

Izabela Chmiel

Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

Czynniki warunkujące jakość życia pacjentów po przebytych ostrym zapaleniu trzustki

Factors influencing quality of life of patients after the acute pancreatitis

STRESZCZENIE

Wstęp. Ostre zapalenie trzustki jest ważnym wyzwaniem dla współczesnej medycyny w ujęciu klinicznym i w aspekcie społeczno-ekonomicznym. U pacjentów z ostrym zapaleniem trzustki występują problemy zdrowotne natury fizycznej, psychicznej oraz społecznej.

Cel. Celem badań była ocena jakości życia rekonwalescentów po przebyciu ostrego zapalenia trzustki, hospitalizowanych od 2000 do 2006 roku w CM UJ w Krakowie.

Materiał i metody. W badaniach objęto 142 osoby dorosłe – 61 kobiet i 81 mężczyzn, w wieku 22–69 lat. W badaniu zastosowano retrospektywną analizę dokumentacji medycznej, metodę sondażu diagnostycznego oraz standaryzowany kwestionariusz SF-36.

Wyniki i wnioski. Głównymi czynnikami wpływającymi na poszczególne składowe jakości życia są zmienne demograficzno-społeczne, czyli płeć, wykształcenie, sytuacja zawodowa i stan cywilny. Natomiast zmienne kliniczne związane z ostrym zapaleniem trzustki, czyli ciężkość schorzenia, rodzaj leczenia i obecność powikłań wywierają ograniczony wpływ na jakość życia pacjentów.

Wyniki badań dowodzą także, że oceny składowych jakości życia uzyskane dla badanej populacji za pomocą pomiaru SF-36 są co prawda wyraźnie niższe, ale nie odbiegają istotnie od norm dla populacji generalnej Stanów Zjednoczonych czy rekonwalescentów po OZT w Finlandii.

Uzyskane rezultaty mogą być pomocne w szacowaniu zakresu społecznych potrzeb wynikających z przebycia choroby, w kształceniu specjalistów medycznych, a także bezpośrednio w planowaniu rehabilitacji.

Problemy Pielęgniarstwa 2014; 22 (4): 426–432

Słowa kluczowe: jakość życia; ostre zapalenie trzustki

ABSTRACT

Introduction. Acute pancreatitis (AP) is a significant challenge for the modern medicine for medical reasons, social and economic aspects. Patients with acute pancreatitis demonstrate physical, psychological and social problems.

Aim. The aim of the study was to assess the quality of life of convalescents after moving pancreatitis, hospitalized from 2000 to 2006 in the Jagiellonian University in Cracov.

Material and methods. The study involved 142 adults – 61 women and 81 men, aged from 22 to 69 years. Three investigational methods were used: a retrospective analysis of medical records, original questionnaire and standardised questionnaire SF-36.

Results and conclusions. Demographic and social parameters, such as gender, education, occupational status, are the principal factors influencing individual components of quality of life evaluated with the SF-36 questionnaire. However, clinical variables related to acute pancreatitis, i.e. severity of disease, therapy, and complications have a limited impact on patients quality of life.

Results of the study demonstrated that parameters related to quality of life obtained in the study population with the SF 36 questionnaire were markedly lower, but not significantly different, from normal results for the general US population or patients surviving acute pancreatitis in Finland.

Adres do korespondencji: dr n. o zdrowiu Izabela Chmiel, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Uniwersytet Jagielloński, ul. Michałowskiego 12, 31–126 Kraków, tel. 12 634 33 97, e-mail: izabela_chmiel@wp.pl

Praca finansowana z projekt badań własnych — numer projektu: WŁ/P/34/WOZ.2007-2008 - pt. "Jakość życia chorych po przebytych ostrym zapaleniu trzustki"

The results may be helpful in estimating the scope of the social needs of the traveling disease in the education of medical professionals, as well as directly in the planning of rehabilitation.

Nursing Topics 2014; 22 (4): 426–432

Key words: quality of life; acute pancreatitis

Wstęp

Ostre zapalenie trzustki (AP, *acute pancreatitis*) jest chorobą zapalną trzustki o zróżnicowanym przebiegu klinicznym, występującą u osób uprzednio zdrowych lub z licznymi chorobami towarzyszącymi. Do najczęstszych przyczyn zapalenia trzustki u dorosłych zalicza się choroby pęcherzyka żółciowego oraz nadużywanie alkoholu [1–3].

Może przebiegać pod postacią łagodną lub ciężką. W postaci łagodnej, trwającej około 7–10 dni, proces zapalny dotyczy gruczołu trzustkowego. Wdrożone leczenie zachowawcze z równoczesnym usunięciem przyczyny wywołującej chorobę, gwarantuje powrót trzustki do normy, zarówno pod względem czynnościowym, jak i anatomicznym. W postaci ciężkiej, trwającej od kilku tygodni do kilku miesięcy, kończącej się zgonem u 20–30% przypadków, proces zapalny obejmuje gruczoł trzustkowy oraz w większym lub mniejszym stopniu otaczające tkanki i narządy. Występują liczne powikłania miejscowe i ogólnoustrojowe wymagające umieszczenia chorego na oddziale intensywnej terapii oraz włączenia leczenia wspomagającego, a czasami i operacyjnego [1, 2, 4–9].

Problem jakości życia w wielu chorobach to nie tylko problem dolegliwości, ale także tolerancji leczenia, działań niepożądanych terapii oraz śmiertelności związanej z powikłaniami lub z chorobami współistniejącymi [10]. Dlatego też, poznanie stanowiska pacjentów na temat ich jakości życia jest bardzo ważne między innymi z punktu widzenia pogodzenia się z chorobą i podjęcia wysiłków do jej przezwyciężenia. Wyższa ocena jakości życia sprzyja bowiem pozytywnemu nastawieniu do wyleczenia i pomaga w walce z chorobą [11].

Cel

Głównym celem pracy była ocena jakości życia rekonwalescentów po przebyciu ostrego zapalenia trzustki oraz określenie zależności pomiędzy jakością życia badanych osób a ich cechami społeczno-demograficznymi i parametrami klinicznymi.

Materiał i metody

W badaniu wzięło udział 142 pacjentów hospitalizowanych z powodu ostrego zapalenia trzustki w okresie od 2000 do 2006 roku w I Katedrze Chirurgii Ogólnej i Klinice Chirurgii Gastroenterologicznej *Collegium Medicum* Uniwersytetu Jagiellońskiego. Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę kierownika

Kliniki oraz Komisji Biotycznej CMUJ w Krakowie (nr KBET/157/B/2006 z dnia 25 stycznia 2007 roku).

Spośród 142 pacjentów objętych badaniem 57% (n = 81) to mężczyźni, pozostałe 43% (n = 61) to kobiety. Średnia wieku wynosiła 49, 7 ± 11, 6 roku (95% CI: 47, 8–51, 6), zakres 22–69 lat. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby mieszkające w Krakowie (n = 93; 65,5%), w innym mieście mieszkało 20 badanych (14,1%), a na wsi 29 osób (20,4%). W badanej populacji dominowały osoby z wykształceniem średnim (49,3%) i podstawowym (28,9%). Pracę zawodową kontynuowało jedynie 29,6% osób, a niemal połowa pacjentów pobierała rentę lub emeryturę. Osiemdziesiąt trzy osoby (58,5%) pozostawały w związku małżeńskim, a osoby stanu wolnego i żyjące w separacji stanowiły po 22%. Najliczniejszą grupę stanowili pacjenci z prawidłowym BMI wynoszącym 20–25 kg/m² (42,3%) oraz osoby z nadwagą lub otyłością ze wskaźnikiem masy ciała (BMI, *body mass index*) powyżej 25–40 kg/m² (52,8%). Ciężką postać AP rozpoznano u 75 (52,8%) pacjentów, a 67 (47,2%) osób stanowili badani z łagodną postacią schorzenia. Kamica żółciowa była przyczyną AP u 61 osób (43,0%), spożycie alkoholu u 41 (28,9%), a błąd dietetyczny u 40 (28,1%). Czas trwania hospitalizacji wynosił średnio 33,7 ± 37, 8 dnia i wahał się 5–203 dni. Dwadzieścia osiem (19,7%) osób wymagało leczenia operacyjnego. U pozostałych 114 (80,3%) zastosowano leczenie zachowawcze, w tym endoskopową sfinkterotomię u 31 (21,8%). Po opuszczeniu szpitala, do chwili badania kwestionariuszowego u 74 pacjentów stwierdzono kolejny epizod AP.

W badaniu zastosowano trzy metody badawcze: retrospektywną analizę dokumentacji medycznej przy użyciu autorskiego projektu bazy danych, metodę sondażu diagnostycznego za pomocą autorskiego kwestionariusza wywiadu oraz pomiar jakości życia za pomocą standaryzowanego kwestionariusza SF-36 w autoryzowanej polskiej wersji językowej [12]. Ze względu na ochronę kwestionariusza prawami autorskimi, na użycie autoryzowanej polskiej wersji językowej uzyskano zgodę *Quality Metric Incorporated License Number: F1-012406-25197*.

Dane kliniczno-epidemiologiczne dotyczące płci, wieku oraz schorzeń współistniejących zebrano w oparciu o historię choroby. Ponadto udokumentowano masę ciała i wzrost w celu obliczenia BMI. Definicję ciężkiej postaci AP przyjęto zgodnie z klasyfikacją z 1993 roku [13].

Tabela 1. Statystyka opisowa składowych jakości życia według kwestionariusza SF-36**Table 1.** Statystyka descriptive components of quality of life by SF-36 questionnaire

Skala		Średnia \pm SD	Mediana (IQR)
Ogólna jakość życia	QOL*	0,56 \pm 0,18	0,56 (0,43–0,71)
Skale funkcjonalne			
Funkcjonowanie fizyczne	PF	0,65 \pm 0,27	0,70 (0,50–0,90)
Ograniczenie roli społecznej z powodów fizycznych	RP	0,59 \pm 0,31	0,56 (0,31–0,94)
Funkcjonowanie społeczne	SF	0,60 \pm 0,26	0,63 (0,50–0,88)
Ograniczenie roli społecznej z powodów emocjonalnych	RE	0,62 \pm 0,32	0,58 (0,42–1,00)
Zdrowie umysłowe	MH	0,56 \pm 0,23	0,55 (0,40–0,75)
Witalność	VT	0,53 \pm 0,17	0,50 (0,44–0,63)
Ból cielesny	BP	0,61 \pm 0,27	0,56 (0,44–0,78)
Zdrowie ogólne	GH	0,43 \pm 0,19	0,45 (0,30–0,55)
Subiektywne zmiany w zdrowiu	HT	0,49 \pm 0,26	0,50 (0,25–0,50)

* QOL (*quality of life*) — średnia ocen jakości życia na podstawie wszystkich 9 składowych jakości życia; SD (*standard deviation*) — odchylenie standardowe; IQR (*interquartile range*) — rozstęp międzykwartyłowy

Tabela 2. Współczynnik korelacji rang Spearmana pomiędzy składowymi kwestionariusza SF-36**Table 2.** Spearman's rank correlation coefficient between the components of the SF-36 Questionnaire

	PF	RP	SF	RE	MH	VT	BP	GH	HT
PF	–	0,65	0,45	0,58	0,27	0,29	0,43	0,35	0,25
RP	0,65	–	0,65	0,81	0,50	0,40	0,55	0,47	0,27
SF	0,45	0,65	–	0,65	0,67	0,48	0,60	0,54	0,26
RE	0,58	0,81	0,65	–	0,52	0,39	0,53	0,49	0,22
MH	0,27	0,50	0,67	0,52	–	0,60	0,47	0,53	0,27
VT	0,29	0,40	0,48	0,39	0,60	–	0,28	0,38	0,26
BP	0,43	0,55	0,60	0,53	0,47	0,28	–	0,45	0,18
GH	0,35	0,47	0,54	0,49	0,53	0,38	0,45	–	0,37
HT	0,25	0,27	0,26	0,22	0,27	0,26	0,18	0,37	–
QoL	0,67	0,85	0,82	0,84	0,72	0,57	0,72	0,69	0,46

QOL (*quality of life*) — średnia ocen jakości życia na podstawie wszystkich 9 składowych jakości życia

Wszystkie podstawowe obliczenia wyników pomiaru jakości życia wykonano ściśle według zaleceń zawartych w obszernym i szczegółowym podręczniku Ware i wsp. [14] i zaleceń O'Connor [15]. Do analiz statystycznych użyto oprogramowania, Statistica 7.0 (StatSoft Inc., Tulsa, USA) oraz SPSS v.16 (SPSS Inc. Chicago, USA). Poziom $p < 0, 05$ przyjęto za istotny statystycznie.

Wyniki

Parametry dotyczące statystyki opisowej unormowanych wyników składowych jakości życia według kwestionariusza SF-36 podsumowano w tabeli 1.

Weryfikacja normalności rozkładu wymienionych zmiennych za pomocą testu Kołmogorowa i Smirnowa oraz testu Shapiro-Wilka wykazała, że wszystkie analizowane zmienne znamienne odbiegały od warunków rozkładu normalnego.

Współczynniki korelacji obliczone dla każdej z 36 par składowych jakości życia, a także korelację pomiędzy każdą składową a średnią oceną jakości życia przedstawiono w tabeli 2. Znamienne statystycznie korelację stwierdzono dla wszystkich analizowanych par zmiennych ($p < 0, 05$), która przyjmowała wyłącznie wartości dodatnie. Wartość współczynnika korelacji pomiędzy poszczególnymi 9 składowymi

jakości życia i sumaryczną średnią oceną poziomu jakości życia wahała się w zakresie od +0,46 do +0,88. Najbardziej zaznaczoną korelację QOL odnotowano dla składowych RP, SF i RE. Przy tym każda ze składowych była silniej skorelowana z sumaryczną oceną niż z pozostałymi 8 składowymi.

Wyniki badań wykazały, że, na jakość życia ogółem w badanej grupie ma wpływ płeć, wykształcenie, powrót do zdrowia oraz czas, jaki upłynął od hospitalizacji (rok hospitalizacji). Na przykład w wierszu I kategorią referencyjną są kobiety — OR, czyli iloraz szans, dla kobiet — OR = 1 obliczony OR dla mężczyzn wynosi 9,35 co oznacza, że mężczyźni mają średnio 9,35-krotnie większą szansę na uzyskanie jakości życia powyżej mediany w porównaniu z kobietami. Ze względu na ograniczoną wielkość próby w nawiasie podano przedział ufności dla OR, który wynosi 1,9–44,04. W ostatniej kolumnie podano ocenę istotności tego, że mężczyźni mają istotnie większą szansę na wyższą QOL niż kobiety. W analogiczny sposób opracowano wyniki dla pozostałych istotnych czynników.

Na wartość składowej funkcjonowanie fizyczne badanych osób istotny wpływ ma tylko wykształcenie. Osoby z wykształceniem zawodowym i wyższym mają istotnie wyższą QOL, niż osoby z wykształceniem średnim. Na wartość składowej ograniczenie roli społecznej z powodów fizycznych badanych osób istotny wpływ ma tylko dodatkowe leczenie. Osoby, które nie wymagają dodatkowego leczenia mają istotnie wyższą jakość życia niż osoby, które takiego leczenia wymagają. Natomiast na wartość składowej ograniczenie roli społecznej z powodów emocjonalnych badanych osób istotny wpływ mają: stan cywilny i powrót do zdrowia. Na przykład w kategorii stan cywilny, osoby owdowiałe mają największą, bo 29-krotnie większą szansę na uzyskanie jakości życia powyżej mediany, w porównaniu z innymi osobami z tej grupy. Badanie dowodzi, że na wartość składowej zdrowie umysłowe badanych osób istotny wpływ mają nawrót choroby oraz poczucie wyleczenia. Na przykład w kategorii nawrót choroby — osoby, u których AP nie wystąpiło ponownie mają 3,20-krotną wyższą szansę na lepszą jakość życia, niż osoby u których AP ponownie wystąpiło (do chwili rozpoczęcia badania kwestionariuszowego było ich aż 74). Na wartość składowej witalność badanych osób istotny wpływ ma wykształcenie. Osoby z wykształceniem zawodowym mają największą, bo 5,53-krotnie większą szansę na wyższą jakość życia niż pozostałe osoby. Nie umieszczono tutaj wszystkich czynników, lecz te co, do których oczekiwano, że powinny być, a nie są istotne. Natomiast w przypadku wartości składowej ból cielesny badanych osób istotny wpływ mają: sytuacja społeczno-zawodowa, staż pracy, przyczyna choroby

oraz przyjmowanie leków. Na przykład, analizując sytuację społeczno-zawodową widać, że osoby czynne zawodowo mają mniejsze odczuwanie bólu niż osoby z pozostałych kategorii, największą, bo 22,7-krotnie większą szansę na wyższą jakość życia. Na wartość składowej zdrowie ogółem badanych osób istotny wpływ mają: choroby układu krążenia, poczucie wyleczenia, przyjmowanie leków i dodatkowe leczenie. Osoby, u których nie występują choroby układu krążenia mają poczucie wyleczenia, nie są poddane dodatkowemu leczeniu osiągają wyższą ocenę QOL w obszarze zdrowie ogółem. Lepsze poczucie zdrowia mają ci, którzy przyjmują dodatkowe leki (lepiej się czują, bo skierowania jest na nich uwaga innych, zażywanie leków daje im poczucie bezpieczeństwa, nie czują się w pełni wyleczeni, przyjmują leki, aby nie nastąpił nawrót choroby). Z przedstawionych danych wynika również, że na wartość składowej subiektywne zmiany w zdrowiu badanych osób istotny wpływ mają płeć oraz stan cywilny. Dowiedziano, że mężczyźni mają średnio 2,97-krotnie większą szansę na uzyskanie jakości życia powyżej mediany w porównaniu z kobietami, istotnie lepiej i częściej widzą i odczuwają poprawę swojego zdrowia, natomiast osoby rozwiedzione i owdowiałe mają gorsze poczucie tego, że ich zdrowie się poprawiło (tab. 3).

Badanie dowiodło, że żaden z badanych 10 czynników (stan cywilny, sytuacja społeczno-zawodowa, wiek, staż pracy, nawrót AP, poczucie wyleczenia, powrót do zdrowia, przyjmowanie leków, zależność od leków, dodatkowe leczenie) nie miał istotnego wpływu na wartość składowej jakości życia- funkcjonowanie społeczne.

Dyskusja

W niniejszej pracy przedstawiono wyniki pomiaru jakości życia i analizę czynników związanych z jakością życia 142 rekonwalescentów po przebyciu ostrego zapalenia trzustki. W badaniu zastosowano pomiar jakości życia przy użyciu powszechnie stosowanego narzędzia pomiarowego — kwestionariusza SF-36 [14, 16, 17]. Zaletą kwestionariusza jest fakt, że używano go już wcześniej do oceny rekonwalescentów po AP [18–22].

Analiza czynników wpływających na składowe jakości życia wykazała, że głównymi determinantami tego aspektu zdrowia są głównie parametry demograficzno-społeczne, tj. płeć, wykształcenie, sytuacja zawodowa i stan cywilny. Zdecydowanie mniejszą rolę odgrywają natomiast zmienne kliniczne związane z AP, czyli ciężkość schorzenia, rodzaj leczenia i obecność powikłań.

Prowadzone dotąd na świecie badania, nad jakością życia rekonwalescentów po AP dotyczyły różnej wielkości grup chorych od około 20 do prawie

Tabela 3. Czynniki warunkujące jakość życia pacjentów po przebytych ostrym zapaleniu trzustki
Table 3. Factors influencing quality of life of patients after the acute pancreatitis

Składowe SF-36	Zmienna	Kategoria	OR (95% CI)	P	
QOL	Płeć	Kobieta	1	0,005	
		Mężczyzna	9,35 (1,99–44,04)		
	Wykształcenie	Podstawowe	1	0,228	
		Zawodowe	6,09 (0,32–114,76)	0,008	
		Średnie	8,35 (1,74–40,14)	0,003	
		Wyższe	33,02 (3,42–319,13)		
Powrót do zdrowia	Nie	1	0,015		
	Tak	9,23 (1,54–55,39)			
Rok hospitalizacji	Ciągła		1,65 (1,13–2,40)	0,009	
PF	Wykształcenie	Podstawowe	1	0,311	
		Zawodowe	3,73 (0,29–47,62)		0,508
		Średnie	0,67 (0,21–2,19)		0,013
		Wyższe	11,54 (1,68–79,14)		
RP	Dodatkowe leczenie	Tak	1	0,037	
		Nie	2,90 (1,07–7,87)		
RE	Stan cywilny	Żonaty/zamężna	1	0,187	
		Kawaler/panna	0,39 (0,10–1,58)	0,222	
		Rozwiedziony/a	0,46 (0,13–1,61)	0,002	
		Wdowiec/wdowa	29,63 (3,63–242,08)		
Powrót do zdrowia	Nie	1	0,002		
	Tak	9,39 (2,25–39,15)			
MH	Nawrót OZT	Tak	1	0,041	
		Nie	3,20 (1,05–9,78)		
Poczucie wyleczenia	Nie	1	0,033		
	Tak	5,24 (1,14–23,97)			
VT	Wykształcenie	Podstawowe	1	0,089	
		Zawodowe	5,53 (0,77–39,76)		0,027
		Średnie	2,83 (1,13–7,14)		0,039
		Wyższe	3,66 (1,07–12,59)		
BP	Sytuacja społeczno-zawodowa	Bezrobotni	1	0,002	
		Czynni zawodowo	23,70 (3,16–177,94)		
		Na utrzymaniu	6,08 (0,36–101,63)		0,209
		Rencista	1,46 (0,22–9,76)		0,698
		Emeryt	5,82 (0,68–50,08)		0,109
	Staż pracy	Ciągła	0,92 (0,85–0,99)	0,023	
	Etiologia AP	Żółciowa	1	0,033	
		Alkoholowa	0,17 (0,03–0,87)	0,614	
		Inna	1,43 (0,36–5,66)		
	Przyjmowanie leków	Tak	1	0,039	
Nie		0,27 (0,08–0,94)			
GH	Choroby układu krążenia	Tak	1	0,007	
		Nie	4,18 (1,48–11,76)		
	Poczucie wyleczenia	Nie	1	0,024	
		Tak	4,35 (1,21–15,67)		
	Przyjmowanie leków	Tak	1	0,002	
		Nie	0,13 (0,04–0,46)		
Dodatkowe leczenie	Tak	1	0,041		
	Nie	0,40 (0,16–0,96)			
HT	Płeć	Kobieta	1	0,006	
		Mężczyzna	2,97 (1,36–6,49)		
	Stan cywilny	Żonaty/zamężna	1	0,365	
		Kawaler/panna	0,62 (0,22–1,75)	0,009	
		Rozwiedziony/a	0,26 (0,09–0,71)	0,006	
	Wdowiec/wdowa	0,17 (0,05–,59)			

200 osób. Z uwagi na liczne rozbieżności w metodologii badań, między innymi charakterystyka kliniczna, rodzaj skal używanych do pomiaru jakości życia oraz czas trwania obserwacji, bezpośrednie porównanie wyników obecnego badania z innymi autorami nie jest w pełni możliwe.

Badania własne dowiodły, że subiektywna ocena poszczególnych wymiarów jakości życia polskich rekonwalescentów po AP jest niższa niż osób mieszkających na terenie Stanów Zjednoczonych i Finlandii oraz z krajów Europy Zachodniej, gdzie 70–90% chorych określa jakość życia po AP jako dobrą, a duża grupa po przebytej chorobie podejmuje pracę zawodową [18–22].

Część dotychczasowych badań z użyciem kwestionariusza SF-36 i innych wskazuje na istotne upośledzenie składowych jakości życia u rekonwalescentów po AP w porównaniu z grupami kontrolnymi [23]. Wyniki prospektywnej analizy zmian parametrów jakości życia w okresie od 3 do 12 miesięcy od epizodu AP wskazują na istotną ewolucję składowych funkcjonowania fizycznego [22]. Podobne wyniki uzyskano również w badaniu, w którym używano innych narzędzi kwestionariuszowych [24, 25]. W analizowanej populacji pacjentów uzyskano zbliżone obserwacje. Stwierdzono, bowiem znamiennej korelację dodatnią między czasem, jaki upłynął od hospitalizacji i składowymi PF oraz RP kwestionariusza SF-36, a także ogólną jakością życia. Fakt ten wskazuje, więc na istotne znaczenie okresu rekonwalescencji, jaki upłynął do badania jakości życia.

Wraz z upływem czasu, jaki minął od opuszczenia szpitala we wielu doniesieniach, jakość życia osiąga poziom porównywalny z populacją ogólną niezależnie od postaci choroby i rodzaju zastosowanego leczenia. W jednym z badań obejmujących grupę pacjentów wymagających hospitalizacji na oddziale intensywnej terapii, po okresie 17–69 miesięcy od opuszczenia szpitala (mediana 42 miesiące) nie stwierdzono znaczących różnic między składowymi SF-36 u rekonwalescentów i odpowiednio dobraną pod względem wieku grupą kontrolną [19]. W kolejnym badaniu nie potwierdzono także znaczącego pogorszenia parametrów jakości życia po operacyjnym leczeniu AP [26]. Podobne obserwacje poczyniono w grupie 145 rekonwalescentów po ciężkiej postaci AP za pomocą kwestionariusza Rand 36-item Health Survey [18], czy też 34 pacjentów ocenianych przy użyciu *Gastrointestinal Quality of Life Index* [25].

Wnioski

Na poszczególne składowe jakości życia oceniane przy użyciu kwestionariusza SF-36 znaczący wpływ mają zmienne demograficzno-społeczne, tj. płeć, wykształcenie, sytuacja zawodowa i stan cywilny.

Zmienne kliniczne związane z AP, takie jak ciężkość schorzenia, rodzaj leczenia i obecność powikłań wywierają ograniczony wpływ na jakość życia pacjentów.

Niektóre składowe jakości życia, tj. funkcjonowanie fizyczne, ograniczenie roli społecznej z powodów fizycznych oraz ogólna jakość życia zmieniają się wraz z czasem, jaki upłynął od opuszczenia szpitala.

Podziękowanie

Panom, Prof. dr hab. med. Antoniemu Czuprynie, Dr. Maciejowi Górkiewiczowi i Dr. Markowi Sierżędze serdeczne wyrazy podziękowania za cenne wskazówki, konstruktywne uwagi oraz życzliwą pomoc w trakcie pisania pracy składa autorka.

Piśmiennictwo

1. Frossard J.L., Steer M.L., Pastor C.M. Acute pancreatitis. *Lancet* 2008; 371(9607): 143–152.
2. Lampe P. Ostre zapalenie trzustki. W: Szmidi J., Gruca Z., Krawczyk M., Kuźdżał J., Lampe P., Polański J. (red.). *Podstawy chirurgii. Medycyna Praktyczna, Kraków* 2004: 960–978.
3. Rydzewska G. Alkoholowe zapalenie trzustki. *Medycyna Ogólna* 2004; 10 (1-2): 67–73.
4. Degowska M., Bednarczuk A., Rydzewska G. Ostre zapalenie trzustki, obraz kliniczny, leczenie-standardy i nowości. *Nowa Klinika, Choroby Wewnętrzne* 2004; 11 (11–12): 1119–1125.
5. Toouli J., Brooke-Smith M., Bassi C. i wsp. Guidelines for the management of acute pancreatitis. *J Gastroenterol Hepatol.* 2002; 17 (supl.): 15–39.
6. Vernick J.J. Trzustka. W: Jarrel B. E., Carabasi R. A., Rowiński W. (red.). *Chirurgia. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław* 2003: 320–326.
7. Gabryelewicz A., Wereszczyńska-Siemiatkowska U. Choroby trzustki. W: Gabryelewicz A. (red.). *Gastroenterologia w praktyce. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa* 2002: 135–172.
8. Degowska M., Rydzewska G. Antybiotykoterapia w ostrym zapaleniu trzustki. *Pol. Merk Lek.* 2007; XXII (131): 465–468.
9. Heinrich S., Schafer M., Rousson V., Clavien P.A. Evidence-based treatment of acute pancreatitis: a look at established paradigms. *Ann. Surg.* 2006; 243 (2): 154–168.
10. Schipper H., Clinch J., Powell V. Definitions and conceptual issues. W: Spilker B. (red.). *Quality of Life Assessments in Clinical Trials.* Raven Press, New York 1992: 11–24.
11. O'Connell K. Individual quality of life: approaches to conceptualization and assessment. *Bull World Health Organ.* 2000; 78 (11): 1372.
12. Jaracz K. Sposoby ujmowania i pomiaru jakości życia. Próba kategoryzacji. *Piel. Pol.* 2001; 12 (2): 219–226.
13. Bradley E.L., 3rd. A clinically based classification system for acute pancreatitis. Summary of the International Symposium on Acute Pancreatitis, Atlanta, Ga, September 11 through 13, 1992. *Arch. Surg.* 1993; 128 (5): 586–590.
14. Ware J.E., Kosinski M., Dewey J.E. How to score version 2 of the SF-36 health survey. *Quality Metric Inc, Lincoln* 2000.
15. O'Connor R. Issues in the measurement of health-related quality of life. *Workshops in patient-centred health outcomes measurement, health program evaluation,*

- questionnaire design and decision making in health care. www.RodOConnorAssoc.com 1993.
16. Ware J.E., Jr., Kosinski M., Gandek B., Aaronson N.K., Apolone G., Bech P. i wsp. The factor structure of the SF-36 Health Survey in 10 countries: results from the IQOLA Project. *International Quality of Life Assessment. J. Clin. Epidemiol.* 1998; 51 (11): 1159–1165.
 17. Marcinowicz L., Sienkiewicz J. Badanie trafności i rzetelności polskiej wersji kwestionariusza SF-36: wyniki wstępne. *Przegl. Lek.* 2003; 60 (supl. 6): 103–106.
 18. Halonen K.I., Pettila V., Leppaniemi A.K., Kempainen E.A., Puolakkainen P.A., Haapiainen R.K. Long-term health-related quality of life in survivors of severe acute pancreatitis. *Intensive Care Med.* 2003; 29 (5): 782–786.
 19. Soran A., Chelluri L., Lee K.K., Tisherman S.A. Outcome and quality of life of patients with acute pancreatitis requiring intensive care. *J. Surg. Res.* 2000; 91 (1): 89–94.
 20. Szentkereszty Z., Agnes C., Kotan R., Gulacsi S., Kerekes L., Nagy Z. i wsp. Quality of life following acute necrotizing pancreatitis. *Hepatogastroenterology* 2004; 51 (58): 1172–1174.
 21. Halonen K. Outcome prediction and quality of life in severe acute pancreatitis. Helsinki: Medical Faculty of the University of Helsinki; 2004.
 22. Wright S.E., Lochan R., Imrie K., Baker C., Nesbitt I.D., Kilner A.J. i wsp. Quality of life and functional outcome at 3, 6 and 12 months after acute necrotising pancreatitis. *Intensive Care Med.* 2009; 35 (11): 1974–1978.
 23. Hochman D., Louie B., Bailey R. Determination of patient quality of life following severe acute pancreatitis. *Can. J. Surg.* 2006; 49 (2): 101–106.
 24. Pezzilli R., Morselli-Labate A.M., Campana D., Casadei R., Brocchi E., Corinaldesi R. Evaluation of patient-reported outcome in subjects treated medically for acute pancreatitis: a follow-up study. *Pancreatology* 2009; 9 (4): 375–382.
 25. Symersky T., van Hoorn B., Masclee A.A. The outcome of a long-term follow-up of pancreatic function after recovery from acute pancreatitis. *JOP* 2006; 7 (5): 447–453.
 26. Broome A.H., Eisen G.M., Harland R.C., Collins B.H., Meyers W.C., Pappas T.N. Quality of life after treatment for pancreatitis. *Ann Surg.* 1996; 223 (6): 665–670; discussion 70–72.