

Czerwińska Pawluk, Iwona, Kowalska, Bożena, Zukow, Walery. Analysis of problems occurring in the care of a patient with liver cirrhosis. *Journal of Education, Health and Sport*. 2024;61:140-154. eISSN 2391-8306. <https://dx.doi.org/10.12775/JEHS.2024.61.009>
<https://apcz.umk.pl/JEHS/article/view/48825>
<https://zenodo.org/records/10674286>

The journal has had 40 points in Minister of Science and Higher Education of Poland parametric evaluation. Annex to the announcement of the Minister of Education and Science of 05.01.2024 No. 32318. Has a Journal's Unique Identifier: 201159. Scientific disciplines assigned: Physical culture sciences (Field of medical and health sciences); Health Sciences (Field of medical and health sciences). Punkty Ministerialne 40 punktów. Załącznik do komunikatu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 05.01.2024 Lp. 32318. Posiada Unikatowy Identyfikator Czasopisma: 201159. Przynależność dyscypliny naukowej: Nauki o kulturze fizycznej (Dziedzina nauk medycznych i nauk o zdrowiu); Nauki o zdrowiu (Dziedzina nauk medycznych i nauk o zdrowiu). © The Authors 2024; This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Nicolaus Copernicus University in Torun, 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 Share alike. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/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: 26.12.2023. Revised: 15.02.2024. Accepted: 17.02.2024. Published: 17.02.2024.

Analysis of problems occurring in the care of a patient with liver cirrhosis

Analiza problemów występujących w opiece nad pacjentem z marskością wątroby

1. Iwona Czerwińska Pawluk, Wincenty Pol Academy of Sciences in Lublin, University Children's Hospital in Lublin
2. Bożena Kowalska, Independent Public Health Care Center in Puławy, Observation and Infectious Disease Ward for Adults
3. Walery Zukow, Nicolaus Copernicus University in Torun, Poland

1. Iwona Czerwińska Pawluk, Akademia Nauk Sosownych Wincentego Pola w Lublinie, Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Lublinie
2. Bożena Kowalska, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach, Oddział Obserwacyjno-Zakaźny dla Dorosłych
3. Walery Zukow, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Polska

Abstract

Introduction: Liver cirrhosis is a disease whose development is influenced by many factors, including those related to lifestyle. The disease causes disturbances in the functioning of not only the liver but also many other organs and systems. During the course of the disease, there are a number of complications that affect the patient's functioning in all areas. Patients with liver cirrhosis require constant and systematic treatment and comprehensive care, including care provided by nursing staff.

Purpose of research: Analysis of problems occurring in the care of patients with liver cirrhosis

Material and methods: The study included 103 patients with liver cirrhosis, hospitalized from October 10, 2022 to April 10, 2023, in the Observation and Infection Ward for Adults of the SPZOZ in Puławy. The method used in the work was a diagnostic survey, the technique was a survey, and the research tool was an original survey questionnaire developed for the needs of the research.

Results: Patients with liver cirrhosis have many problems of a physical nature and related to non-compliance with medical recommendations, which may affect the inhibition of the progression of the disease, the prevention of complications and the improvement of the general condition.

Conclusions:

1. Patients with liver cirrhosis have a number of physical problems, the knowledge of which may affect the organization of work of nursing staff, facilitate the identification of problems, help determine the goal of care and plan nursing interventions.
2. Not all respondents followed the specialist's recommendations, including: in the field of pharmacotherapy, dietary recommendations, performing check-ups, reporting for follow-up visits and physical activity.
3. An important element in the care of a patient with liver cirrhosis is patient education and motivation to follow recommendations that are important in stopping the progression of the disease, preventing complications and improving the general condition.

Key words: Liver cirrhosis; Nursing care; Problems in care; Patient education; Adherence to recommendations

STRESZCZENIE

Wstęp: Marskość wątroby jest chorobą, na której rozwój wpływ ma wiele czynników, w tym związanych ze stylem życia. Choroba jest przyczyną zaburzeń w funkcjonowaniu nie tylko wątroby ale także wielu innych narządów i układów. W przebiegu choroby występuje szereg powikłań mających wpływ na funkcjonowanie pacjenta we wszystkich sferach. Pacjenci z marskością wątroby wymagają stałego i systematycznego leczenia i kompleksowej opieki, w tym opieki sprawowanej przez personel pielęgniarski.

Cel badań: Analiza problemów występujących w opiece nad pacjentem z marskością wątroby

Material i metody: Badaniem objęto 103 pacjentów z marskością wątroby, hospitalizowanych w okresie od 10 października 2022 roku do 10 kwietnia 2023 roku. w Oddziale Obserwacyjno-Zakaźnym dla Dorosłych SPZOZ w Puławach. Metodą wykorzystaną w pracy był sondaż diagnostyczny, techniką ankietą, a narzędziem badawczym autorski kwestionariusz ankiety opracowany na potrzeby badań.

Wyniki: U pacjentów z marskością wątroby występuje wiele problemów natury fizycznej oraz związanych z nieprzestrzeganiem zaleceń lekarskich w zakresie mogącym mieć wpływ na zahamowanie postępu choroby, profilaktykę powikłań i poprawę stanu ogólnego.

Wnioski:

1. U pacjentów z marskością wątroby jest szereg problemów natury fizycznej, których znajomość może mieć wpływ na organizację pracy personelu pielęgniarskiego, może ułatwić identyfikację problemów, pomóc w określaniu celu opieki i planowaniu interwencji pielęgniarskich.
2. Nie wszyscy badani stosowali się do zaleceń lekarza specjalisty, m.in. w zakresie farmakoterapii, zaleceń dietetycznych, wykonywania badań kontrolnych, zgłaszania się na wizyty kontrolne oraz w zakresie aktywności fizycznej.
3. Ważnym elementem w opiece nad pacjentem z marskością wątroby jest edukacja chorego i jego motywacja do przestrzegania zaleceń istotnych w zahamowaniu postępu choroby, profilaktyce powikłań i poprawie stanu ogólnego.

Słowa kluczowe: Marskość wątroby; Opieka pielęgniarska; Problemy w opiece; Edukacja chorego; Przestrzeganie zaleceń

Analysis of problems occurring in the care of a patient with liver cirrhosis

The liver is the largest gland in the human body, responsible for numerous processes, including the synthesis of endogenous amino acids, production of hormones, enzymes, bile, and cholesterol. It serves detoxification, filtration, and storage functions for nutrients and vitamins, activates vitamin D, and participates in the fight against pathogens [1, 10, 12]. In many patients, liver cirrhosis is the final stage of chronic liver disease, which initiates fibrosis and the development of nodules called regenerative, resulting in disturbances in the structure and function of the organ. Risk factors for liver cirrhosis include: HBV and HCV infection, alcohol abuse, substance use, chronic medication use, and dietary errors [5, 8].

The number of patients with liver cirrhosis is difficult to estimate. It is roughly estimated to affect 4 to 10% of the population. The incidence of liver cirrhosis is 200-300/100,000 inhabitants. The prevalence of the disease in a given area depends on many factors, including:

Alcohol consumption levels

Dietary habits

Behaviors affecting the frequency of viral infections

Differences in disease prevalence are also due to the occurrence of diseases in a specific area that increase the risk of liver cirrhosis. For example, in Western European countries, there is a visible decrease in the number of deaths from the disease, while in Central and Eastern European countries, the number of deaths from the disease is constantly increasing [18, 19].

Liver cirrhosis is the 11th leading cause of death worldwide, with men being affected twice as often as women [20].

Liver cirrhosis is a preventable disease. The basis is actions aimed at avoiding risk factors related to the patient's lifestyle, i.e. following the principles of a rational diet, practicing physical activity, and stopping drinking alcohol. Actions that minimize the risk of hepatitis B and hepatitis C infection are also important (e.g. use of condoms and spermicides, vaccinations, avoidance of treatments that violate the continuity of the skin) [16, 17].

The basis for diagnosing the disease is a properly conducted interview with the patient and/or his caregivers, physical examination, laboratory tests, imaging tests, assessment of the degree of fibrosis and differential diagnosis [19].

The interview allows you to obtain information about factors that may cause damage to the liver structure and disturbances in its function. During the interview, attention should be paid to the patient's current lifestyle and behaviors that predispose him to the development of chronic liver diseases. Information about chronic diseases and medications used, alcohol abuse, the patient's eating habits, and the patient's exposure to toxins and substances that may cause damage to the liver structure and disturbances in its function is important. Information about family history of liver disease and hepatitis B and/or C infection is also important [19].

Patients with liver cirrhosis require comprehensive medical care. Treatment largely depends on the cause of the disease and the complications occurring [14]. The basic goal of treating a patient with liver cirrhosis is to slow down/stop the progression of the disease, control symptoms, and improve the patient's quality of life [3]. As part of the therapy, it is necessary to eliminate the causative factor as far as possible, e.g. treatment of HBV and HCV infection, complete cessation of drinking alcohol, cessation of taking medications that have a negative effect on the liver, introduction of dietary restrictions, and in the case of patients performing heavy physical work, exposed to inhalation of fumes paints, varnishes and limitation of professional activity [4, 13, 17].

Dietary treatment plays an important role in the treatment of a patient with liver cirrhosis. The diet should be established together with a dietitian. The caloric value of meals consumed per day depends on the patient's nutritional status and should be approximately 35-40 kcal/kg body weight/day. In case of malnutrition, the caloric value of meals should be increased to 42-45 kcal/kg body weight/day. In patients with significant weight loss, meals should be enriched with foodstuffs such as NutriDrinks. The patient should eat at least 5 meals a day. Meals should be easily digestible and contain small amounts of fiber. Fresh products should be used to prepare meals. To reduce swelling in the lower limbs and abdominal cavity, the patient must limit salt intake. It is necessary to supplement the deficiency of vitamins, calcium and trace elements such as selenium and zinc. Mineral water used for drinking should contain a small amount of sodium [4, 7].

An important aspect of therapy is for patients to undertake regular physical activity, adapted to the clinical condition of the disease. Moderate, regular physical activity allows you to maintain a constant body weight, improve the overall condition of the body and the functioning of the digestive glands [4].

Liver cirrhosis causes many complications that may pose a serious threat to the patient's health and even life. Therefore, one of the goals of treatment is to prevent complications such as: hemorrhages from esophageal varices, hepatic encephalopathy, and treatment-resistant ascites [17].

Patients with liver cirrhosis experience a number of problems that concern various areas of human functioning: physical, mental and spiritual. The consequences of the disease also concern the socio-economic sphere. The disease may result in a deterioration of the quality of life of the patient and those close to him, disturbances in interpersonal relationships, the need for close relatives to take care of the patient, and incurring additional costs related to the treatment and care of the patient [6].

Care for a patient with liver cirrhosis should be multidisciplinary. The therapeutic team includes a doctor, nurse, dietician, psychologist, patient and people supporting him in his illness. The nursing staff takes care of the patient at all stages of the disease, participating in the process of diagnosis, treatment and monitoring of therapy, prevention of complications and their early diagnosis, and in preparing the patient/his caregivers for self-care and self-care. Provides psychological and social support to the patient and/or his/her caregivers. It is important to regularly monitor liver condition, function and complications.

Due to frequent contact with patients with liver cirrhosis, the co-author of this work, while preparing to defend her master's thesis, attempted to analyze the problems occurring in

the care of patients with liver cirrhosis. For the purposes of this study, the main problem was formulated: What problems occur in the care of patients with liver cirrhosis? The main problem formulated in this way was the basis for formulating detailed problems:

1. Is there a relationship between the gender, age of the subjects and the cause of the disease?
2. Does the gender and duration of the disease relate to the occurrence of specific symptoms in the patient?
3. Is there a relationship between the education of the respondents and compliance with the recommendations regarding regular examinations, attending follow-up visits to a specialist, and following dietary recommendations?
4. Is there a relationship between the respondents' education and the nature of their work and taking up physical activity?

For the purposes of the work, a diagnostic survey method, a survey technique and a tool in the form of an own questionnaire were used.

The study included patients with liver cirrhosis, hospitalized in the Observation and Infectious Diseases Ward for Adults of the Independent Public Health Care Center in Puławy, at ul. Józefa Bema 1. The research was conducted in the period from October 10, 2022 to April 10, 2023. Participation in the research was voluntary and anonymous. The study participants completed the survey with the participation of an interviewer. The data obtained during the study were analyzed using the SPSS package. Statistical description and statistical inference methods were used to analyze the results. Chi square test analysis was used to check the relationship between variables.

Results

103 patients participated in the study. The study participants were diverse due to gender, age, place of residence, nature of work performed and the time that had passed since the diagnosis of the disease. A larger percentage of respondents were women - 60.2% (n = 62). Men constituted 39.8% (n=41) of all respondents. The largest group of respondents were people aged 50-59, and the least numerous were under 30 (3.9%). Taking into account the place of residence, the majority of respondents were people living in rural areas (69.4). In terms of education, the largest group of respondents were people with secondary education (56.3%), and the least numerous were patients with vocational and primary education (14.6% of all respondents). Taking into account the professional activity of the respondents, 43.7% of the respondents were manual workers, 27.2% were people performing mixed work (physical and mental) and 11.7% were white-collar workers. Unemployed people constituted 17.5% of all respondents. Men worked physically more often than women. The largest percentage were

people diagnosed with the disease within the last five years (37.9%), followed by those with a disease duration of less than one year - 36.9%. Patients treated for the disease for five to ten years constituted 11.7% of all respondents, for 10-15 years - 9.7%, and those suffering from the disease for over 15 years constituted 3.9% of all respondents.

There are many factors that increase the risk of developing liver cirrhosis, and their awareness may be important in preventing the disease and, in the case of an existing disease, in stopping its progression. The respondents were asked to indicate the factors that were/could have been the cause of the disease. The analysis of the data shows that the main cause of the disease in most respondents was alcohol abuse (47.6% of respondents), less frequently taking medications (13.6%), hepatitis C infection (12.6%), metabolic diseases (10.7%). The causes least frequently indicated by respondents were: hepatitis B (7.8%) and autoimmune diseases (5.8%).

In most patients, the disease was progressive and its clinical picture was varied. The symptoms experienced by patients largely depend on the stage of the disease and the patient's compliance with pharmacotherapy and lifestyle recommendations. In the advanced stage of the disease, symptoms affect almost all systems and organs. Typical symptoms of the disease include: fatigue, weakness, loss of appetite, weight loss, abdominal discomfort or pain, nausea, vomiting, sleep disturbances, jaundice, enlargement of the liver and spleen, and swelling of the limbs. In some patients, the pressure in the portal vein increases, which results in dilatation of the blood vessels of the esophagus and stomach [8, 9]. Blood coagulation disorders are a serious problem, resulting from reduced hepatic synthesis of coagulation factors, increased fibrinolysis, and platelet deficiency, which causes a tendency to bruise, prolonged bleeding time and longer wound healing time. In some patients, problems include hypercoagulability, endocrine problems, enlarged abdominal circumference, and vascular lesions (spider veins, telangiectasia) occurring on the trunk, face and upper limbs [2, 3, 10, 20]. In advanced cirrhosis, brain function disorders, called hepatic encephalopathy, occur, which manifests itself as disorientation, impaired concentration, difficulty in thinking, hand tremors, confusion, drowsiness, and in extreme cases, coma [15].

Due to the multitude of problems related to the physical sphere, the respondents were asked to indicate the symptoms they experience. The analysis shows that more than half of the respondents (58.3%) noticed a loss of appetite and unintentional weight loss before the diagnosis of the disease. Other problems indicated by a significant percentage of respondents include: weakness and rapid fatigue (83.5%), pain in the right hypochondrium (75.7%), which intensifies at various times of the day, skin itching (53.9%), frequent low-grade fever (42.7%),

abdominal bloating, nausea and vomiting (39.6%), yellow skin (32.4%), diarrhea (30.7%), spider veins and tendency to bruise (24.5 %). Symptoms less frequently indicated by respondents include: ascites (15.8%), discoloration of nails (9.8%), dilated veins on the abdominal skin (6.9%), bleeding from the nose and gums (5.9%). , enlargement of the liver and spleen (3.6%), smooth tongue (3.0%), presence of palmar and/or plantar erythema (1%).

Table 1. Physical problems in patients with cirrhosis

Symptoms Prevalence in %

Loss of appetite and unintentional weight loss 58.3%

Weakness, getting tired quickly 83.5%

Pain in the right hypochondrium 75.7%

Skin itching 53.9%

Yellow skin discoloration 32.4%

Spider veins and tendency to bruise 24.5%

Discoloration on nails 9.8%

Dilated venous vessels on the abdominal skin 6.9%

Presence of palmar and/or plantar erythema 1.0%

Enlargement of the liver and/or spleen 43.6%

Abdominal distension, nausea and vomiting 39.5%

Diarrhea 30.7%

Ascites 15.8%

Bleeding from the nose and gums 5.9%

Tongue smoothing 3.0%

Frequent low-grade fever 42.7%

Source: study based on research results

As part of disease control, patients should follow recommendations regarding: pharmacotherapy, lifestyle, regular examinations and regular check-ups with a specialist. From the analysis of the study results, it is known that not all patients complied with these recommendations. Only 66% of all respondents followed the pharmacotherapy recommendations, and 67% of the respondents followed the dietary recommendations. 72.8% of respondents indicated regular check-ups and visits to a specialist.

A significant percentage of respondents were physically inactive (44.7%). Only 55.3% of respondents were physically active, and their activity averaged from 15 to 30 minutes a day

(38.8%). The most popular form of activity among the respondents was walking (73.1%), cycling (34.3%). 4.5% of respondents indicated such forms of activity as: running, swimming, dancing.

Statistical analyzes indicated differences between the causes of the disease and the gender of the respondents, but these differences were not statistically significant. Alcohol abuse was a significantly more frequent cause of the disease in men than in women ($\text{Chi}^2(5) = 3.49$; $p = 0.625$), while autoimmune hepatitis was a more common cause of the disease in women than in men ($\text{Chi}^2(5) = 4.41$; $p = 0.492$). The relationship between the duration of the disease and the occurrence of some symptoms has been confirmed. Hepatosplenomegaly ($\text{Chi}^2(4) = 9.3$; $p = 0.054$) and tongue smoothing ($\text{Chi}^2(4) = 10.19$; $p = 0.037$) were more common in patients with longer disease duration. The study confirmed a statistically significant relationship between the respondents' education and compliance with dietary recommendations. The majority of people following dietary recommendations were respondents with higher education: $\text{Chi}^2(1) = 8.50$; $p = 0.037$. Chi square test analysis result: $\text{Chi}^2(1) = 6.38$; $p = 0.094$ confirmed differences at the level of statistical tendency ($0.10 > p > 0.05$) between the nature of work performed and physical activity. Patients working physically and not working more often indicated lack of physical activity than people working mentally and performing mixed work. The study confirmed the existence of statistically significant differences between the respondents' education and physical activity. The existence of significant differences in this respect is indicated by the result of the Chi square test: $\text{Chi}^2(1) = 11.69$; $p = 0.009$. confirming that people with higher education were more likely to engage in physical activity.

The results of the analyzes did not confirm the relationship between the cause of the disease and the age of the subjects, nor the relationship between the occurrence of symptoms and the gender of the subjects ($\text{Chi}^2(1) = 0.45$; $p = 0.504$). There was also no relationship between the duration of the disease and the occurrence of symptoms such as: diarrhea - $\text{Chi}^2(4) = 4.22$; $p = 0.377$, flatulence, nausea and vomiting - $\text{Chi}^2(4) = 2.33$; $p = 0.674$, ascites - $\text{Chi}^2(4) = 4.77$; $p = 0.312$, bleeding from the nose and gums - $\text{Chi}^2(4) = 1.64$; $p = 0.802$. The study did not confirm the relationship between the education of the respondents and regular testing and reporting for follow-up visits. This is confirmed by the statistically insignificant test result Chi square: $\text{Chi}^2(1) = 1.10$, $p = 0.777$.

Discussion

In the care of patients with liver cirrhosis, there are a number of problems caused by many factors. Knowing them may influence the organization of the work of nursing staff,

facilitate the identification of problems, help determine the goal of care and plan nursing interventions.

To obtain an answer to the main problem, research was carried out on 103 patients with liver cirrhosis, hospitalized from October 10, 2022 to April 10, 2023 in the Observation and Infectious Diseases Ward for Adults of the SPZOZ in Puławy. For the purposes of the work, a diagnostic survey method, a survey technique and a research tool such as a survey questionnaire were used. The study participants were informed about the purpose of the study and that participation in the study was voluntary and anonymous. The study participants included 39.8% men (n = 41) and 60.2% women (n = 62). The largest group of respondents were patients aged 50-59, with secondary education (56.3%). The majority of respondents were professionally active people (82.5%), of which the largest percentage were people working physically.

Statistical analyzes show that the main cause of liver cirrhosis in men was alcohol abuse, and in women it was autoimmune hepatitis, although these differences were not statistically significant.

The subjects experienced various symptoms that did not exclusively concern the liver. Before the diagnosis of the disease, 58.3% of respondents experienced loss of appetite and unexpected weight loss. A typical symptom of the disease among the respondents was pain located in the right hypochondrium (75% of the respondents). Pain in the subjects most often intensified in the evening, rarely at night. The majority of respondents had problems with weakness and easy fatigue (83.5%), low-grade fever (42.7%), enlargement of the liver and spleen, as well as flatulence, nausea and vomiting (43.6%). The respondents were least likely to mention symptoms such as bleeding from the nose and gums and a smooth tongue. Enlargement of the liver and/or spleen and smoothing of the tongue were most often a problem in subjects with the longest duration of the disease. In a small percentage of respondents, skin symptoms were a problem (skin itching, jaundice, palmar and/or plantar erythema).

The analyzes show that not all respondents followed the recommendations of a specialist, including: in the field of pharmacotherapy, dietary recommendations, performing check-ups, reporting for follow-up visits and physical activity. Only 72.8% of respondents regularly performed check-ups and visited a specialist. Recommendations regarding pharmacotherapy were followed by only 66% of all respondents, and dietary recommendations by 67% of respondents (more often patients with higher education).

The problem also concerned physical activity among the respondents. Only 55.3% of respondents were physically active for 15 to 30 minutes a day. The most common form of physical activity was walking (73.1%) and cycling (34.3%). It was noticed that people working physically were less likely to engage in physical activity, and patients with higher education were more likely to do so.

Conclusions

The analysis of the research material was the basis for formulating the following conclusions:

1. There are a number of physical problems in patients with liver cirrhosis, the knowledge of which may affect the organization of work of nursing staff, may facilitate the identification of problems, help determine the goal of care and plan nursing interventions.
2. Not all respondents followed the specialist's recommendations, including: in the field of pharmacotherapy, dietary recommendations, performing check-ups, reporting for follow-up visits and physical activity.
3. An important element in the care of a patient with liver cirrhosis is patient education and motivation to follow recommendations that are important in stopping the progression of the disease, preventing complications and improving the general condition.

Literature

1. Aleksandrowicz R, Cizek R, Krasucki K., Human anatomy. Repetition based on Human Anatomy by A. Bochenek and M. Reicher, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warsaw 2014.
2. Bende F, Sporea I, Şirli R, Nistorescu S, Fofiu R, Bâldea V, Popescu A. The performance of a 2-dimensional shear-wave Elastography technique for predicting different stages of liverfibrosis using transient Elastography as the control method. *Ultrasound Quarterly*. 2020; 37(2): pp. 97-104.
3. Dutkiewicz E. Liver cirrhosis – diagnosis and treatment. *Medycyna po Dyplomie* 2018, 27, (1), 49-58.
4. Ha Y, Jeong I, Kim TH. Alcohol-Related Liver Disease: An Overview on Pathophysiology, Diagnosis and Therapeutic Perspectives. *Biomedicines* 2022, 10, 2530.
5. Hartleb M. When to suspect liver cirrhosis? *Medicine after Diploma* 2017; 26(5): 42-47.
6. Ionescu VA, Diaconu CC, Bungau S, Jinga V, Gheorghe G. Current Approaches in the Allocation of Liver Transplantation. *J.Pers. Med.* 2022, 12, 1661.
7. Javaid N, Iqbal AZ, Hameeda M. Nutritional management of liver cirrhosis and its complications in hospitalized patients. *Arq Gastroenterol.* 2021; pp. 58(2): 246-252.

8. Kosiorowska A., Hartleb M., Kajor M., Komenda J. Liver cirrhosis in a previously healthy 68-year-old man. *Practical Gastroenterology* 2016; 8(1): 67-69.
9. Kowala-Piotrkowska A. (ed.) *Liver cirrhosis - causes, symptoms and dietary management*, Scientific Publishing House of the Medical University of Warsaw. Karol Marcinkowski in Poznań, Poznań 2013.
10. Narkiewicz, O., Dziewiątkowski, J., and Scisłowska, S. *Human anatomy. Handbook for students*. PZWL Medical Publishing House, Warsaw 2015.
11. Romano M.M., Aranda-Michel J., *Nutrition in liver diseases, Dietetics and clinical nutrition*, edited by Chojnacki J., Wrocław 2013, 147–157.
12. Słomka, M., Sobaniec, P. Liver - structure and functions. *Hygeia Public Health* 2015; 50(4): 499-504.
13. Wosek P., Gozdowska J., Durlik M. Analysis of changes in treatment regimens for chronic hepatitis due to HCV infection over the years. *Nephrol Forum*. 2016; 9: 178–188.
14. <https://www.termedia.pl/mafld/Epidemiologia-marskosci-na-swiecie-wyniki-Global-Burden-of-Disease-Study,39232.html>
15. https://www.umw.edu.pl/sites/default/files/files/konferencje/2021/05/Nursing_problems_of_the_patient_with_cirrhosis_hepatitis_study_case.pdf.
16. <https://www.medonet.pl/choroby-od-a-do-z/choroby-narzadow-wewnetrznych,marskosc-watroby,artykul,1696239.html>.
17. <https://www.mp.pl/pacjent/gastrologia/choroby/watroba/50969,marskosc-watroby> (accessed February 1, 2023).
18. Bei Li, Chuan Zhang, Yu-Tao Zhan: Nonalcoholic Fatty Liver Disease Cirrhosis: A Review of Its Epidemiology, Risk Factors, Clinical Presentation, Diagnosis, Management, and Prognosis. *Can J Gastroenterol Hepatol*. 2018; 2018: 2784537, accessed 12/01/2024
19. Simon K. ed.: *Infectious diseases of the liver and biliary tract*. 2nd edition Ed. Termedia. Poznań 2015
20. <https://www.mp.pl/pacjent/gastrologia/choroby/watroba/50969,marskosc-watroby-objawy-przyczyny-leczenie>, accessed 12/01/2024

Analiza problemów występujących w opiece nad pacjentem z marskością wątroby

Wątroba to największy gruczoł w ludzkim organizmie, w którym zachodzi wiele procesów, m.in. synteza endogennych aminokwasów, produkcja hormonów, enzymów, żółci, cholesterolu. Narząd ten pełni funkcję dotoksykacyjną, filtracyjną oraz funkcje związane z magazynowaniem składników odżywczych i witamin, aktywacją witaminy D, bierze udział w zwalczaniu patogenów chorobotwórczych [1, 10, 12]. U wielu pacjentów marskość wątroby jest ostatnim stadium przewlekłej choroby tego narządu, która zapoczątkowuje włóknienie i rozwój guzków, zwanych regeneracyjnymi, efektem czego są zaburzenia struktury i funkcji narządu. Czynniki zwiększającymi ryzyko marskości wątroby są m.in.: zakażenie wirusem HBV i HCV, nadużywanie alkoholu, stosowanie używek, przewlekłe stosowanie leków, błędy dietetyczne [5, 8].

Liczba pacjentów z marskością wątroby jest trudna do oszacowania. Szacuje się, że problem dotyczy od 4 do 10% populacji. Zapadalność na marskość wątroby wynosi 200–300/100 000 mieszkańców. Częstość występowania choroby na danym obszarze zależy od wielu czynników, w tym: od poziomu spożycia alkoholu, zwyczajów żywieniowych, zachowań mających wpływ na częstość zakażeń wirusowych. Różnice w częstości występowania choroby uwarunkowane są także występowaniem na określonym obszarze chorób zwiększających ryzyko marskości wątroby. I tak np. w państwach Europy Zachodniej widoczny jest spadek liczby zgonów z powodu choroby, natomiast w krajach Europy Centralnej i Wschodniej liczba zgonów z powodu choroby stale wzrasta [18, 19]. Marskość wątroby jest 11. co do częstości przyczyną zgonów na świecie, przy czym mężczyźni chorują 2 razy częściej niż kobiety [20].

Marskość wątroby jest chorobą, której można zapobiegać. Podstawą są działania mające na celu unikanie czynników ryzyka związanych ze stylem życia pacjenta, to jest przestrzeganie zasad racjonalnego odżywiania się, uprawianie aktywności fizycznej, zaprzestanie picia alkoholu. Ważne są też działania minimalizujące ryzyko zakażenia WZW typu B i WZW typu C (np. stosowanie prezerwatyw i środków przeciwbólowych, szczepienia ochronne, unikanie zabiegów naruszających ciągłość skóry) [16, 17].

Podstawą diagnostyki choroby jest właściwie przeprowadzony wywiad z pacjentem i/ lub jego opiekunami, badanie fizykalne, badania laboratoryjne, badania obrazowe, ocena stopnia zaawansowania włóknienia oraz diagnostyka różnicowa [19].

Wywiad pozwala na uzyskanie informacji na temat czynników mogących być przyczyną uszkodzenia struktury wątroby i zaburzeń jej funkcji. Podczas wywiadu należy zwrócić uwagę na dotychczasowy styl życia pacjenta i zachowania predysponujące do rozwoju chorób przewlekłych wątroby. Ważne są informacje na temat chorób przewlekłych i stosowanych leków, nadużywania alkoholu, nawyków żywieniowych pacjenta, narażenia pacjenta na toksyny i substancje mogące być przyczyną uszkodzenia struktury wątroby i zaburzeń jej funkcji. Nie bez znaczenia są informacje na temat chorób wątroby w rodzinie, zakażenia WZW typu B i/ lub C [19].

Pacjenci z marskością wątroby wymagają kompleksowej opieki medycznej. Leczenie w dużym stopniu uzależnione jest od przyczyny choroby i występujących powikłań [14]. Podstawowym celem leczenia pacjenta z marskością wątroby jest spowolnienie/ zahamowanie postępu choroby, kontrola objawów, poprawa jakości życia pacjenta [3]. W ramach terapii konieczne jest eliminowanie w miarę możliwości czynnika przyczynowego, np. leczenie zakażenia HBV i HCV, całkowite zaprzestanie picia alkoholu, zaprzestanie przyjmowania leków mających negatywny wpływ na wątrobę, wprowadzenie restrykcji dietetycznych, a w przypadku pacjentów wykonujących ciężkie prace fizyczne, narażonych na wdychanie oparów farb, lakierów także ograniczenie aktywności zawodowej [4, 13, 17].

Ważne miejsce w terapii pacjenta z marskością wątroby stanowi leczenie dietetyczne. Dieta powinna być ustalona wspólnie z dietetykiem. Wartość kaloryczna spożywanych posiłków w ciągu doby jest uzależniona od stanu odżywienia chorego i powinna wynosić ok 35-40 kcal/kg mc./d. W przypadku niedożywienia wartość kaloryczną posiłków należy zwiększyć do 42-45 kcal/kg mc./d. U pacjentów ze znaczną utratą masy ciała posiłki należy wzbogacić o środki spożywcze typu, np. NutriDrinki. Pacjent powinien spożywać co najmniej 5 posiłków dziennie. Posiłki powinny być lekkostrawne i powinny zawierać małe ilości błonnika. Do przygotowania posiłków należy używać świeżych produktów. Celem zmniejszenia obręzków kończyn dolnych i w obrębie jamy brzusznej pacjent musi ograniczyć spożycie soli. Konieczne jest uzupełnianie niedoboru witamin, wapnia i pierwiastków śladowych, takich jak selen i cynk. Woda mineralna używana do picia powinna zawierać niewielką ilość sodu [4, 7].

Ważnym aspektem terapii jest podejmowanie przez chorych regularnej aktywności fizycznej, dostosowanej do stanu klinicznego choroby. Umiarkowana, regularna aktywność fizyczna pozwala na utrzymanie masy ciała na stałym poziomie, poprawę ogólnej kondycji organizmu i pracy gruczołów trawiennych [4].

Marskość wątroby jest przyczyną wielu powikłań mogących stanowić poważne zagrożenie dla zdrowia, a nawet życia pacjenta. Stąd też jednym z celów leczenia jest zapobieganie powikłaniom, takim jak: krwotoki z żyłaków przełyku, encefalopatia wątrobowa, oporne na leczenie wodobrzusze [17].

U pacjentów z marskością wątroby występuje szereg problemów, które dotyczą różnych sfer funkcjonowania człowieka: sfery fizycznej, psychicznej i duchowej. Konsekwencje choroby dotyczą też sfery społeczno-ekonomicznej. Choroba może być przyczyną pogorszenia jakości życia chorego i osób mu bliskich, zaburzeń relacji interpersonalnych, konieczności sprawowania opieki nad chorym przez osoby bliskie, ponoszenia dodatkowych kosztów związanych z leczeniem i opieką nad chorym [6].

Opieka nad pacjentem z marskością wątroby powinna mieć charakter multidyscyplinarny. W skład zespołu terapeutycznego wchodzi lekarz, pielęgniarka, dietetyk, psycholog, pacjent i osoby udzielające mu wsparcia w chorobie. Personel pielęgniarski sprawuje opiekę nad chorym na wszystkich etapach choroby, uczestnicząc w procesie diagnozowania, leczenia i monitorowania terapii, profilaktyki powikłań i wczesnej ich diagnostyki oraz podczas przygotowywania chorego/ jego opiekunów do samoopieki i samopielęgnacji. Udziela choremu i/ lub jego opiekunom wsparcia psychologicznego i społecznego. Ważne jest regularne monitorowanie stanu i funkcji wątroby oraz powikłań.

Współautorka niniejszej pracy ze względu na częsty kontakt z pacjentami z marskością wątroby przygotowując się do obrony pracy magisterskiej podjęła się próby analizy problemów występujących w opiece nad pacjentami z marskością wątroby. Na potrzeby niniejszej pracy został sformułowany problem główny: **Jakie problemy występują w opiece nad pacjentami z marskością wątroby?** Tak sformułowany problem główny był podstawą do sformułowania problemów szczegółowych:

1. Czy istnieje związek między płcią, wiekiem badanych, a przyczyną choroby?
2. Czy płeć i czas trwania choroby ma związek z występowaniem określonych objawów u pacjenta?
3. Czy istnieje związek między wykształceniem badanych, a przestrzeganiem zaleceń dotyczących regularnego wykonywania badań, zgłaszania się na wizyty kontrolne do lekarza specjalisty, stosowaniem się do zaleceń dietetycznych?
4. Czy istnieje związek między wykształceniem i charakterem wykonywanej pracy przez badanych, a podejmowaniem aktywności fizycznej?

Na potrzeby pracy wykorzystana została metoda sondażu diagnostycznego, technika ankiety i narzędzie w postaci kwestionariusza ankiety własnego autorstwa.

Badaniem objęto pacjentów z marskością wątroby, hospitalizowanych w Oddziale Obserwacyjno-Zakaźnym dla Dorosłych Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Puławach, przy ul. Józefa Bema 1. Badania zostały przeprowadzone w okresie od 10 października 2022 roku do 10 kwietnia 2023 roku. Udział w badaniach był dobrowolny i anonimowy. Uczestnicy badania wypełniali ankietę z udziałem ankietera. Uzyskane podczas badania dane zostały przeanalizowane przy pomocy pakietu SPSS. Do analizy wyników wykorzystano opis statystyczny oraz metody wnioskowania statystycznego. Wykorzystano analizę testem *Chi* kwadrat dla sprawdzenia zależności pomiędzy zmiennymi.

W badaniu wzięło udział 103 pacjentów. Uczestnicy badania byli zróżnicowani ze względu na płeć, wiek, miejsce zamieszkania, charakter wykonywanej pracy i czas jaki upłynął od rozpoznania choroby. Większy odsetek badanych stanowiły kobiety - 60,2% ($n = 62$). Mężczyźni stanowili 39,8% ($n=41$) ogółu badanych. Najliczniejszą grupę badanych stanowiły osoby w wieku 50-59 lat, a najmniej liczną poniżej 30 roku życia (3,9%). Biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania większość badanych stanowiły osoby zamieszkujące na wsi (69,4). Ze względu na wykształcenia najliczniejszą grupę badanych stanowiły osoby z wykształceniem średnim (56,3%), a najmniej liczą pacjenci z wykształceniem zawodowym i podstawowym (14,6% ogółu badanych). Biorąc pod uwagę aktywność zawodową badanych 43,7% badanych stanowiły osoby pracujące fizycznie, 27,2% osoby wykonujące pracę o charakterze mieszanym (fizyczny i umysłowy) i 11,7% osoby pracujące umysłowo. Osoby nie pracujące stanowiły 17,5% ogółu badanych. Mężczyźni częściej aniżeli kobiety pracowali fizycznie. Największy odsetek stanowiły osoby, u których choroba została rozpoznana w ciągu ostatnich pięciu lat (37,9%), a następnie badani z czasem trwania choroby krócej niż jeden rok - 36,9%. Pacjenci leczeni z powodu choroby od pięciu do dziesięciu lat stanowili 11,7% ogółu badanych, od 10-15 lat 9,7%, a chorujący ponad 15 lat stanowili 3,9% ogółu badanych.

Jest wiele czynników zwiększających ryzyko rozwoju marskości wątroby, a ich świadomość może mieć istotne znaczenie w profilaktyce choroby, a w przypadku choroby już istniejącej w zahamowaniu jej postępu. Badani zostali poproszeni o wskazanie czynników, które były/ mogły być przyczyną choroby. Z analizy danych wynika, że główną przyczyną choroby u większości badanych było nadużywanie alkoholu (u 47,6% badanych), rzadziej przyjmowanie leków (13,6%) zakażenie WZW typu C (12,6%), choroby metaboliczne (10,7%). Przyczyny najrzadziej wskazywane przez badanych, to: WZW typu B (7,8%) i choroby autoimmunologiczne (5,8%).

U większości pacjentów choroba miała charakter postępujący, a jej obraz kliniczny był zróżnicowany. Objawy występujące u pacjentów w dużym stopniu zależą od stopnia zaawansowania choroby, przestrzegania przez chorego zaleceń w zakresie farmakoterapii jak i stylu życia. W zaawansowanym stadium choroby objawy dotyczą niemal wszystkich układów i narządów. Typowe objawy choroby, to: zmęczenie, osłabienie, utrata apetytu, utrata masy ciała, dyskomfort lub ból w obrębie brzucha, nudności, wymioty, zaburzenia snu, żółtaczka, powiększenie wątroby i śledziony, obrzęki kończyn. U części pacjentów dochodzi do wzrostu ciśnienia w żyłach wrotnej, co skutkuje poszerzeniem naczyń krwionośnych przełyku i żołądka [8, 9]. Poważnym problemem są zaburzenia krzepnięcia krwi, będące wynikiem zmniejszenia wątrobowej syntezy czynników krzepnięcia, zwiększonej fibrynolizy, niedoboru płytek krwi, co powoduje skłonność do siniaków, wydłużenie czasu krwawienia i dłuższy czas gojenia się ran. U części pacjentów problemem są stany nadkrzepliwości, problemy endokrynologiczne, powiększony obwód brzucha, zmiany naczyniowe (pajęczki naczyniowe, teleangiektazje) występujące na tułowie, twarzy i kończynach górnych [2, 3, 10, 20]. W zaawansowanej marskości wątroby występują zaburzenia funkcji mózgu, zwane encefalopatią wątrobową, co objawia się dezorientacją, zaburzeniami koncentracji, trudnościami w myśleniu, drżeniem rąk, splątaniem, sennością, a w skrajnych przypadkach śpiączką [15].

Ze względu na mnogość problemów dotyczących sfery fizycznej badani zostali poproszeni o wskazanie objawów jakie u nich występują. Z analizy wynika, że ponad połowa badanych (58,3%) przed rozpoznaniem choroby zauważyła utratę apetytu i niezamierzony spadek wagi. Inne problemy wskazane przez znaczny odsetek badanych, to: osłabienie i szybkie męczenie się (83,5%), ból w prawym podżebrzu (75,7%) nasilający się o różnych porach doby, świąd skóry (53,9%), często występujące stany podgorączkowe (42,7%), wzdęcia brzucha, nudności i wymioty (39,6%), żółte zabarwienie skóry (32,4%), biegunki (30,7%), pajęczki naczyniowe i skłonność do siniaków (24,5%). Objawy rzadziej wskazywane przez badanych, to: wodobrzusze (15,8%), przebarwienia na paznokciach (9,8%), poszerzone naczynia żyłne na skórze brzucha (6,9%), krwawienie z nosa i dziąseł (5,9%), powiększenie wątroby i śledziony (3,6%), wygładzenie języka (3,0%), obecność rumienia dłoniowego i/lub podeszwowego (1 %).

Tabela I. Problemy u pacjentów z marskością wątroby dotyczące sfery fizycznej

Objawy	Częstość występowania w %
Utrata apetytu i niezamierzony spadek masy ciała	58,3%
Oslabienie, szybkie męczenie się	83,5%
Dolegliwości bólowe w prawym podżebrzu	75,7%
Świąd skóry	53,9%
Żółte zabarwienie skóry	32,4%
Pajęczki naczyniowe i skłonność do siniaków	24,5 %
Przebarwienia na paznokciach	9,8 %
Poszerzone naczynia żyłne na skórze brzucha	6,9%
Obecność rumienia dłoniowego i/lub podeszwowego	1,0%
Powiększenie wątroby i/ lub śledziony	43,6%
Wzdęcia brzucha, nudności i wymioty	39,5%
Biegunki	30,7%
Wodobrzusze	15,8%
Krwawienia z nosa i dziąseł	5,9%
Wygładzenie języka	3,0 %
Częste stany podgorączkowe	42,7%

Źródło: opracowanie na podstawie wyników badań

W ramach kontroli choroby pacjenci powinni przestrzegać zaleceń w zakresie: farmakoterapii, stylu życia, regularnego wykonywania badań i zgłaszania się na wizyty kontrolne do lekarza specjalisty. Z analizy wyników badań wiadomo, że nie wszyscy pacjenci przestrzegali tych zaleceń. Zaleceń w zakresie farmakoterapii przestrzegało tylko 66% ogółu badanych, a zaleceń dietetycznych 67% badanych. Na regularne wykonywanie badań kontrolnych i zgłaszanie się na wizyty kontrolne do lekarza specjalisty wskazało 72,8% badanych.

Znaczny odsetek badanych stanowiły osoby nie aktywne fizycznie (44,7%). Aktywność fizyczną uprawiało tylko 55,3% badanych, a podejmowana przez nich aktywność średnio wynosiła od 15 do 30 minut dziennie (38,8%). Najpopularniejszą wśród badanych formą aktywności były spacer (73,1%), jazda na rowerze (34,3%). 4,5% badanych wskazało na takie formy aktywności, jak: bieganie, basen, taniec.

Analizy statystyczne wskazały na różnice pomiędzy przyczynami choroby, a płcią badanych, przy czym różnice te nie były istotne statystycznie. Nadużywanie alkoholu było istotnie częstszą przyczyną choroby u mężczyzn aniżeli u kobiet ($Chi^2(5) = 3,49$; $p = 0,625$), natomiast autoimmunologiczne zapalenie wątroby było częstszą przyczyną choroby u kobiet aniżeli u mężczyzn ($Chi^2(5) = 4,41$; $p = 0,492$). Potwierdzono zależności pomiędzy czasem trwania choroby, a występowaniem niektórych objawów. Powiększenie wątroby i śledziony ($Chi^2(4) = 9,3$; $p = 0,054$) i wygładzenie języka ($Chi^2(4) = 10,19$; $p = 0,037$) było częściej problemem u pacjentów z dłuższym

czasem trwania choroby. W badaniu potwierdzono zależność istotną statystycznie między wykształceniem badanych, a przestrzeganiem zaleceń dietetycznych. Większość osób przestrzegających zaleceń dietetycznych stanowili badani z wykształceniem wyższym: $Chi^2(1) = 8,50$; $p = 0,037$. Wynik analizy testem *Chi* kwadrat: $Chi^2(1) = 6,38$; $p = 0,094$ potwierdził różnice na poziomie tendencji statystycznej ($0,10 > p > 0,05$) pomiędzy charakterem wykonywanej pracy, a uprawianiem aktywności fizycznej. Pacjenci pracujący fizycznie oraz osoby niepracujące częściej wskazywali na brak aktywności fizycznej, aniżeli osoby pracujące umysłowo i wykonujące pracę o charakterze mieszanym. W badaniu potwierdzono występowanie istotnych statystycznie różnic między wykształceniem badanych, a aktywnością fizyczną. Na występowanie istotnych różnic w tym zakresie wskazuje wynik testu *Chi* kwadrat: $Chi^2(1) = 11,69$; $p = 0,009$, potwierdzający, że osoby z wyższym wykształceniem częściej podejmowały się aktywności fizycznej.

Wyniki analiz nie potwierdziły zależności między: przyczyną choroby, a wiekiem badanych, ani też związku między występowaniem objawów, a płcią badanych ($Chi^2(1) = 0,45$; $p = 0,504$). Nie potwierdzono też zależności między czasem trwania choroby, a występowaniem takich objawów, jak: biegunka - $Chi^2(4) = 4,22$; $p = 0,377$, wzdęcia, nudności i wymioty - $Chi^2(4) = 2,33$; $p = 0,674$, wodobrzusze - $Chi^2(4) = 4,77$; $p = 0,312$, krwawienie z nosa i dziąseł - $Chi^2(4) = 1,64$; $p = 0,802$. W badaniu nie potwierdzono zależności między wykształceniem badanych, a regularnym wykonywaniem badań i zgłaszaniem się na wizyty kontrolne. Potwierdza to nieistotny statystycznie wynik testu *Chi* kwadrat: $Chi^2(1) = 1,10$; $p = 0,777$.

Omówienie

W opiece nad pacjentami z marskością wątroby występuje szereg problemów uwarunkowanych wieloma czynnikami. Znajomość ich może mieć wpływ na organizację pracy personelu pielęgniarskiego, może ułatwić identyfikację problemów, pomóc w określaniu celu opieki i planowaniu interwencji pielęgniarskich.

Aby uzyskać odpowiedź na problem główny zostały przeprowadzone badania, którymi objęto 103 pacjentów z marskością wątroby, hospitalizowanych w okresie od 10 października 2022 roku do 10 kwietnia 2023 roku w Oddziale Obserwacyjno-Zakaźnym dla Dorosłych SPZOZ w Puławach. Na potrzeby pracy wykorzystano metodę jaką był sondaż diagnostyczny, technikę ankiety i narzędzie badawcze jakim był kwestionariusz ankiety. Uczestnicy badania zostali poinformowani o celu badania i o tym, że udział w badaniu jest dobrowolny i anonimowy. Wśród uczestników badania było 39,8% mężczyzn ($n = 41$) oraz 60,2% kobiet ($n = 62$). Najliczniejszą grupę badanych stanowili pacjenci w wieku 50-59 lat, ze średnim wykształceniem (56,3%). Większość badanych stanowiły osoby aktywne zawodowo (82,5%), z czego największy odsetek stanowiły osoby pracujące fizycznie.

Z analiz statystycznych wynika, że u mężczyzn główną przyczyną marskości wątroby było nadużywanie alkoholu, a u kobiet autoimmunologiczne zapalenie wątroby, mimo iż różnice te nie były istotne statystycznie.

U badanych występowały różne objawy, które nie dotyczyły wyłącznie wątroby. U 58,3% badanych przed rozpoznaniem choroby nastąpiła utrata apetytu i niespodziewany spadek masy ciała. Typowym objawem choroby u badanych były dolegliwości bólowe zlokalizowane w okolicy prawego podżebrza (75% badanych). Dolegliwości bólowe u badanych nasilały się najczęściej w godzinach wieczornych, rzadko w godzinach nocnych. U większości badanych problemem było osłabienie i łatwe męczenie się (83,5%), stany podgorączkowe (42,7%), powiększenie wątroby i śledziony, a także występowanie wzdęć, nudności i wymiotów (43,6%). Badani najrzadziej wskazywali na takie objawy, jak: krwawienie z nosa i dziąseł oraz wyglądzenie języka. Powiększenie wątroby i/lub śledziony oraz wyglądzenie języka najczęściej było problemem u badanych z najdłuższym czasem trwania choroby. U niewielkiego odsetka badanych problemem były objawy ze strony skóry (świąd skóry, żółtaczka, rumień dłoniowy i/lub podeszwy)

Z przeprowadzonych analiz wynika, że nie wszyscy badani stosowali się do zaleceń lekarza specjalisty, m.in. w zakresie farmakoterapii, zaleceń dietetycznych, wykonywania badań kontrolnych, zgłaszania się na wizyty kontrolne i w zakresie aktywności fizycznej. Tylko 72,8% badanych regularnie wykonywało badania kontrolne i zgłaszało się na wizyty do lekarza specjalisty. Zaleceń w zakresie farmakoterapii przestrzegało tylko 66% ogółu badanych, a zaleceń dietetycznych 67% badanych (częściej pacjenci z wyższym wykształceniem).

Problem dotyczył też aktywności fizycznej wśród badanych. Tylko 55,3% badanych stanowiły osoby aktywne fizycznie przez 15 do 30 minut dziennie. Najczęstszą formą aktywności fizycznej były spacerowanie (73,1%) i jazda na rowerze (34,3%). Zauważono, że osoby pracujące fizycznie rzadziej podejmowały aktywność fizyczną, częściej pacjenci z wyższym wykształceniem.

Wnioski

Analiza materiału badawczego była podstawą do sformułowania następujących wniosków:

1. U pacjentów z marskością wątroby jest szereg problemów natury fizycznej, których znajomość może mieć wpływ na organizację pracy personelu pielęgniarskiego, może ułatwić identyfikację problemów, pomóc w określeniu celu opieki i planowaniu interwencji pielęgniarskich.
2. Nie wszyscy badani stosowali się do zaleceń lekarza specjalisty, m.in. w zakresie farmakoterapii, zaleceń dietetycznych, wykonywania badań kontrolnych, zgłaszania się na wizyty kontrolne oraz w zakresie aktywności fizycznej.
3. Ważnym elementem w opiece nad pacjentem z marskością wątroby jest edukacja chorego i jego motywacja do przestrzegania zaleceń istotnych w zahamowaniu postępu choroby, profilaktyce powikłań i poprawie stanu ogólnego.

Literatura

1. Aleksandrowicz R, Ciszek R, Krasucki K., Anatomia człowieka. Repetytorium na podstawie Anatomii człowieka A. Bochenka i M. Reichera, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014.
2. Bende F, Sporea I, Şirli R, Nistorescu S, Fofiu R, Bâldea V, Popescu A. The performance of a 2-dimensional shear-wave Elastography technique for predicting different stages of liver fibrosis using transient Elastography as the control method. *Ultrasound Quarterly*. 2020; 37(2): s. 97-104.
3. Dutkiewicz E. Marskość wątroby – diagnostyka i leczenie. *Medycyna po Dyplomie* 2018, 27, (1), 49-58.
4. Ha Y, Jeong I, Kim TH. Alcohol-Related Liver Disease: An Overview on Pathophysiology, Diagnosis and Therapeutic Perspectives. *Biomedicine* 2022, 10, 2530.
5. Hartleb M. Kiedy podejrzewać marskość wątroby? *Medycyna po Dyplomie* 2017; 26(5): 42-47.
6. Ionescu VA, Diaconu CC, Bungau S, Jinga V, Gheorghe G. Current Approaches in the Allocation of Liver Transplantation. *J. Pers. Med.* 2022, 12, 1661.
7. Javaid N, Iqbal AZ, Hameeda M. Nutritional management of liver cirrhosis and its complications in hospitalized patients. *Arq Gastroenterol.* 2021; s. 58(2): 246-252.
8. Kosiorowska A., Hartleb M., Kajor M., Komenda J. Marskość wątroby u dotychczas zdrowego 68-letniego mężczyzny. *Gastroenterologia Praktyczna* 2016; 8(1): 67-69.
9. Kowala-Piotrkowska A. (red) Marskość wątroby – przyczyny, objawy i postępowanie dietetyczne, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2013.
10. Narkiewicz, O., Dziewiątkowski, J., and Scisłowska, S. Anatomia człowieka. Podręcznik dla studentów. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015.

11. Romano M.M., Aranda-Michel J., Żywnienie w chorobach wątroby, Dietetyka i żywienie kliniczne, pod red. Chojnackiego J., Wrocław 2013, 147–157.
12. Słomka, M., Sobaniec, P. Wątroba - budowa i funkcje. Hygeia Public Health 2015; 50(4): 499-504.
13. Wosek P., Gozdowska J., Durlik M. Analiza zmian w schematach leczenia przewlekłego zapalenia wątroby na tle zakażenia HCV na przestrzeni lat. Forum Nefrol. 2016; 9: 178–188.
14. <https://www.termedia.pl/mafld/Epidemiologia-marskosc-na-swiecie-wyniki-Global-Burden-of-Disease-Study,39232.html>
15. https://www.umw.edu.pl/sites/default/files/files/konferencje/2021/05/Nursing_problems_of_the_patient_with_cirrhosis_hepatitis_study_case.pdf.
16. <https://www.medonet.pl/choroby-od-a-do-z/choroby-narzadow-wewnetrznych,marskosc-watroby,artykul,1696239.html>.
17. <https://www.mp.pl/pacjent/gastrologia/choroby/watroba/50969,marskosc-watroby> (dostęp 01.02.2023).
18. Bei Li, Chuan Zhang, Yu-Tao Zhan: Nonalcoholic Fatty Liver Disease Cirrhosis: A Review of Its Epidemiology, Risk Factors, Clinical Presentation, Diagnosis, Management, and Prognosis. Can J Gastroenterol Hepatol. 2018; 2018: 2784537, dostęp 12.01.2024
19. Simon K. red.: Zakaźne choroby wątroby i dróg żółciowych. Wydanie II. Wyd. Termedia.Poznań 2015
20. <https://www.mp.pl/pacjent/gastrologia/choroby/watroba/50969,marskosc-watroby-objawy-przyczyny-leczenie>, dostęp 12.01.2024