do postępującej martwicy hepatocytów, co w konsekwencji prowadzi do zaburzeń w prawidłowym funkcjonowaniu tego narządu. Pojawienie się choroby w życiu każdej osoby jest ogromnym wyzwaniem ponieważ zmienia dotychczasowy styl życia, często doprowadza do rezygnacji i porzucenia dotychczasowych form aktywności życiowej. Ważnym elementem w walce z chorobą przewlekłą jest jej akceptacja.

Na podstawie badań własnych stwierdzono, że akceptacja choroby w grupie badanych z marskością wątroby jest na poziomie średnim. Z analizy skali AIS wynika, że chorzy najwyżej ocenili twierdzenia takie jak: „Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem”, „Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny” oraz „Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę”. Najniżej ze wszystkich aspektów ocenione zostały twierdzenia takie jak: „Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby”, „Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę”, „Z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię”.

W pracy zbadano poziom akceptacji choroby w zależności od wieku, płci, wykształcenia, miejsca zamieszkania i czasu trwania choroby. Z badań wynika, że duży wpływ na poziom akceptacji marskości wątroby ma wiek. Badani młodsi częściej akceptują swoją chorobę niż osoby powyżej 50 roku życia. Kolejną zmienną wpływającą na poziom akceptacji była płeć. Zauważono istotną statystycznie różnicę w akceptacji choroby pomiędzy

mężczyznami a kobietami. Większy poziom akceptacji choroby odnotowano u kobiet niż u mężczyzn. Do badań wykorzystano również zmienną jaką jest miejsce zamieszkania. Badania wykazały wyższy poziom akceptacji choroby u ankietowanych mieszkających w mieście niż na wsi. Kolejnym czynnikiem wpływającym na akceptację choroby był czas jej trwania. Z przeprowadzonych badań wynika, że im dłuższy okres trwania choroby tym poziom akceptacji jest mniejszy. Osoby chorujące 12 miesięcy lub mniej, wykazywali najwyższy poziom akceptacji choroby. Badani z dwuletnim stażem chorowania w mniejszym stopniu akceptowali swoją chorobę, najniższy poziom akceptacji prezentowali badani chorujący powyżej 3 lat i więcej. Kluczowym czynnikiem wpływającym na przystosowanie się do choroby było wykształcenie. Badania własne pokazały, że osoby z wykształceniem podstawowym bardziej akceptują swoją chorobę niż badani posiadający wykształcenie wyższe, średnie oraz zawodowe.

W pracy zbadano także zachowania zdrowotne chorych z marskością wątroby. Z badań wynika, że najwyżej ocenioną kategorią były zachowania profilaktyczne, nieco niżej pozytywne nastawienie psychiczne natomiast najniżej badani ocenili kategorię odnoszącą się do nawyków żywieniowych. Dane epidemiologiczne podają, że niedożywienie oraz nieprawidłowe żywienie w marskości wątroby powoduje pogorszenie stanu narządu od 50 do 90 %. [7,6].

W pracy dokonano również oceny zachowań zdrowotnych w zależności od wieku, płci, wykształcenia i czasu trwania choroby. Z badań wynika, że płeć różnicuje zachowania zdrowotne w dziedzinach takich jak: prawidłowe nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne oraz nastawienie psychiczne. Kobiety uzyskały wyższe wyniki co świadczy o większym nasileniu zachowań prozdrowotnych. Uzyskane wyniki były istotne statystycznie. Badając zachowania zdrowotne osób mieszkających na wsi oraz w mieście okazało się, że osoby z miasta w nieco większym stopniu przestrzegają zachowań zdrowotnych niż osoby mieszkające na wsi. Różnice w ocenie nie były istotne statystycznie. Z badań własnych wynika, że duży wpływ na zachowania zdrowotne ma wiek ankietowanych. Osoby poniżej 50 roku życia częściej przestrzegają zachowań zdrowotnych, niż badani powyżej 50 lat. Obecne różnice nie były istotne statystycznie.

Wykształcenie badanych okazało się silnym predykatorem zachowań zdrowotnych. Najwyższy poziom zachowań zdrowotnych stwierdzono w grupie chorych posiadających wykształcenie wyższe i średnie, najniższy w grupie z wykształceniem podstawowym i zawodowym. Duży wpływ na zachowania zdrowotne ma czas walki z chorobą. Osoby z najkrótszym stażem trwania choroby w największym stopniu przestrzegają zachowań

zdrowotnych. Najniższy posiadają badani z najdłuższym czasem trwania choroby. W pracy sprawdzono również wpływ akceptacji choroby na zachowania zdrowotne pacjentów z marskością. Okazało się, że nie ma zależności między akceptacją choroby a zachowaniami zdrowotnymi w żadnej z analizowanych kategorii.

Wnioski

1. Większość badanych z marskością wątroby prezentuje średni poziom akceptacji choroby (69%), 12% ankietowanych wysoki poziom natomiast 19 % badanych nie akceptuje swojej choroby.
2. Wiek wpływa na poziom akceptacji choroby. Badani młodsi do 50 roku życia częściej akceptują swoją chorobę niż ankietowani powyżej 50 lat.
3. Stwierdzono, że kobiety w większym stopniu niż mężczyźni akceptują swoją chorobę.
4. Czas trwania choroby wpływa na poziom jej akceptacji. Badani z najkrótszym stażem chorowania w większym stopniu akceptują swoją chorobę niż badani chorujący 2 czy 3 lata.
5. Stwierdzono, że osoby mieszkające w mieście w większym stopniu akceptują swoją chorobę niż badani mieszkający na wsi.
5. Badani prezentują średni poziom wiedzy na temat zachowań zdrowotnych. Najwyżej ocenioną kategorią były zachowania profilaktyczne najniżej prawidłowe nawyki żywieniowe.
6. Nie stwierdzono zależności między akceptacją choroby a zachowaniami zdrowotnymi w żadnej z analizowanych dziedzin.

Bibliografia

1. Juczyński Z.: *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Pracownia testów psychologicznych, Warszawa 2009
2. Jurczyński Z.: *Psychologiczne wyznaczniki przystosowania się do choroby nowotworowej*. *Psychoonkologia* 1997; lipiec–grudzień, nr 1.
3. Nakaya Y., Harada N., Kakui S.: *Protein – energy malnutrition in liver cirrhosis*. *Gastroenterology*, 2002 :37: 578 – 579.
4. Kaczmarczyk M.: *Poziom akceptacji choroby osób starszych zamieszkujących w różnych środowiskach*. *Stud. Med* 2008; 12: 29–33
5. Kurowska K, Lach B.: *Akceptacja choroby i sposoby radzenia sobie ze stresem u chorych na cukrzycę typu 2*. *Diabetol Prakt* 2011; 12(3): 113–119.

6. Kurowska K, Białasik B.: *Zachowania zdrowotne a radzenie sobie w chorobie u pacjentów Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (SOR)*. Now. Lek. 2009; 78(2): 113–122.
7. Walsh K., Graeme A.: *Alcoholic liver disease*. Postgrad. Med. J. 2000;76 280-286