

Martyna Korpys

Absolwent Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Collegium Medicum w Bydgoszczy

WPLYW STANU ODŻYWIENIA NA JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW Z MARSKOŚCIĄ WĄTROBY

The influence of nutrition of the quality of life of the patients with cirrhosis

Streszczenie

Marskość wątroby jest jedną z najbardziej niebezpiecznych i uciążliwych współczesnych nam chorób. Przyczyn prowadzących do marskości jest bardzo wiele, może być spowodowana wirusem żółtaczk zakaźnej lub nadmiernym i częstym spożywaniem alkoholu.

Cel

Celem pracy było określenie wpływu stanu odżywienia na jakość życia pacjentów z marskością wątroby oraz zbadanie czynników mających ogólny wpływ na jakość życia.

Material i metody

Najważniejszy element pracy stanowi część badawcza, w której przedstawiono wyniki badania ankietowego, kwestionariuszem WHOQOL – BREF, grupy 40 osób leczonych na oddziałach dwóch bydgoskich szpitali. Wyniki przedstawiono w formie tabel i wykresów.

Wyniki

Chorzy różnią się od siebie pod względem oceny jakości życia. Na jakość życia pacjentów z marskością wątroby wpływ mają takie czynniki, jak: płeć, wykształcenie, choroby współistniejące. Chorzy z marskością wątroby różnią się od siebie pod względem preferowanych zachowań zdrowotnych.

Wnioski

Stan odżywienia wpływa na jakość życia pacjentów z marskością wątroby.

Słowa kluczowe: jakość życia, stan odżywienia, marskość wątroby.

Abstract

Introduction

Cirrhosis is one of the most dangerous and troublesome contemporary illnesses. There are a lot of factors that cause cirrhosis; it can often be caused by the virus of infectious jaundice, or exaggerated and frequent alcohol consumption.

Aim

The aim of this study was to define the influence of nutrition on the quality of life of the patients with cirrhosis, as well as to examine the factors which have general influence on their quality of life.

Material and methods

The most important element of the study is its research part, where the results of the research poll are presented; a WHOQOL-BREF questionnaire was completed by a group of 40 people treated in two hospital wards in Bydgoszcz. The results are shown in the form of charts and diagrams.

Results

The patients differ from one another in terms of their evaluation of their quality of life. The following factors have some influence on the quality of life of the patients with cirrhosis: sex, education and coexisting sicknesses.

The patients with cirrhosis differ in terms of their preferred health behaviours.

Conclusions

The level of nutrition affects the quality of life of the patients with cirrhosis.

Key words: quality of life, nutrition, cirrhosis.

Wstęp

Wszystkie choroby cywilizacyjne są zjawiskiem zdecydowanie złym i niepożądanym. Powodują ból, cierpienie, smutek, a także rozpacz. Pogarszają jakość życia i skracają je. Wpływają na pracę, jej wydajność oraz jakość. Są powodem znacznych obciążeń finansowych dla rodzin, społeczeństw, narodów, ponieważ nakłady na ich leczenie przekraczają często możliwości ograniczonych budżetów.

Marskość wątroby jest jedną z najbardziej niebezpiecznych i uciążliwych współczesnych nam chorób. Przyczyn prowadzących do marskości jest bardzo wiele, może być spowodowana wirusem żółtaczk zakaźnej, lub nadmiernym i częstym spożywaniem alkoholu.

Z wirusami powodującymi żółtaczkę może stykać się każdy z nas wielokrotnie w różnych okresach swojego życia. Szacuje się, że w 80% przypadków źródłem zakażenia wirusem żółtaczk zakaźnej są szpitale, gdzie najczęściej infekcja następuje

w trakcie drobnych zabiegów, takich jak pobieranie krwi, wykonywanie różnego typu iniekcji, procedur endoskopowych, czy w leczeniu stomatologicznym.

Z badań przeprowadzonych w naszym kraju wynika, że aż 730 tysięcy Polaków jest zarażonych wirusem HCV, ale tylko około 2% o tym wie, ponieważ infekcje spowodowane tym wirusem przebiegają bezobjawowo, przy czym jest to bezobjawowość wieloletnia. W odniesieniu do poalkoholowej marskości wątroby, stwierdzono, że alkohol niszczy strukturę wątroby, a omawiana marskość jest ostatnim stadium jej uszkodzenia. Niezależnie od tego, czy choroba ta jest zawiniona przez pacjenta czy też nie, w każdym przypadku powinna być przyczyną szczególnej troski personelu medycznego w jej zwalczaniu [Daniluk i Jurkowska, 2005].

Cel

Celem pracy jest określenie stanu odżywienia, który może wpływać na jakość życia pacjentów z marskością wątroby.

Material i metody

W pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego oraz następujące narzędzia badawcze:

- ankieta własnej konstrukcji,
- Kwestionariusz Oceny Jakości Życia WHOQOL – BREF.

Badania zostały przeprowadzone wśród 40 pacjentów z marskością wątroby, hospitalizowanych w Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką oraz Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 w Bydgoszczy.

Największy odsetek respondentów stanowiły osoby w wieku 51-60 lat (40%), 32,5 % stanowiły osoby w wieku do 50 lat, oraz prawie 1/3 badanych stanowiły osoby powyżej 60 roku życia. Większość pacjentów to mężczyźni – 24 osoby (60,0%). Zdecydowana większość pacjentów to osoby żonate/ zamężne – 30 osób (75,0%). Zaledwie co czwarta osoba prezentuje inny stan cywilny. Wśród pacjentów nie odnotowano osób żyjących w separacji. Pacjenci zamieszkujący w mieście, zdominowali badaną grupę – 35 osób (87,5%). Większość badanych posiada wykształcenie średnie – 22 osoby (55,0%), zawodowe – 25% osób, wyższe – 5 osób (12,5%), następnie podstawowe – 7,5% osób. Większość pacjentów nie pracuje – 24 osoby (60,0%) lub pracuje fizycznie – 10 osób (25,%), 6 osób pracuje umysłowo (15%)

Wyniki

Najwięcej osób choruje do 1 roku – 17 osób (42,5%) lub więcej niż 5 lat – 10 osób (25,0%), następnie od 2-3 lat – 9 osób (22,5%) i 4-5 lat – 4 osoby – (10%).

U większości pacjentów nie występują choroby współistniejące – 24 osoby (60,0%). Na nadciśnienie tętnicze choruje 10 osób (25,0%), na cukrzycę – 6 osób.

Większość badanych respondentów stosuje odpowiednio dobraną do schorzenia dietę – 27 osób (67,5%).

Najwięcej badanych pacjentów zapomina o stosowaniu diety – 12 osób (30,0%) lub uważa dietę za uciążliwą – 11 osób (27,5%). Zaledwie dla 7 osób (17,5%) dieta nie stanowi problemu a dla 10 osób (25%) jest uciążliwa.

Ponad połowa pacjentów z marskością wątroby pije regularnie alkohol – 22 osoby (55,0%), a więcej niż co trzeci pacjent pije alkohol codziennie – 15 osób (37,5%).

W pytaniu o objawy związane z marskością wątroby badani zaznaczali więcej niż jedną odpowiedź. Łącznie zaznaczono 64 odpowiedzi. Najwięcej badanych wskazało na osłabienie – 22 osoby, a odpowiedź ta stanowiła 34,4% wszystkich zaznaczonych odpowiedzi. W nieco mniejszym stopniu pacjenci zazaczyli brak apetytu – 15 osób (23,4%) i ból brzucha – 12 osób (18,8%). Tylko jedna osoba zazaczyła świąd skóry (1,6%). Pod pojęciem „inne” badani wskazywali żółtaczkę. Po jednym objawie wymieniło 21 osób, po dwa objawy – 15 pacjentów, po trzy objawy – 3 pacjentów, zaś cztery objawy zazaczył tylko jeden pacjent.

Pacjenci, którzy zażywają leki przeciw marskości wątroby regularnie wg zaleceń lekarza, zdominowali badaną grupę – jest to 35 osób (87,5%). Tylko 2 osoby (5,0%) nie przyjmują leków a 3 osoby (7,5%) robią to, kiedy odczuwają dyskomfort.

Zdecydowana większość respondentów – 35 osób (87,5%) uważa, że stan odżywienia wpływa na jakość życia.

Większość badanych pacjentów oceniała swoją jakość życia jako ani dobrą ani złą – 18 osób (45,0%) lub dobrą – 15 osób (37,5%). Tylko jedna osoba wskazała, że jej jakość życia jest bardzo dobra, a 6 osób (15%), że jest zła.

Średnia jakość życia w ocenie badanych jest przeciętna - wynosi 3,28.

W przeciwieństwie do oceny jakości życia, zadowolenie ze swojego zdrowia wyraziły zaledwie 2 osoby (5,0%). Większość pacjentów wyraziła obojętność, zaznaczając odpowiedź „ani zadowolony ani niezadowolony” – 22 osoby (55,0%), a łącznie niezadowolonych lub bardzo niezadowolonych jest 16 osób (40%).

Średnia ocena zadowolenia ze zdrowia jest znacznie niższa niż ocena jakości życia i wyniosła 2,58. Jest to co prawda ocena przeciętna, ale granicząca z oceną negatywną.

Analizując odczuwanie jakości życia, zdrowia i innych dziedzin życiowych, dokonano analizy porównawczej, ze względu na zmienne socjodemograficzne, do których wytypowano płeć, grupy wiekowe, miejsce zamieszkania, wykształcenie, rodzaj wykonywanej pracy oraz choroby współistniejące. Przy zmiennych grupa wiekowa i wykształcenie zastosowano test korelacji Spearmana. W przypadku zmiennych płeć, miejsce zamieszkania oraz stosowanie diety test U Manna-Whitneya do porównania dwóch prób niezależnych (grup), a w przypadku zmiennej rodzaj wykonywanej pracy i chorób współistniejących test Kruskalla-Walisa do porównania wielu prób niezależnych grup. W przypadku zmiennej wykształcenie badanych z wykształceniem podstawowym zakwalifikowano do grupy wykształcenia zawodowego.

Przyjęto hipotezę zerową (H_0), że nie ma różnic w wynikach badanych grup. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$ jako istotny statystycznie.

Spośród badanych cech badani różnią się jedynie jakością życia ze względu na chorobę współistniejącą ($p = 0,0493$). Najwyższą jakość życia prezentują badani, u których występuje dodatkowa choroba, najniższą jakość życia badani, co ciekawe, którzy nie mają żadnych chorób współistniejących.

1. Dziedzina fizyczna.

Na dziedzinę fizyczną składa się siedem pytań kwestionariusza, z których dwa są skonstruowane w kierunku negatywnym (im większa liczba punktów, tym gorsza ocena danego aspektu). Pytania te odwrócono w kierunku pozytywnym.

Tab. 1. Ocena nasilenia stanów – dziedzina fizyczna
Table 1. Evaluation of the intensity of states – the physical sphere

ocena skali - D.1.	liczba	%
bardzo zła / zła (negatywna)	10	25,0
ani dobra ani zła (przeciętna)	18	45,0
dobra / bardzo dobra (pozytywna)	12	30,0
suma	40	100,0

W ogólnej ocenie, dziedzinę fizyczną większość osób oceniła przeciętnie (ani dobra ani zła) - 18 osób (45,0%). Średnia ocena dziedziny fizycznej to ocena przeciętna – 52,68.

Tab. 2. Średnia z pytań (podskal) oceny stanów – dziedzina fizyczna
Table 2. Average calculated from the state evaluation questions (subscales) – the physical sphere

	Dziedzina somatyczna	średnia	S.D.	min	maks	mediana
Pyt.1.	Ogólna ocena jakości życia	3,28	0,7506	2,0	5,0	3,0
Pyt.2.	Ogólna ocena własnego zdrowia	2,58	0,7121	1,0	4,0	3,0
Pyt.3.	Ból i dyskomfort	3,40	0,8712	2,0	5,0	3,5
Pyt.4.	Zależność od leków i leczenia	2,85	1,0266	1,0	5,0	3,0
Pyt.10.	Energia i zmęczenie	2,90	0,7779	2,0	4,0	3,0
Pyt.15.	Mobilność	3,48	0,6789	2,0	5,0	4,0
Pyt.16.	Wypoczynek i sen	2,95	0,9858	1,0	4,0	3,0
Pyt.17.	Czynności życia codziennego	3,05	0,6385	2,0	4,0	3,0
Pyt.18.	Zdolność do pracy	3,13	0,6480	2,0	4,0	3,0

Najniższe oceny dziedziny somatycznej uzyskali pacjenci z małą zależnością od leczenia i leków ze średnią – 2,85 oraz energia i zmęczenie, a także wypoczynek i sen – średnie po 2,95. W zakresie tej dziedziny badani wskazywali, że ból i dyskomfort – średnia 3,40 oraz mobilność – średnia 3,48 miały największy wpływ pozytywny.

Ze względu na poziom istotności ($p > 0,05$) brak istotnie statystycznych różnic pod względem oceny dziedziny fizycznej i wszystkich badanych cech.

2. Dziedzina psychologiczna.

Na dziedzinę psychologiczną składa się sześć pytań kwestionariusza, z których tylko jedno ma kierunek negatywny. Pytanie to odwrócono w kierunku pozytywnym.

Tab. 3. Ocena nasilenia stanów – dziedzina psychologiczna
Table 3. Evaluation of the intensity of states – the psychological sphere

ocena skali - D.2.	liczba	%
bardzo zła / zła (negatywna)	5	12,5
ani dobra ani zła (przeciętna)	18	45,0
dobra / bardzo dobra (pozytywna)	17	42,5
suma	40	100,0

W ogólnej ocenie, dziedzinę psychologiczną większość respondentów oceniła przeciętnie – 18 osób (45,0%) lub pozytywnie – 17 osób (42,5%). Średnia ocena dziedziny psychologicznej – przeciętna – 54,28.

Tab. 4. Średnia z pytań oceny stanów – dziedzina psychologiczna
Table 4. Average calculated from the state evaluation questions – the psychological sphere

	Dziedzina psychologiczna	średnia	S.D.	min	maks	mediana
Pyt.1.	Ogólna percepcja jakości życia	3,00	0,7631	1,0	5,0	3,0
Pyt.2.	Ogólna percepcja własnego zdrowia	2,31	0,6861	1,0	4,0	2,0
Pyt.5.	Pozytywne uczucia	2,56	0,7436	1,0	4,0	3,0
Pyt.6.	Duchowość / religia / osobista wiara	2,65	0,7811	1,0	4,0	3,0
Pyt.7.	Myślenie / uczenie się / pamięć / koncentracja	2,45	0,6541	1,0	4,0	2,0
Pyt.11.	Wygląd zewnętrzny	3,28	0,8264	1,0	4,0	3,0
Pyt.19.	Samoocena	2,98	0,6359	1,0	4,0	3,0

	Dziedzina psychologiczna	średnia	S.D.	min	maks	mediana
Pyt.26.	Negatywne uczucia	3,38	0,7182	1,0	5,0	3,0

Tab. 5. Korelacje dziedziny psychologicznej i wykształcenia badanej populacji
Table 5. Correlations of the psychological sphere and education of the examined patients

pozycja	N	R	t(N-2)	poziom p
Pyt.5.	40	0,1217	0,7558	0,4544
Pyt.6.	40	0,2969	1,9167	0,0628
Pyt.7.	40	0,3849	2,5710	0,0142
Pyt.11.	40	0,1054	0,6533	0,5175
Pyt.19.	40	0,2669	1,7074	0,0959
Pyt.26.	40	0,0925	0,5725	0,5703
D 2	40	0,3128	2,0299	0,0494

Wyniki wskazują, że zarówno możliwość skupiania się, jak i wynik całej dziedziny psychologicznej pozostawały w istotnej średniej korelacji z wykształceniem.

Najwyższy wynik dziedziny psychologicznej prezentują pacjenci z wykształceniem wyższym, najniższy z wykształceniem zawodowym. Podobnie jest z umiejętnością skupiania się: najwyższe wyniki prezentują badani z wyższym wykształceniem, najniższe ze średnim.

Tab. 6. Różnica w wynikach z oceny dziedziny psychologicznej ze względu na choroby współistniejące
Table 6. Differences in the results of the evaluation of the psychological sphere on account of coexisting illnesses

		H	p
Pyt.5.	(2, N= 40)	9,5367	0,0085
Pyt.6.	(2, N= 40)	4,5258	0,1040
Pyt.7.	(2, N= 40)	15,0403	0,0005
Pyt.11.	(2, N= 40)	6,0488	0,0486
Pyt.19.	(2, N= 40)	8,4220	0,0148
Pyt.26.	(2, N= 40)	1,9344	0,3801
D 2	(2, N= 40)	12,8962	0,0016

Ze względu na poziom istotności ($p < 0,05$) są istotne statystycznie różnice pod względem oceny dziedziny psychologicznej i jej pozycji przez grupy chorób współistniejących. Różnice te nie dotyczą zaledwie dwóch pozycji: duchowości/ religii/ osobistej wiary oraz negatywnych uczuć. Najwyższe wyniki w dziedzinie psychologicznej prezentują badani mający nadciśnienie tętnicze, najniższe – badani, u których choroby nie występują. Najbardziej cieszą się z życia badani z cukrzycą, najmniej – bez chorób. Pozytywne uczucia prezentują najczęściej badani z nadciśnieniem tętniczym, najrzadziej – bez chorób. Skupić się najbardziej potrafią chorzy z nadciśnieniem tętniczym, najmniej – pacjenci bez chorób. Zadowolenie z siebie w największym stopniu prezentują badani z cukrzycą, w najmniejszym – bez chorób współistniejących.

3. Dziedzina socjalna.

Na relacje społeczną składają się trzy pytania kwestionariusza.

Tab. 7. Ocena nasilenia stanów – dziedzina socjalna
Table 7. Evaluation of the intensity of states – the social sphere

ocena skali - D.3.	liczba	%
bardzo zła / zła (negatywna)	0	0,0
ani dobra ani zła (przeciętna)	27	67,5
dobra / bardzo dobra (pozytywna)	13	32,5
suma	40	100,0

W ogólnej ocenie, dziedzinę socjalną większość osób postrzega ani dobrze ani źle – 27 osób (67,5%). Średnia ocena dziedziny socjalnej wyniosła 57,30 i jest to ocena przeciętna.

Tab. 8. Średnia z pytań oceny stanów – dziedzina socjalna
Table 8. Average calculated from the state evaluation questions – the social sphere

	Dziedzina socjalna	średnia	S.D.	min	maks	mediana
Pyt.1.	Ogólna percepcja jakości życia	3,28	0,7506	2,0	5,0	3,0
Pyt.2.	Ogólna percepcja własnego zdrowia	2,58	0,7121	1,0	4,0	3,0
Pyt.20.	Związki osobiste	3,75	0,6304	2,0	5,0	4,0
Pyt.21.	Aktywność seksualna	3,10	0,6325	2,0	4,0	3,0
Pyt.22.	Wsparcie społeczne	3,50	0,5064	3,0	4,0	3,5

Najniższe wyniki w dziedzinie socjalnej miała ocena aktywności seksualnej – średnia – 3,10. Najwyższy wynik zanotowano w kategorii zadowolenie ze związków osobistych – średnia – 3,75.

Tab. 9. Różnice w wynikach z oceny dziedziny socjalnej ze względu na miejsce zamieszkania badanych
Table 9. Differences in the results of the evaluation of the social sphere on account of the examined patients' place of residence

pozycja	Sum. rang miasto	Sum. rang wieś	U	Z	poziom p	Z popraw.	poziom p	N ważn. miasto	N ważn. wieś
Pyt.20.	699,0	121,0	69,0	-0,7566	0,4493	-0,8824	0,3775	35	5
Pyt.21.	659,5	160,5	29,5	-2,3720	0,0177	-2,7111	0,0067	35	5
Pyt.22.	727,5	92,5	77,5	0,4090	0,6826	0,4721	0,6369	35	5
socjalna	676,0	144,0	46,0	-1,6972	0,0897	-1,7565	0,0790	35	5

Ze względu na poziom istotności ($p < 0,05$) są istotne statystycznie różnice jedynie pod względem oceny życia seksualnego wśród grup miejsca zamieszkania. Wyższe wyniki w dziedzinie socjalnej prezentują pacjenci mieszkający na wsi. Oni też w znacznie większym stopniu zadowoleni są z życia seksualnego.

Tab. 10. Różnica w wynikach z oceny dziedziny socjalnej ze względu na choroby współistniejące
Table 10. Differences in results of the evaluation of the social sphere on account of the coexisting illnesses

		H	p
Pyt.20.	(2, N= 40)	7,2509	0,0266
Pyt.21.	(2, N= 40)	5,6716	0,0587
Pyt.22.	(2, N= 40)	6,7600	0,0340
D 3	(2, N= 40)	9,3676	0,0092

Ze względu na poziom istotności ($p < 0,05$) są istotne statystycznie różnice pod względem oceny w dziedzinie socjalnej i jej pozycji dotyczącej zadowolenia ze związków osobistych i wsparcia, przez grupy chorób współistniejących. Najwyższe wyniki w dziedzinie socjalnej prezentują pacjenci z nadciśnieniem tętniczym, najniższe – nie mający chorób współistniejących. Związki osobiste i odczuwane wsparcie najwyżej cenią sobie pacjenci z cukrzycą, najniżej te aspekty oceniają chorzy bez chorób współistniejących.

4. Dziedzina środowiskowa.

Na dziedzinę środowiskową składa się osiem pytań kwestionariusza.

Tab. 11. Ocena nasilenia stanów – dziedzina środowiskowa
Table 11. Evaluation of the intensity of states – the environmental sphere

ocena skali - D.4.	liczba	%
bardzo zła / zła (negatywna)	6	15,0
ani dobra ani zła (przeciętna)	18	45,0
dobra / bardzo dobra (pozytywna)	16	40,0
suma	40	100,0

W ogólnej ocenie, dziedzinę środowiskową większość osób postrzega przeciętnie – 18 osób (45,0%), natomiast 16 osób (40,0%) – pozytywnie. Średnia ocena dziedziny środowiskowej wyniosła 55,80 i jest wynikiem przeciętnym.

Tab. 12. Średnia z pytań oceny stanów – dziedzina środowiskowa
Table 12. Average calculated from the state evaluation questions – the environmental sphere

	Dziedzina socjalna	średnia	S.D.	min	maks	mediana
Pyt.1.	Ogólna percepcja jakości życia	3,28	0,7506	2,0	5,0	3,0
Pyt.2.	Ogólna percepcja własnego zdrowia	2,58	0,7121	1,0	4,0	3,0
Pyt.8.	Wolność / bezpieczeństwo fizyczne i psychiczne	2,98	0,6197	2,0	4,0	3,0
Pyt.9.	Środowisko fizyczne (zanieczyszczenie, hałas, ruch uliczny, klimat)	2,68	0,7299	1,0	4,0	3,0
Pyt.12.	Zasoby finansowe	3,30	0,9923	1,0	5,0	3,5
Pyt.13.	Możliwości zdobywania nowych informacji i umiejętności	3,48	0,9055	2,0	5,0	4,0
Pyt.14.	Możliwości i uczestnictwo w rekreacji i wypoczynku	2,98	0,8619	1,0	4,0	3,0
Pyt.23.	Środowisko domowe	3,43	0,6360	2,0	4,0	3,5
Pyt.24.	Zdrowie i opieka zdrowotna: dostępność i jakość	3,63	0,8066	1,0	5,0	4,0
Pyt.25.	Transport	3,40	0,5905	2,0	4,0	3,0

Najniższe oceny dziedziny środowiskowej uzyskali pacjenci w pozycji środowisko fizyczne (zanieczyszczenie, hałas, ruch uliczny, klimat) – średnia 2,68 oraz wolność /bezpieczeństwo fizyczne i psychiczne, a także możliwości i uczestnictwo w rekreacji i wypoczynku – średnia po 2,98. Największy pozytywny wpływ miała podskala środowisko domowe – średnia 3,43 oraz zdrowie i opieka zdrowotna: dostępność i jakość – średnia – 3,63.

Tab. 13. Różnice w wynikach z oceny dziedziny środowiskowej ze względu na płeć badanych osób
Table 13. Differences in the results of the evaluation of the environmental sphere on account of the examined patients' sex

pozycja	Sum. rang kobieta	Sum. rang mężczyzna	U	Z	poziom p	Z popraw.	poziom p	N ważn. kobieta	N ważn. mężczyzna
Pyt.8.	350,5	469,5	169,5	0,6212	0,5345	0,7207	0,4711	16	24
Pyt.9.	327,0	493,0	191,0	-0,0276	0,9780	-0,0305	0,9757	16	24
Pyt.12.	254,5	565,5	118,5	-2,0292	0,0424	-2,1433	0,0321	16	24
Pyt.13.	308,0	512,0	172,0	-0,5522	0,5808	-0,5878	0,5566	16	24
Pyt.14.	300,0	520,0	164,0	-0,7730	0,4395	-0,8380	0,4020	16	24
Pyt.23.	301,5	518,5	165,5	-0,7316	0,4644	-0,8188	0,4129	16	24
Pyt.24.	327,5	492,5	191,5	-0,0138	0,9890	-0,0176	0,9860	16	24
Pyt.25.	322,0	498,0	186,0	-0,1656	0,8684	-0,1871	0,8516	16	24
środowisko	305,5	514,5	169,5	-0,6212	0,5345	-0,6237	0,5328	16	24

Ze względu na poziom istotności ($p > 0,05$) brak jest istotnych statystycznie różnic pod względem oceny dziedziny środowiskowej i jej pozycji wśród badanych kobiet i mężczyzn. Wyjątek stanowią zasoby finansowe ($p < 0,05$).

Tab. 14. Korelacje dziedziny środowiskowej i wykształcenia badanej populacji
Table 14. Correlations between the environmental sphere and education of the examined patients

pozycja	N	R	t(N-2)	poziom p
Pyt.8.	40	0,1061	0,6579	0,5146
Pyt.9.	40	0,2977	1,9224	0,0621
Pyt.12.	40	0,3739	2,4850	0,0175
Pyt.13.	40	0,3913	2,6210	0,0125
Pyt.14.	40	0,2513	1,6003	0,1178
Pyt.23.	40	0,3500	2,3031	0,0268
Pyt.24.	40	0,1796	1,1254	0,2675
Pyt.25.	40	0,1022	0,6335	0,5302
środowisko	40	0,3332	2,1782	0,0357

Ze względu na poziom istotności ($p < 0,05$) odnotowano istotną statystycznie średnią korelację wykształcenia i zasobów finansowych, możliwości zdobywania nowych informacji i umiejętności, środowiska domowego oraz dziedziny środowiskowej.

Najwyższe wyniki dziedziny środowiskowej prezentują badani z wykształceniem wyższym, natomiast najniższe z wykształceniem zawodowym. W przypadku pozycji zasobów finansowych najwyższe wyniki prezentują pacjenci z wyższym wykształceniem.

Tab. 15. Różnica w wynikach z oceny dziedziny fizycznej ze względu na choroby współistniejące
Table 15. Differences in the results of the evaluation of the physical sphere on account of the coexisting illnesses

	H	p
Pyt.8.	(2, N= 40)	0,7104
Pyt.9.	(2, N= 40)	2,2922
Pyt.12.	(2, N= 40)	9,1710
Pyt.13.	(2, N= 40)	7,0393
Pyt.14.	(2, N= 40)	2,4906
Pyt.23.	(2, N= 40)	5,4088
Pyt.24.	(2, N= 40)	2,7773
Pyt.25.	(2, N= 40)	3,7047
środowisko	(2, N= 40)	6,4285

Ze względu na poziom istotności ($p < 0,05$) są istotne statystycznie różnice pod względem oceny dziedziny środowiskowej i jej pozycji przez grupy chorób współistniejących. Różnice te dotyczą wyniku ogólnego dziedziny środowiskowej, pozycji zasoby finansowe oraz możliwości zdobywania nowych informacji i umiejętności.

Najwyższe wyniki dziedziny środowiskowej prezentują pacjenci mający nadciśnienie tętnicze, najniższe bez chorób współistniejących.

Tab. 16. Różnice w wynikach dziedziny środowiskowej ze względu na stosowanie diety przez badaną grupę
Table 16. Differences in the results of the evaluation of the environmental sphere on account of the examined patients' diets

pozycja	Sum. rang tak	Sum. rang nie	U	Z	poziom p	Z popraw.	poziom p	N ważn. tak	N ważn. nie
Pyt.8.	597,0	223,0	132,0	1,2561	0,2091	1,4573	0,1450	27	13
Pyt.9.	591,0	229,0	138,0	1,0829	0,2789	1,1956	0,2319	27	13
Pyt.12.	580,5	239,5	148,5	0,7797	0,4356	0,8235	0,4102	27	13
Pyt.13.	629,0	191,0	100,0	2,1802	0,0292	2,3211	0,0203	27	13

Pyt.14.	594,0	226,0	135,0	1,1695	0,2422	1,2678	0,2049	27	13
Pyt.23.	610,0	210,0	119,0	1,6315	0,1028	1,8260	0,0678	27	13
Pyt.24.	610,5	209,5	118,5	1,6460	0,0998	2,0966	0,0360	27	13
Pyt.25.	592,5	227,5	136,5	1,1262	0,2601	1,2717	0,2035	27	13
środownisko	632,5	187,5	96,5	2,2812	0,0225	2,4860	0,0129	27	13

Ze względu na poziom istotności ($p < 0,05$) są istotne statystycznie różnice pod względem oceny dziedziny środowiskowej i jej pozycji wśród pacjentów stosujących dietę bądź jej niestosujących. Zarówno w ocenie ogólnej dziedziny środowiskowej oraz możliwości zdobywania nowych informacji i umiejętności, a także zdrowia i opieki zdrowotnej: dostępność i jakość. We wszystkich przypadkach wyższe wyniki prezentują pacjenci stosujący dietę dobraną do schorzenia.

Tab. 17. Zbiornicze zestawienie statystyk wyników dziedzin i pytań jakości życia oraz zadowolenie ze zdrowia
Table 17. Overall statistics of the results and questions concerning the patients' quality of life and their satisfaction with their health

		średnia	S.D.	min	maks	mediana
Pyt.1.	ocena jakości życia	65,50	15,0128	40,0	100,0	60,0
Pyt.2.	ocena własnego zdrowia	51,50	14,2415	20,0	80,0	60,0
D.1.	fizyczna	52,68	13,3637	32,1	78,6	50,0
D.2.	psychologiczna	54,28	12,4610	29,2	75,0	58,3
D.3.	socjalna	57,30	9,4729	41,7	75,0	58,3
D.4.	środowiskowa	55,80	13,3065	25,0	75,0	56,3

Najwyżej oceniona została dziedzina socjalna – wynik średni 57,30 pkt. (SD=9,4729), w dalszej kolejności dziedzina środowiskowa – średni wynik 55,80 pkt. (SD=13,3065). Najniżej oceniono dziedzinę fizyczną – średnią 52,68 pkt. (SD=13,3637).

Dyskusja

Marskość wątroby należy do chorób przewlekłych układu pokarmowego. To stan, w którym dochodzi do uszkodzenia miększu wątroby, a także do zwłóknienia i przemiany prawidłowej struktury narządu w nieprawidłowe guzki regeneracyjne. Konsekwencją tego są zaburzenia czynności wątroby oraz dezorganizacja układu naczyniowego wątroby. Według Bianchi [2003] częstość występowania marskości wątroby zwiększa się w grupie osób znajdujących się poniżej 65 roku życia i dotyczy głównie mężczyzn.

Z przeprowadzonych badań własnych na grupie 40 osób (16 kobiet, 24 mężczyzn) wynika, że potwierdziły się dane dotyczące częstości występowania choroby głównie u płci męskiej. Z analizy ankietowej wynika, że największą grupę wiekową z objawami marskości wątroby stanowią osoby w przedziale wiekowym 51–60 lat (16 osób).

Przeprowadzone badania własne wskazują że większa część osób badanych – 22 osoby (55%) nadużywa alkoholu, natomiast więcej niż co trzeci pacjent spożywa alkohol codziennie – 15 osób (37,5%). Badania własne korelują z badaniami Wójcik i Piekarskiej [2005], w których opisują, iż w ciągu ostatnich trzydziestu lat XX wieku znacznie wzrosła liczba przypadków marskości wątroby. W krajach rozwiniętych główną przyczyną marskości wątroby jest alkohol.

Według Bayless i Diehr [2006] głównymi objawami zgłaszanymi przez chorych jest zmęczenie, świąd skóry oraz osłabienie organizmu, które znacząco obniżają jakość życia.

Natomiast przeprowadzone badania własne ukazują, że najczęściej występującymi dolegliwościami wśród respondentów jest osłabienie: takiej odpowiedzi udzieliło 22 ankietowanych, co stanowi (34,4%) oraz brak apetytu – 15 osób (23,4%), tylko jedna osoba zaznaczyła świąd skóry (1,6%).

Według Kapuzy [2000] leczenie marskości wątroby jest trudne, a jego efekty zależą w dużej mierze od czasu trwania choroby oraz stopnia jej zaawansowania. Leczenie jest wieloetapowe i wielokierunkowe.

Przeprowadzone badania własne ukazują, że znaczna część respondentów - 35 osób (87,5%) zażywa leki przeciw marskości wątroby regularnie wg zaleceń lekarza. Tylko 2 osoby (5%) przyznały, że nie przyjmują leków, zaś 3 osoby biorą leki tylko wtedy, kiedy czują dyskomfort.

Umiarkowana aktywność fizyczna oraz odpowiednio dobrana dieta pozwalają zmniejszyć odczuwanie dolegliwości związanych z chorobą.

W leczeniu chorób wątroby dietoterapia jest obok leczenia farmakologicznego jednym z podstawowych elementów postępowania terapeutycznego. Potwierdzają to również badania własne. Dieta powinna być ułożona w taki sposób, aby dostarczała choremu wszystkich niezbędnych składników pokarmowych oraz, aby uzupełniała ewentualne niedobory.

Przeprowadzone badania własne ukazują, że znaczna część osób badanych – 27 (67,5%) stosuje odpowiednio dobraną dietę. Jednakże dla 11 osób jest ona uciążliwa, dla 7 osób nie stanowi problemu, 12 osób często zapomina o stosowaniu diety, natomiast 10 osób odpowiedziało, że zdaje sobie sprawę ze szkodliwości niektórych produktów, jednak nie potrafią z nich zrezygnować.

Przeprowadzone badania własne pozwoliły zweryfikować postawione problemy badawcze.

1. Czy stan odżywienia wpływa na jakość życia pacjentów z marskością wątroby?

W badaniach własnych wykazano, że stan odżywienia wpływa na jakość życia pacjentów z marskością wątroby. Grupa badanych osób w większości - 35 osób (87,5%) – odpowiedziała twierdząco na postawione pytanie. Tylko 5 osób (12,5%) było odmiennego zdania.

2. Czy osoby z marskością wątroby różnią się od siebie pod względem oceny jakości życia?

Według badań własnych, osoby z marskością wątroby różnią się od siebie pod względem oceny jakości życia. Na 40 badanych większość pacjentów oceniła swoją jakość życia jako ani dobrą ani złą – 18 osób (45,0%) lub dobrą – 15 osób (37,5%). Tylko jedna osoba wskazała, że jej jakość życia jest bardzo dobra (2,5%).

Różnice wynikają ze stanu zdrowia, sposobu odżywiania, wieku i innych czynników w dziedzinie fizycznej, psychologicznej, socjalnej i środowiskowej.

3. Czy wiek, płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania, choroby współistniejące pośrednio wpływają na jakość życia i stan odżywienia chorych z marskością wątroby?

W badaniach własnych wykazano, że istnieje istotna statystycznie zależność pomiędzy jakością życia w dziedzinie fizycznej, psychologicznej, socjalnej, środowiskowej i stanem odżywienia, a wyżej wymienionymi czynnikami.

Z badań własnych nad zależnością jakości życia i stanem odżywienia a wiekiem badanych wynika, że nie odnotowano istotnej statystycznie korelacji grup wiekowych zarówno z jakością życia stanem odżywienia i oceną własnego zdrowia.

Ze względu na płeć stwierdzono, iż brak jest istotnych statystycznie różnic pod względem oceny jakości życia i oceny zadowolenia ze zdrowia wśród kobiet i mężczyzn.

Z badań własnych nad zależnością jakości życia i stanu odżywienia, a wykształceniem wynika, że istnieją średnie korelacje pomiędzy badanymi czynnikami. Odnotowano, że wraz ze wzrostem wykształcenia rośnie ocena zarówno jakości życia, jak i zadowolenia z własnego zdrowia; ($p < 0,05$).

Z badań własnych nad zależnością jakości życia i stanu odżywienia a miejscem zamieszkania wynika, że nie odnotowano istotnych statystycznie różnic pomiędzy badanymi czynnikami.

Badania własne nad zależnością jakości życia i stanu odżywienia a chorobami współistniejącymi pokazują, że badani różnią się jakością życia ze względu na chorobę współistniejącą. Wyższą jakość życia prezentują badani, u których występuje choroba współistniejąca (cukrzyca – 6 osób). Najniższą jakość życia prezentują badani, którzy nie mają żadnych chorób współistniejących (24 osoby).

Z kolei badania własne nad zależnością dziedziny fizycznej a zmienną, jaką jest wykształcenie pokazują, że najwyżej dziedzinę fizyczną ocenili badani z wykształceniem zawodowym (10 osób – 25%), najniżej natomiast ci z wykształceniem wyższym (5 osób – 12,5%).

Badania własne nad zależnością dziedziny psychologicznej a płcią badanych pokazują, iż nie ma istotnych statystycznie różnic. Wyjątek stanowi ocena własnego wyglądu zewnętrznego, który różnicuje płeć. To mężczyźni mają w tej kwestii zdecydowanie wyższy wynik od kobiet.

Z przeprowadzonych badań własnych nad zależnością dziedziny psychologicznej a wiekiem wynika, że wraz ze wzrostem grupy wiekowej (wieku) wzrasta wynik dziedziny psychologicznej i jej pozycji. Najwyższy wynik samooceny mają badani w wieku powyżej 60 lat.

Badania własne nad zależnością dziedziny psychologicznej a wykształceniem badanej populacji pokazują, że najwyższy wynik dziedziny psychologicznej prezentują pacjenci z wykształceniem wyższym, najniższy z zawodowym.

Z przeprowadzonych badań własnych nad zależnością dziedziny psychologicznej a chorobami współistniejącymi wynika, że są istotne statystycznie ($p < 0,05$) pewne różnice, a mianowicie najwyższe wyniki dziedziny psychologicznej prezentują osoby mające dodatkową chorobę, a najniższe – pacjenci, u których nie wystąpiła dodatkowa choroba.

Z badań własnych nad zależnością dziedziny socjalnej a płci wynika, że wyżej dziedzinę socjalną oceniły kobiety, największy wpływ miało zadowolenie z życia seksualnego.

Badania własne nad zależnością dziedziny socjalnej a miejscem zamieszkania badanych osób ukazują, że wyższe wyniki dziedziny socjalnej prezentują osoby mieszkające na wsi. One też w znacznym stopniu zadowolone są z życia seksualnego.

Z przeprowadzonych badań własnych nad zależnością dziedziny socjalnej a chorobami współistniejącymi wynika, że wyższe wyniki prezentują pacjenci z dodatkową chorobą, najniższe zaś pacjenci, u których brak jest chorób współistniejących.

Z kolei w badaniach własnych nad zależnością dziedziny środowiskowej a wykształceniem populacji odnotowano pewną istotną statystycznie ($p < 0,05$) średnią korelację wykształcenia, zasobów finansowych, możliwości zdobywania nowych informacji i umiejętności, środowiska domowego. Najwyższe wyniki dziedziny środowiskowej prezentują badani z wykształceniem wyższym, natomiast najniższe z zawodowym.

Badania własne nad zależnością dziedziny środowiskowej a chorobami współistniejącymi pokazują, że najwyższe wyniki dziedziny środowiskowej prezentują pacjenci, u których występuje nadciśnienie tętnicze, a najniższe bez chorób współistniejących.

W przeprowadzonych badaniach wystąpiła istotność statystyczna między poziomem prezentowanego wykształcenia a dziedziną fizyczną, psychologiczną oraz środowiskową.

W badaniach wystąpiła istotność statystyczna między płcią badanych osób a dziedziną psychologiczną i socjalną.

W badaniach wystąpiła istotność statystyczna między chorobami współistniejącymi a dziedziną psychologiczną socjalną, środowiskową.

4. Czy chorzy z marskością wątroby różnią się od siebie pod względem preferowanych zachowań zdrowotnych?

Z przeprowadzonych badań własnych wynika, że chorzy z marskością wątroby różnią się pod względem preferowanych zachowań zdrowotnych. Można to stwierdzić na podstawie analizy wykresów, takich jak: stosowanie diety (tak – 67, 5%, nie – 32,5%),

Regularne picie alkoholu (tak – 55%, nie – 32,5%); częstość picia alkoholu przez respondentów (codziennie – 37,5%; raz w tygodniu - 20%; rzadziej niż raz w tygodniu – 22,5%).

Zażywanie leków przeciw marskości wątroby (regularnie wg zaleceń lekarza – 87,5%; tylko wtedy kiedy czuje dyskomfort – 7,5%; nie przyjmuję leków – 5% respondentów).

Brak doniesień innych autorów na temat wpływu stanu odżywienia na jakość życia pacjentów z marskością wątroby, dlatego nie wiadomo, jak badania własne korespondują z badaniami innych autorów.

Wnioski

1. Jak wynika z przeprowadzonych badań sondażowych, zdecydowana większość badanych osób (87,5%) uznała, że stan odżywienia wpływa na jakość życia.
2. Z analizy statystycznej wynika, że osoby z marskością wątroby różnią się od siebie pod względem oceny jakości życia. Na 40 badanych, większość pacjentów oceniła swoją jakość życia jako ani dobrą ani złą – 18 osób (45,0%) lub dobrą – 15 osób (37,5%). Sześć osób oceniło swoją jakość życia jako złą (15,0%). Tylko jedna osoba wskazała, że jej jakość życia jest bardzo dobra (2,5%). Różnice wynikają ze stanu zdrowia, sposobu odżywiania, wieku i innych czynników w dziedzinie fizycznej, psychologicznej, socjalnej i środowiskowej.
3. Na jakość życia i stan odżywienia pacjentów z marskością wątroby mają wpływ takie czynniki, jak: płeć, wykształcenie, oraz choroby współistniejące. Z badań statystycznych wynika, że współczynnik korelacji wynosi ($p < 0,05$). Istnieje istotna statystycznie zależność między poziomem prezentowanego wykształcenia a dziedziną fizyczną, psychologiczną oraz środowiskową. Istnieje istotna statystycznie zależność między płcią badanych osób a dziedziną psychologiczną i socjalną. Istnieje istotna statystycznie zależność między chorobami współistniejącymi a dziedziną psychologiczną, socjalną, środowiskową.
4. Chorzy z marskością wątroby różnią się od siebie pod względem preferowanych zachowań zdrowotnych.

Piśmiennictwo

1. Bayless Theodore, Diehr Anna Mae. 2006. *Gastroenterologia i choroby wątroby – postępy w terapii*, (red. wersji polskiej). Skrzydło–Radomańska Barbara. Lublin: Wydawnictwo CZELEJ.
2. Bianchi Porro G. (red.). 2003. *Gastroenterologia i Hepatologia*. Lublin: Wydawnictwo CZELEJ.
3. Daniluk Jadwiga, Jurkowska Grażyna. 2005. *Zarys chorób wewnętrznych dla studentów pielęgniarstwa*. Lublin: Wydawnictwo CZELEJ.
4. Kapuza Małgorzata. 2000. „Prognozowanie przebiegu marskości wątroby. Problemy związane z rokowaniem w marskości wątroby.” *Hepatol. Pol.* 5 (1): 27-29.
5. Wójcik Krystyna, Piekarska Anna. 2005. „Pacjent z marskością wątroby.” *Lek. Rodz.* 10 (9): 928-940.