Joanna Stanisławska[1], Renata Zubrzycka[2], Dorota Talarska[1]

[1]Katedra i Zakład Profilaktyki Zdrowotne, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu
[2]Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

Jakość życia chorych z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego z uwzględnieniem czynników demograficznych i klinicznych

The quality of life in patients with ulcerative colitis with regard to demographic and clinical factors

STRESZCZENIE

Wstęp. Wrzodziejące zapalenie jelita grubego (colitis ulcerosa [UC, ulcerative colitis]), podobnie jak cała grupa nieswoistych zapaleń jelit, jest chorobą o nie do końca poznanej etiologii. Charakteryzuje się występowaniem objawów ze strony przewodu pokarmowego i objawów ogólnych, upośledzających codzienne funkcjonowanie chorych.

Cel. Ukazanie jakości życia chorych z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego z uwzględnieniem czynników demograficznych i klinicznych.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono w latach 2010–2012 wśród 258 osób z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego, w tym u pacjentów przebywających na oddziale Gastroenterologii i Żywienia Człowieka w Szpitalu Klinicznym nr 2 w Poznaniu oraz użytkowników forum: www.crohn.home.pl. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankiety. Użyto kwestionariusza RFIPC (Rating Form of Inflammatory Bowel Disease Patient Concerns) oraz ankietę dotyczącą danych demograficzno-klinicznych.

Wyniki. Na podstawie badania oszacowano poziom jakości życia osób badanych. Średnia punktów dla całej grupy wynosiła 48. Najliczniejszą grupą badanych, którzy uzyskali w kwestionariuszu powyżej 38,7 pkt. (a tym samym gorszą jakość życia) były kobiety (56,2%). U mężczyzn dobrą jakość życia (RFIPC poniżej 38,7 pkt.) stwierdzano w dwóch domenach: życie intymne 34,9 pkt. oraz stygmatyzacja ciała 36,8 pkt.

Wnioski. Na subiektywną ocenę jakości życia u kobiet ma wpływ: choroba, życie intymne, powikłania i stygmatyzacja ciała. Niska jakość życia częściej występuje u: kobiet, osób z zaostrzeniem procesu chorobowego, mieszkańców wsi, osób z zawodowym i podstawowym wykształceniem, chorych nieaktywnych zawodowo, a także u osób z czasem trwania choroby do 2 lat i powyżej 10 lat.

Problemy Pielęgniarstwa 2015; 23 (3): 373–379

Słowa kluczowe: wrzodziejące zapalenie jelita grubego; jakość życia

ABSTRACT

Background. Ulcerative colitis (colitis ulcerosa), as the whole group of non-specific bowel inflammations, is a disease whose aetiology has not been fully understood. It is characterised by bowel as well as general symptoms which affect patients' everyday life.

Aim. The quality of life of patients with ulcerative colitis with regard to demographic and clinical factors.

Material and methods. Research has been conducted in the period from 2010 to 2012 among 258 patients with ulcerative colitis staying in the Gastroenterology and Human Nutrition Ward in Clinical Hospital no 2 in Poznan and the users of: www.

Adres do korespondencji: dr n. med. Joanna Stanisławska, Katedra i Zakład Profilaktyki Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, ul. Smoluchowskiego 11, 60–179 Poznań, tel kom.: 600 702 150, e-mail: stanislawskajoanna@wp.pl

DOI: 10.5603/PP.2015.0061

crohn.home.pl forum. The method of diagnostic survey, inquiry technique. RFIPC questionnaire and a survey helping to collect demographic and clinical data.

Results. A study assessed quality of life of the respondents. The mean for the whole group was 48.09 points. The most numerous group of patients who scored above 38.7 points in the questionnaire (meaning worse quality of life) were women (56.2%). Good quality of life (RFIPC below 38.7 points) was more frequently found in men but only in two domains: intimate life 34.9 points and body stigmatisation 36.8 points.

Conclusions: Subjective assessment of quality of life in women is influenced by: the disease, intimate life, complications and body stigmatisation. The low quality of life is more frequently present in: women, patents with aggravated course of the disease, inhabitants of villages, patients with vocational or primary education, patients professionally inactive as well as patients whose disease lasted 2 years and above 10 years.

Nursing Topics 2015; 23 (3): 373–379

Key words: ulcerative colitis; quality of life

Wstęp

Wrzodziejące zapalenie jelita grubego (*colitis ulcerosa* [UC, *ulcerative colitis*]) jest rozlanym, nieswoistym zapaleniem błony śluzowej odbytnicy lub odbytnicy i okrężnicy, prowadzącym do powstania owrzodzeń. Przebiega najczęściej w postaci ostrych rzutów przedzielonych okresami pełnej remisji [1].

Częstość występowania UC jest największa w krajach Europy Północnej, Wielkiej Brytanii, Stanach Zjednoczonych, Kanadzie i Australii. Chorobowość w tych krajach wśród osób rasy białej wynosi 80–120 przypadków/100 tys. mieszkańców, natomiast zapadalność 7–15 nowych zachorowań na 100 tys. mieszkańców/rok. Najrzadziej choroba występuje w Ameryce Południowej, Azji i Japonii. Szacuje się, że chorobowość i zapadalność w tych rejonach są około 10-krotnie niższe niż w Europie i Ameryce Północnej [2, 3]. Ocenę sytuacji epidemiologicznej w Polsce utrudnia brak aktualnych wiarygodnych badań. Na Dolnym Śląsku rejestruje się rocznie średnio 840 hospitalizacji z powodu UC [4, 5].

Zachorowanie na UC może wystąpić w każdym wieku, jednak szczyt zapadalności przypada na okres między 20. a 40. rokiem życia oraz powyżej 65. roku życia. Nie stwierdzono różnic w zapadalności u kobiet i mężczyzn [6, 7]. Sposób leczenia zaostrzeń zależy od ich przebiegu oraz rozległości zmian zapalnych. Ciężkie zaostrzenie wymaga hospitalizacji [4, 8]. Ocena jakości życia pozwala w sposób obiektywny określić wpływ choroby na funkcjonowanie pacjentów, w tym również na ich aktywność zawodową. W celu pomiaru jakości życia opracowano wiele kwestionariuszy, które można podzielić na ogólne i specyficzne. Ogólne, do których zaliczono SF 36 (*Short From 36*) oraz SIP (*Sickness Impact Profile*), pozwalają na dokonywanie porównań różnych chorób w aspekcie ich wpływu na jakość życia. Specyficzne, które opracowano wyłącznie dla pacjentów z nieswoistymi zapaleniami jelit, najczęściej stosowane są IBDQ (*Inflammatory Bowel Disease Questionnaire*) oraz RFIPC (*Rating Form of Inflammatory Bowel Disease Patient Concerns*). Większość opublikowanych badań wskazuje na obniżoną jakość życia u kobiet, u których najważniejszą rolę odgrywają czynniki psychologiczne związane z chorobą oraz obawa przed byciem ciężarem dla innych. Negatywny wpływ na jakość życia ma również stres, który może pośrednio pogorszyć jakość życia u pacjentów z UC poprzez nasilenie choroby. Zainteresowanie pracowników ochrony zdrowia i podejmowanie wspólnych decyzji zwiększa jakość życia tych chorych [9].

Cel pracy

Celem pracy było ukazanie jakości życia chorych z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego z uwzględnieniem czynników demograficznych i klinicznych.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w latach 2010–2012 wśród 258 osób z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego. Badaniem objęto pacjentów przebywający na oddziale Gastroenterologii i Żywienia Człowieka w Szpitalu Klinicznym nr 2 w Poznaniu (n = 87) oraz użytkownicy forum: www.crohn.home.pl przeznaczonego dla osób z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego oraz chorobą Leśniowskiego-Crohna (n = 171). Wysłano drogą elektroniczną 518 kwestionariuszy, z czego uzyskano 171 wypełnionych prawidłowo ankiet.

Kryterium doboru grupy: chorzy ze zdiagnozowanym wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego, dobrowolna zgoda chorego na udział w badaniu, czas trwania choroby powyżej roku, wiek powyżej 18 lat. Uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu (nr 385/08).

Metodą badań jaką posłużono się w niniejszej pracy był sondaż diagnostyczny, a narzędziem badawczym były:

— kwestionariusz wywiadu, który zawierał pytania dotyczące sytuacji społeczno-demograficznej chorego oraz danych klinicznych, czyli czas trwania choroby, stadium choroby, objawy.
— kwestionariusz do oceny jakości życia — RFIPC — opracowany na początku lat 90. przez Dross-

man i wsp. [10]. Kwestionariusz ocenia obawy i lęki pacjentów wynikające z przebiegu choroby i leczenia nieswoistego zapalenia jelit. Właściwości psychometryczne narzędzia zostały określone przez autorów w trakcie przeprowadzonego w latach 1988–1989 badania obejmującego 991 chorych będących członkami Amerykańskiej Fundacji Choroby Leśniowskiego-Crohna i Wrzodziejącego Zapalenia Jelita Grubego. Współczynnik zgodności wewnętrznej dla poszczególnych obszarów wynosił od 0,79 do 0,91. Adaptację wersji polskiej przeprowadzili w 2009 roku Andrzejewska i Talarska [11]. Do oceny rzetelności zastosowano test α Cronbacha. Dla całego kwestionariusza wynosił 0,95. Natomiast w poszczególnych obszarach przyjmował następujące wartości: wpływ choroby — 0,95, życie intymne — 0,91, powikłania — 0,86 i stygmatyzacja ciała — 0,85. Uzyskane wyniki są podobne do poziomu rzetelności w oryginalnym narzędziu [10] oraz w adaptacji szwedzkiej (α Cronbacha dla całego kwestionariusza 0,95) [12].

Kwestionariusz RFIPC składa się z pytań odnoszących się do poziomu obaw w aspekcie czterech dziedzin: wpływ choroby na życie codzienne, życie intymne, powikłania choroby, obraz własnego ciała związany ze zjawiskiem stygmatyzacji. System odpowiedzi w RFIPC jest oparty na skali wizualno-analogowej VAS, mierzącej 100 mm. Respondenci w poszczególnych pytaniach uzyskują od 0 do 100 punktów, gdzie 0 oznacza brak obawy, a 100 — największe jej natężenie. Ogólną jakość życia szacuje się na podstawie średniej wyliczonej z sumy punktów uzyskanych ze wszystkich 25 pytań. Wynik wynoszący poniżej 38,7 pkt. oznacza mniej obaw, a tym samym lepszą jakość życia [10].

Dla potrzeb badania uzyskane punkty w kwestionariuszu RFIPC określające jakość życia chorych podzielono na mniejsze grupy według skali ocen stosowanej na Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu: do 38,7 pkt — dobra jakość życia (4,0), 38,7–50 pkt. — dość dobra (3,5), 50–70 pkt. — dostateczna (3,0), 70–100 pkt. — niedostateczna — zła (2,0). Ze względu na dużą rozpiętość wiekową do obliczeń statystycznych podzielono chorych na trzy grupy wiekowe: < 25. roku życia, 25–40 lat, 41–70 lat.

Analiza statystyczna

Do określenia różnic między dwoma grupami zastosowano test *t*-Studenta, a w przypadku porównywania więcej niż dwóch grup jednocześnie zastosowano analizę wariancji. W przypadku wykazania istotnej różnicy, zastosowano testy *post-hoc* Tukey'a w celu wyznaczenia grup jednorodnych. Zgodność danych z rozkładem normalnym analizowano za pomocą testu Kołmogorowa-Smirnowa, natomiast założenie jednorodności wariancji sprawdzano za pomocą testu Levene'a.

W celu sprawdzenia wpływu wieku respondentów na ocenę jakości w poszczególnych dziedzinach kwestionariusza zastosowano analizę kowariancji, w związku braku założenia o jednakowych nachyleniach krzywych regresji w obrębie analizowanych grup zastosowano model różnych nachyleń.

Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą pakietu statystycznego Statistica pl. wersja 10 (StatSoft). Wszystkie testy analizowano na poziomie istotności $\alpha = 0,05$.

Wyniki

Dane demograficzne i kliniczne

Badaniem objęto 258 osób, w tym 145 (56,2%) kobiet i 113 (43,8%) mężczyzn w przedziale wiekowym 19–70 lat. Średnia wieku badanych osób wynosiła 55 lat (odchylenie standardowe [SD, *standard deviation*] = 20,57). W badanej grupie przeważały osoby z wykształceniem wyższym (n = 151, 58,5%), również zdecydowana większość mieszkała na terenie miasta (n = 215, 83,3%). Osoby żyjące w związku stanowiły 50,8% (n = 131) grupy. Osoby aktywne zawodowo stanowiły 62,8% (n = 162).

Osoby badane to w większości chorzy, u których czas trwania choroby wynosił od 2 do 10 lat (n = 187, 72,5%, SD = 20,38). Poniżej 2 lat trwania choroby było 33 (12,8%, SD = 22,39) chorych, a powyżej 10 lat — 38 (14,7%, SD = 25,54). W okresie zaostrzenia choroby (przyjęto kryteria [9]: 6 krwistych wypróżnień na dobę, temperatura ciała > 37,8°C, tętno > 90 uderzeń/min) było 90 (34,9%, SD = 20,66) osób, natomiast w okresie remisji 168 (65,1%, SD = 20,89). Wśród objawów, które najczęściej dokuczały pacjentom były: bóle jamy brzusznej (n = 87, 33,7%, SD = 22,85), biegunka (n = 93, 36%, SD = 22,20), uczucie osłabienia (n = 75, 29,1%, SD = 22,85).

Jakość życia w poszczególnych domenach na podstawie badania z użyciem RFIPC

Ponad połowa (64,13%) badanych osób uzyskała powyżej 38,7 pkt. Średnia punktów dla całej grupy wyniosła 48 pkt., co odpowiada przyjętemu przedziałowi — dość dobra jakość życia.

Analizując obszary kwestionariusza RFIPC pod kątem zmiennych, stwierdzono, że najliczniejszą grupą badanych, którzy uzyskali w kwestionariuszu powyżej 38,7 pkt. (a tym samym gorszą jakość życia) były kobiety (56,2%). Dobrą jakość życia (RFIPC poniżej 38,7 pkt.) częściej stwierdzano w dwóch domenach u mężczyzn: życie intymne — 34,9 pkt. oraz stygmatyzacja ciała — 36,8 pkt. Rozpatrując jakość życia pacjentów pod względem wykształ-

Tabela 1. Średnie wartości RFIPC i analiza statystyczna w poszczególnych obszarach z uwzględnieniem wybranych zmiennych: płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, stan cywilny i aktywność społeczna

Table 1. Average values RFIPC and statistical analysis in specific areas, taking into account some variables: gender, age, education, place of residence, marital status and social activity

Dane demograficzne	Obszary/domeny RFIPC (średnia pkt)				
	Ogólna jakość życia	Wpływ choroby	Życie intymne	Powikłania	Stygmatyzacja ciała
Płeć					
Kobiety	53,0	0,0002**	45,6	55,5	46,0
Mężczyźni	43,1	45,0	34,9	46,4	36,8
p*	0,0002**	0,0003**	0,0011**	0,0018**	0,0098**
Wiek	4				
Do 25 lat	7,8	50,6	39,3	49,3	39,9
25–40 lat	49,3	51,5	41,3	51,7	42,0
41–70 lat	48,8	47,0	43,7	57,5	48,3
p*	0,8485	0,7730	0,7574	0,2421	0,4050
Wykształcenie					
Wyższe	47,7	50,4	39,5	50,4	39,1
Średnie	47,4	49,2	40,8	49,6	41,4
Zawodowe	53,2	51,7	44,1	60,0	56,6
Podstawowe	65,5	67,7	59,6	66,8	62,5
p*	0,0870	0,1701	0,2017	0.1122	0,0176**
Miejsce zamieszkania					
Miasto	48,0	50,25	40,47	50,84	40,34
Wieś	51,8	52,87	43,12	55,00	50,51
p*	0,2958	0,4359	0,6073	0,3289	0,0542
Stan cywilny:					
W związku	50,4	51,2	42,0	57,0	45,0
Stan wolny	46,8	50,1	39,7	45,8	38,9
p*	0,1709	0,6516	0,4842	0,0004**	0,0583
Sytuacja zawodowa					
Aktywny zawodowo	47,8	49,4	39,4	52,1	41,2
Nieaktywny zawodowo	59,0	58,6	52,8	63,6	59,4
Student	46,4	50,4	39,4	45,1	36,8
p*	0,0219**	0,0958	0,0554	0,0051**	0,0022**

*test Kruskala-Wallisa, **istotna różnica statystyczna $\alpha = 0,05$

cenia, zaobserwowano, że u większości chorych z wykształceniem wyższym jakość życia była na poziomie dość dobrym, zwłaszcza w domenach: życie intymne — 39,5 pkt. i stygmatyzacja ciała — 39,1 pkt. U osób z wykształceniem średnim jakość życia była na poziomie dość dobrym (47,4 pkt.), a z wykształceniem podstawowym na poziomie dostatecznym (65,5 pkt.) (tab. 1).

Większość osób badanych, u których proces chorobowy trwał poniżej 2 lat (średni wynik RFIPC 52,4 pkt.) oceniała jakość życia na poziomie dostatecznym. Natomiast u osób chorujących powyżej 10 lat (średni wynik RFIPC 45,2 pkt.) jakość życia była na poziomie dość dobrym. Biorąc pod uwagę przebieg procesu chorobowego, wykazano, że osoby będące w fazie remisji (62%) uzyskały średnio 44,4 pkt., czyli dość

Tabela 2. Średnie wartości RFIPC i analiza statystyczna w poszczególnych obszarach z podziałem na czas trwania choroby, stadium choroby, objawy i styl życia.

Table 2. Average values RFIPC and statistical analysis in specific areas with division into duration of illness, disease, symptoms and lifestyle.

Dane kliniczne	Obszary/domeny RFIPC (średnia pkt.)				
	Ogólna jakość życia	Wpływ choroby	Życie intymne	Powikłania	Stygmatyzacja ciała
Czas trwania choroby					
< 2 lat	52,4	53,6	49,0	53,7	44,6
2–10 lat	48,7	51,3	39,7	51,3	44,6
> 10 lat	45,2	44,9	39,6	50,3	41,7
p*	0,4106	0,2517	0,1770	0,8608	0,8558
Stadium choroby					
Remisja	44,4	46,3	35,7	47,8	37,6
Zaostrzenie	56,4	58,0	49,8	59,3	50,4
p*	0,0000**	0,0000**	0,0000**	0,0000**	0,0000**
Objawy					
Bóle brzucha	49,4	49,4	45,0	53,0	47,3
Biegunka	52,8	53,0	46,7	56,9	50,9
(p*)	(0,0083**)	(0,0192**)	(0,0711**)	(0,0036**)	(0,0047**)
Osłabienie	55,8	55,1	49,4	59,8	53,6
(p*)	(0,0000**)	(0,0012**)	(0,0119**)	(0,0000**)	(0,0000**)
Anemia	52,3	55,9	44,0	52,4	43,9
Niedowaga	55,9	58,5	48,6	56,5	48,8
Osteoporoza	55,8	60,7	48,0	50,6	47,3

*test Kruskala-Wallisa, **istotna różnica statystyczna $\alpha = 0,0$

dobrą jakość życia, natomiast w okresie zaostrzenia 56,4 pkt, co odpowiada ocenie dostatecznej. Dodatkowo występujące dolegliwości pogarszały jakość życia. Osoby z: bólami brzucha oceniały jakość życia na poziomie dość dobrym (49,4 pkt.), z biegunkami na poziomie dostatecznym (52,8 pkt.), z utrzymującym się osłabieniem również na poziomie dostatecznym (55,3 pkt.). Współistniejące zaburzenia takie jak: anemia (52,3 pkt.), niedowaga (55,9 pkt.), osteoporoza (55,8 pkt.) obniżyły jakość życia do poziomu dostatecznego (tab. 2).

Analiza statystyczna

Na podstawie analizy statystycznej określono istotną statystycznie różnicę pomiędzy płcią a ogólną oceną jakości życia (p = 0,0002) oraz w poszczególnych domenach: wpływ choroby (p = 0,0003), życie intymne (p = 0,0011), powikłania (p = 0,0018), stygmatyzacja ciała (p = 0,0098). Kobiety charakteryzowały się niższą jakością życia we wszystkich domenach (tab. 1). Istotne różnice statystyczne stwierdzono również w przypadku sytuacji zawodowej w aspekcie ogólnej jakości życia (p = 0,0219) oraz w dwóch domenach: powikłania (p = 0,0051) i stygmatyzacja ciała (p = 0,0022) (tab. 1).

Analizując stadium choroby wykazano różnice istotne statystycznie w aspekcie ogólnej jakości życia jak i czterech domenach (p < 0,0000) (tab. 2). Chorzy w okresie remisji oceniali jakość życia na poziomie dość dobrym, natomiast osoby z zaostrzeniem choroby na poziomie dostatecznym. Towarzyszące chorobie uczucie osłabienia oraz występowanie biegunki wykazało istotne różnice statystyczne w aspekcie ogólnej jakości życia (p = 0,0000, p = 0,0083) oraz w aspekcie czterech domen w przypadku uczucia osłabienia (wpływ choroby p = 0,0012, życie intymne p = 0,0119, powikłania p = 0,0000, stygmatyzacja ciała p = 0,0000) i trzech domen w przypadku biegunki (wpływ choroby p = 0,0192, powikłania p = 0,0036, stygmatyzacja ciała p = 0,0047). W pozostałych ob-

jawach nie wykazano istotnie statystycznych różnic (tab. 2).

W celu określenia wpływu zmiennej jakim jest wiek na ocenę jakości życia w poszczególnych domenach dodatkowo przeprowadzono analizę kowariancji (ANCOVA). Wiek jest istotnym kowariantem w przypadku płci respondentów. Wykazano istotne różnice w dwóch domenach: powikłania (płeć p = 0,0009; wiek p = 0,0017) oraz stygmatyzacja ciała (płeć p = 0,0058; wiek p = 0,0027). Zarówno w obszarze powikłania, jak i stygmatyzacji jakość życia spada wraz z wiekiem kobiet, natomiast u mężczyzn pozostaje na tym samym poziomie. Zatem wraz z wiekiem rośnie różnica w analizowanych dziedzinach między kobietami a mężczyznami.

Dwuczynnikowa analiza wariancji wykazała istotny wpływ czynników płci (p = 0,0030) oraz stanu cywilnego (p = 0,0002) na poziom obaw wynikających z powikłań choroby. Z analizy wynika, że osoby w stanie wolnym w mniejszym stopniu obawiają się występowania powikłań, niż chorzy będący w związku. Mężczyźni stanu wolnego oceniali swoją jakość życia na poziomie dość dobrym, a będący w związku na poziomie dostatecznym. Kobiety będące w związku, jak również stanu wolnego oceniały swoją jakość życia na poziomie dostatecznym.

Dyskusja

W całej badanej grupie respondenci nisko oceniali swoją jakość życia. Istotnym determinantem postrzegania jakości życia była płeć. Mężczyźni nieznacznie lepiej oceniali swoją jakość życia (mężczyźni — 43,1 pkt., kobiety — 53,0 pkt.), porównywalnie z badaniami Petryszyn i wsp.[4] oraz Drossman i wsp. [10]. Istotnymi wymienianymi czynnikami mającymi wpływ na ocenę jakości życia jest przebieg choroby i czynniki emocjonalne (stres, depresja) [4].

Z badań własnych wynika, że czas trwania choroby wpływa na obniżenie jakości życia, a tym samym gorsze funkcjonowanie chorych z UC. Badania Bączyk i wsp. [13] wykazały podobieństwo, że jakość życia badanych zależała od aktywności oraz czasu trwania choroby. Im bardziej zaawansowane było schorzenie oraz dłuższy czas trwania choroby, tym gorsze było funkcjonowanie.

Wyniki badań własnych potwierdzają również wyższy odsetek osób z wykształceniem wyższym (58,5%) w grupie chorych oraz lepszą jakość życia w porównaniu z osobami mającymi średnie, zawodowe czy podstawowe wykształcenie. Najczęściej na UC chorują ludzie młodzi w okresie, kiedy zdobywane jest wykształcenie i wyznaczone zostają kierunki przyszłej kariery zawodowej. Marri i Buchman [14] zaobserwowały, że pomimo obiektywnych trudności w postaci absencji w szkole i niedogodności związanych z objawami chorobowymi, osoby z UC osiągają podobny poziom wykształcenia, co osoby zdrowe. Niewątpliwie jednak okres kształcenia może ulegać wydłużeniu [4].

Mało satysfakcjonującą jakość życia chorzy oceniają w obszarze funkcjonowania społecznego. Przewlekła niezdolność do pracy spowodowana nawracającymi zaostrzeniami choroby, zmusza wielu chorujących do zrezygnowania z aktywności zawodowej. Jedne z badań donoszą, że w okresie 6 lat 59% pacjentów musiało z powodu choroby zmienić pracę lub godziny odbywania etatu [15]. Badania własne potwierdzają, że kobiety mają gorszą jakość życia w obszarze funkcjonowania społecznego. Mężczyźni niezależnie od aktywności zawodowej oceniali jakość życia na poziomie dobrym.

Inne aspekty funkcjonowania społecznego, takie jak: posiadanie partnera, bycie w związku małżeńskim, czy bycie aktywnym seksualnie, nie sprawiają chorym większych problemów. Według Timmera i wsp. [16] mężczyźni nie zgłaszają żadnych zaburzeń seksualnych i są ogólnie zadowoleni z własnej aktywności seksualnej. Natomiast problemy występujące u kobiet, takie jak: infekcje narządów rodnych, suchość pochwy i ból w trakcie stosunku, zdarzają się często i obniżają jakość życia płciowego [11].

Podczas analizy poszczególnych zmiennych sfery fizycznej, zauważono związek między jakością życia a występującymi dolegliwościami takimi jak: ból brzucha, biegunka i uczucie osłabienia. Shribel i wsp. [17] zaobserwowali u 87,9% pacjentów z UC dolegliwości bólowe, które powodowały obniżenie jakości życia. W badaniu Skowron [18] podczas analizy poszczególnych elementów jakości życia okazało się, że sfera fizyczna, czyli ból, biegunka, zmęczenie i inne objawy miały największy wpływ na zadowolenie i satysfakcję z życia.

Według badania grupy szwedzkich naukowców [19] przeprowadzonego w 2008 roku, pacjenci najczęściej uskarżali się na ograniczenia wynikające z braku witalności i nasilenia się objawów chorobowych, zwłaszcza dolegliwości bólowych.

Wnioski

Na subiektywną ocenę jakości życia u kobiet ma wpływ: choroba, życie intymne, powikłania i stygmatyzacja ciała.

Niska jakość życia częściej występuje u: kobiet, osób z zaostrzeniem procesu chorobowego, mieszkańców wsi, osób z zawodowym i podstawowym wykształceniem, chorych nieaktywnych zawodowo, a także u osób z czasem trwania choroby do 2 lat i powyżej 10 lat.

Piśmiennictwo

1. Bartnik W. Wytyczne postępowania w nieswoistych chorobach zapalnych jelit. Przegl. Gastroenterol. 2007; 2 (5): 216–229.
2. Lakatos PL. Recent trends in the epidemiology of inflammatory bowel diseases: upor down? World J. Gastroenterol. 2006; 12: 6102–6108.
3. The history of IBD. http://web.uct.ac.za/depts/git/ibd/ /history.htm; data pobrania: 10.09.2015.
4. Petryszyn P., Semianów-Wejchert J., Annabhani A., Paradowski L. Jakość życia, wykształcenie, profil zawodowy I status społeczny pacjentów z nieswoistymi zapaleniami jelit – przegląd piśmiennictwa. Gastroenterol. Pol. 2008; 15 (6): 421–424.
5. Paradowski L., Błachut K., Kollbek P. Epidemiologia nieswoistych zapaleń jelit, skala problemu. Med. Dypl. 2007; supl. 5: 33–37.
6. Baumgart DC., Sandborn WJ. Inflammatory bowel disease: clinical aspects and established and envolving therapies. Lancet 2007; 369: 1641–1657.
7. Konturek SJ. (red). Gastroenterologia i hepatologia kliniczna. PZWL Warszawa 2006.
8. Eder P., Łodyga Ł., Łykowska-Szuber L., Bartnik W., Durlik M., Gonciarz M., Kłopocka M., Linke K., Małecka-Panas E., Radwan P., Rydzewska G. Wytyczne Grupy Roboczej Konsultanta Krajowego w dziedzinie Gastroenterologii i Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii dotyczące postępowania z pacjentem z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego. Przegl. Gastroenterol. 2013; 8 (1): 1–20.
9. Sainsbury A., Heatley R.V. Review article: psychosocial factors in the quality of life of patients with inflammatory bowel disease. Aliment. Pharmacol. Ther. 2005; 21: 499–508.
10. Drossman D.A., Leserman J., Li Z., Mitchell M., Zagami E.A., Patrick D.L. The rating form of IBD patient concerns: a new measure of health status. Psychosom. Med. 1991; 53: 701–712.
11. Andrzejewska J., Talarska D. Jakość życia w nieswoistych zapaleniach jelit. Analiza i walidacja nowego narzędzia badawczego. Przeg. Gastroenterol. 2009; 4 (2): 88–92.
12. Hjortswang H., Strom M., Almeida R.T., Almer S. Evaluation of the RFIPC, a disease–specific health — related quality of life questionnaire, in Swedish patients with ulcerative colitis. Scand J. Gastroenterol. 1997; 32: 1235–1240.
13. Bączyk G., Karoń J., Krokowicz P. The objective and subiective of quality of life in patients with inflammatory bowel disease treated on surgical wards. Gastroenterol. Rev. 2011; 6: 170–175
14. Marri S.R., Buchman A.L. The education and employment status of patients with inflammatory bowel diseases. Inflamm. Bowel Dis. 2005; 11: 171–177.
15. Canavan C., Abrams K. R., Hawthorne B., Drossman D., Mayberry J. F. Long-term prognosis in Crohn's disease: factors that affect quality of life. Aliment Pharmacol. Ther. 2006; 23: 377–385.
16. Timmer A., Bauer A., Dignass A., Rogler G. Sexual function in persons with inflammatory bowel disease: A survey with matched controls. Clin. Gastroenterol. Hepatol. 2007; 1: 87–94.
17. Schribel A., Reichert A., Roll S. i wsp. Impact of pain on health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease. World J. Gastroenterol. 2010; 16: 3168–3177.
18. Skowron W. Jakość życia pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego. Problemy Pielęgniarstwa 2011; 19: 361–364.
19. Larsson K., Lööf L., Rönnblom A., Nordin K. Quality of life for patients with exacerbation in inflammatory bowel disease and how they cope with disease activity. J. Psychosom. Res. 2008; 64: 139–148.