

Instytut Pielęgniarstwa Wydział Ochrony Zdrowia  
Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków  
Institute of Nursing Faculty of Health Care Jagiellonian University, Cracow

ELŻBIETA WALEWSKA, LUCYNA ŚCISŁO,  
MARIA KÓZKA, PAULINA GRABOWIEC

---

*Quality of life in patients suffering from colitis ulcerosa*

---

**Jakość życia chorych z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego**

Diagnoza choroby przewlekłej niesie za sobą bardzo wiele zmian w sferze biologicznej, psychicznej i społecznej, a także bywa trudnym doświadczeniem dla osób z otoczenia. Zapadalność na wrzodziejące zapalenie jelita grubego ocenia się na 6 – 15 osób na 100 000 rocznie, natomiast liczba chorych w danym okresie czasu (chorobowość) jest około 12 razy większa (1). Choroba dotyczy osób w wieku 18 – 35 rok życia, niemniej wyraźny wzrost zapadalności obserwuje się też po 60 r. ż. Schorzenie to należy do grupy nieswoistych zapaleń o nieznannej etiologii (3,6). U około 80% chorych przebiega w postaci ostrych rzutów podzielonych okresami remisji, u 5% przebieg choroby zagraża życiu, u pozostałej części populacji pacjentów może wystąpić pojedynczy atak choroby i przez wiele lat żyją bez dolegliwości. Leczenie opiera się na leczeniu dietetycznym, farmakologicznym i chirurgicznym (2). W zależności od rzutu choroby pacjent wymaga leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnego. Diagnoza wrzodziejącego zapalenia jelita grubego wiąże się z wieloma dotkliwymi dolegliwościami. Choroba ta wymaga wsparcia bliskich osób. Zmienia się sytuacja materialna pacjenta. Zagrożone jest zdrowie i życie jednostki, choroba i zmiany z niej wynikające są trudne do zaakceptowania i wpływają na jakość życia człowieka i jego rodziny(4).

Zainteresowanie jakością życia chorych z różnymi typami schorzeń gwałtownie wzrosło w ostatnich latach i wiąże się ściśle z nową holistyczną koncepcją modelu medycyny odpowiedzialnej za pacjenta. Odpowiedzialność ta wiąże się nie tylko z przedłużaniem życia w sensie biologicznym, ale także z podjęciem wysiłku w celu uczynienia tego życia aktywnym i zbliżonym do takiego, jakie jest bliskie zdrowemu człowiekowi (5). Wrzodziejące zapalenie jelita grubego należy do grupy schorzeń, których objawy mają wpływ na funkcjonowanie fizyczne, psychiczne i społeczne chorych.

Celem pracy była ocena jakości życia chorych z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego.

#### MATERIAŁ I METODY BADAWCZE

Badania przeprowadzono w I Klinice Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej CM UJ oraz w I Klinice Chorób Wewnętrznych CM UJ w 2004 roku. Badaną populację stanowiło 30 pacjentów w przedziale wiekowym 17 – 63 lat. Kryterium doboru osób do grupy było rozpoznanie wrzodziejącego zapalenia jelita grubego. W przeprowadzonych badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego w oparciu o ankietę, do której wykorzystano następujące narzędzia badawcze: wskaźnik jakości życia, kwestionariusz ankiety, Skalę Akceptacji Choroby – AIS.

#### WYNIKI

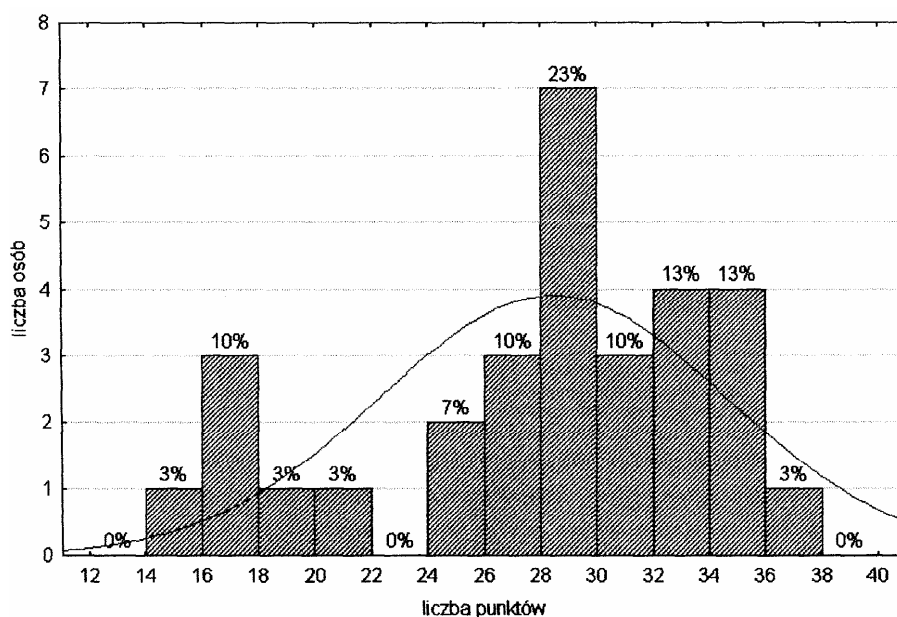
Badaniami objęto 30 osób, w tym 44% kobiet i 56% mężczyzn. Wiek badanych był zróżnicowany i mieścił się w przedziale od 17 do 63 lat. Średnia wieku wynosiła 40 lat. W badanej grupie przeważały osoby będące w związkach małżeńskich (64%). Poziom wykształcenia był zróżnicowany, przeważa-

zały osoby z wykształceniem średnim (43,3%) i wyższym (36,7%). Połowa respondentów (53,4%) mieszka w dużym mieście. Źródłem utrzymania dla 46,7% badanych jest stała pensja, a dla 26,7% świadczenie rentowe otrzymywane z powodu colitis ulcerosa. Zdecydowana większość (90%) respondentów mieszka z innymi członkami rodziny, tylko 6,7% mieszka samotnie.

Najwięcej respondentów, 30% choruje od 2 – 4 lat, następnie 20% od 4 – 6 lat, a 17% od 0 – 2 lat. Jedna osoba (3%) choruje 20 lat. Pozostali badani pojedynczo mieszcza się w przedziale od 6 – 18 lat. Najczęściej występującymi dolegliwościami u pacjentów były objawy rozpoznanej choroby tzn. biegunka (86,6%), krwawienia z dolnego odcinka przewodu pokarmowego (63,3%), osłabienie (60%) i bóle brzucha (56,6%). Pacjenci zdecydowanie regularnie przyjmują leki. W badanej grupie 100% respondentów stosuje dietę. Ze względu na zmienny charakter choroby, jak i różnice w reakcji na poszczególne produkty żywnościowe, nie jest ona taka sama dla wszystkich. Częstość występowania zaostrzeń choroby była zróżnicowana. Przeważały osoby (26,6%), których rzut choroby występuje wiosną i jesienią. Druga grupa (16,6%) to osoby, u których zaostrzenia występują co roku lub co dwa lata. U 13,3% okresy remisji nie trwają dłużej jak 4 miesiące. W badanej grupie przeważała ocena stanu zdrowia na poziomie średnim (40%). Pozostali respondenci określili je jako raczej niskie (26,7%), dobre (16,7%), niskie (13,3%). Ponad połowa badanych (53,3%) twierdzi, że choroba wpłynęła zasadniczo na ich funkcjonowanie fizyczne, a 40% uważa, że nieznacznie. Do najczęściej wymienianych utrudnień zaliczyć należy: niemożność wykonywania ciężkich prac domowych (23,3%), ograniczenie poruszania się poza domem ze względu na biegunkę (20%) oraz ze względu na ograniczenia dietetyczne (zbiorowe żywienie) rezygnacja z zorganizowanych grupowych wyjazdów z rówieśnikami (6,6%). Ponad połowa ankietowanych (66,6%) twierdzi, że rozpoznanie choroby spowodowało obniżenie nastroju, 33,3% badanych informuje o obniżeniu poczucia własnej wartości, 20% respondentów stanowią osoby, których zdaniem choroba spowodowała załamanie psychiczne. Największą grupę (73,3%) stanowiły osoby, u których choroba spowodowała obniżenie statusu materialnego, u 43,3% choroba wpłynęła niekorzystnie na kontakty z przyjaciółmi i znajomymi.

Badani oceniali jakość życia na poziomie od 3 do 10 punktów. Zdecydowana większość (73,4%) respondentów oceniła jakość życia jako wysoką.

Przystosowanie się do choroby odgrywa ogromną rolę w przypadku chorób przewlekłych, wiąże się to z akceptacją własnej choroby. Na 40 możliwych punktów 23% respondentów uzyskało 28 – 30 pkt., 26% 32 – 36. Z wykresu można odczytać, że 62% badanych uzyskało wysoki wynik w skali AIS, co świadczy o akceptacji własnego stanu chorobowego i przejawia się brakiem negatywnych emocji związanych z chorobą. Niecałe 20% ankietowanych uzyskało 14 – 22 pkt., co oznacza brak akceptacji i przystosowania się do choroby oraz silne poczucie dyskomfortu psychicznego.



**Wykres 1. Przystosowanie się do choroby wg AIS**

Ciekawym wydaje się porównanie średnich wyników w skali AIS pacjentów z colitis ulcerosa ze średnimi wynikami pacjentów z innymi chorobami przewlekłymi.

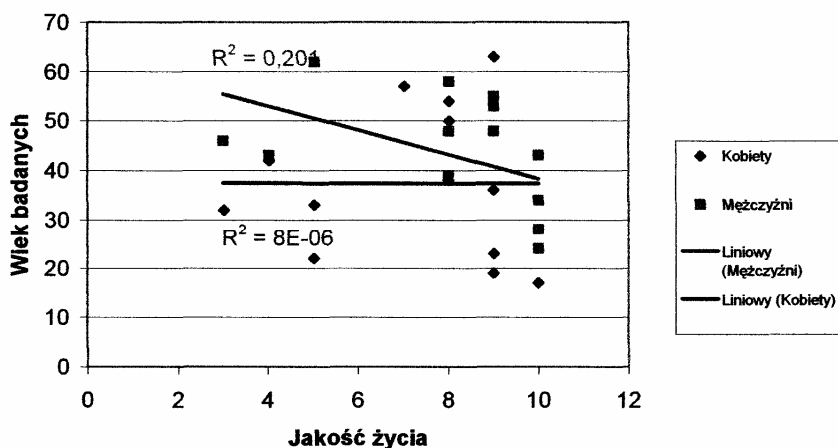
**Tabela 1. Średnie wyniki badanej grupy w skali AIS**

	N	M	SD
Pacjenci z colitis ulcerosa	30	27,45	6,10
Diabetycy		24,81	
Pacjenci z stwardnieniem rozsianym		24,59	
Pacjenci z bólem kręgosłupa		20,51	
Kobiety z rakiem sutka i macicy		28,13	

N – liczebność grupy M – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe

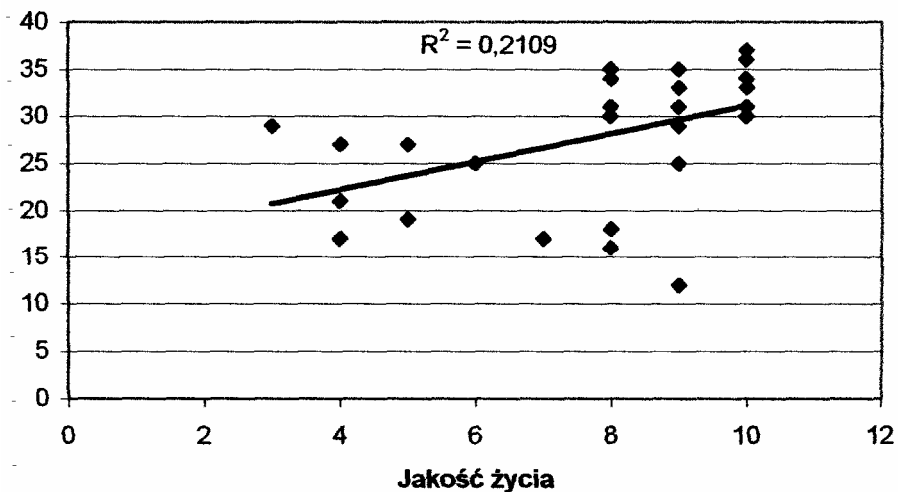
Respondenci z colitis ulcerosa uzyskali wysoki wynik na tle zaproponowanych grup.

Podjęto próbę obliczenia zależności między jakością życia a wiekiem, płcią oraz czasem trwania choroby i akceptacją choroby. Z obliczeń wynika, że korelacja między jakością życia a wiekiem, jakością życia a wiekiem badanych kobiet, jakością życia a czasem trwania choroby jest nieistotna. Korelacja  $R = -0,448$  oznacza, że istnieje zależność liniowa między jakością życia a wiekiem badanych mężczyzn ( $p < 0,04$ ). Wraz z wzrostem wieku respondentów jakość ich życia się obniża (wykres nr 2).



Wykres nr 2. Korelacja między wynikami jakości życia a płcią i wiekiem

Zależność liniowa występuje również pomiędzy jakością życia a akceptacją choroby. Korelacja  $R=0,459$  między wynikami jest istotna na poziomie 0,011 (dopuszczalne  $p<0,05$ ), przy czym wraz ze wzrostem jakości życia wzrasta akceptacja (wykres nr 3).



Wykres nr 3. Korelacja między jakością życia a akceptacją

#### WNIOSKI

1. Badani dokonali zróżnicowanej oceny jakości życia, przy czym  $\frac{3}{4}$  oceniło ją wysoko.
2. Wiek wpływa na obniżenie jakości życia u mężczyzn ( $p<0,04$ ), u kobiet tego zjawiska nie zaobserwowano.
3. Nie stwierdzono jednoznacznego związku między czasem trwania choroby a jakością życia, lecz zauważa się, że znaczna część badanych oceniająca jakość życia wysoko choruje więcej niż 5 lat.
4. Akceptacja własnego stanu chorobowego wzrasta wraz ze wzrostem jakości życia badanych ( $p<0,011$ ).

## PIŚMIENNICTWO

1. Eaden J.A., Mayberry J.F. Guidelines for screening and surveillance of asymptomatic colorectal cancer in patients with inflammatory bowel disease. *Gut*, 2002, 51, suppl.V, v10-v12.
2. Fibak J. Chirurgia. PZWL, Warszawa 2000.
3. Konturek S. (red.) Gastroenterologia i hepatologia kliniczna. PZWL Warszawa 2001.
4. Słowik P. Podejście egzystencjalne jako jedna z ważniejszych form pracy terapeutycznej psychologa z pacjentem chorym somatycznie. *Sztuka Lecz.* 1996, 2, 1.
5. Tobiasz – Adamczyk B. Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby. Wydawnictwo CM UJ, Kraków 1995.
6. Wiercińska – Drapadło A., Flisak R., Prokopowicz D. Rola transformujących czynników wzrostu w patogenezie wrzodziejącego zapalenia jelita grubego. *Merkuriusz Polski*, 2001, 10/57.

## STRESZCZENIE

Zapadalność na wrzodziejące zapalenie jelita grubego (colitis ulcerosa) ocenia się na 6 – 15 osób na 100 000 rocznie, natomiast liczba chorych w danym okresie czasu (chorobowość) jest około 12 razy większa. Zainteresowanie jakością życia chorych z colitis ulcerosa wiąże się nie tylko z przedłużaniem życia w sensie biologicznym, ale także z podjęciem wysiłku w celu uczynienia tego życia aktywnym i zbliżonym do takiego, jakie jest bliskie zdrowemu człowiekowi. Celem pracy była ocena jakości życia chorych z colitis ulcerosa. Badaną populację stanowiło 30 pacjentów z rozpoznany wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego. W badaniach wykorzystano następujące narzędzia badawcze: wskaźnik jakości życia Spitzera, kwestionariusz ankiety, Skalę Akceptacji Choroby – AIS. Uzyskane dane wykazały, że chorzy na wrzodziejące zapalenie jelita grubego dokonali zróżnicowanej oceny jakości życia, przy czym  $\frac{3}{4}$  oceniło ją wysoko. Wiek wpływa na obniżenie jakości życia u mężczyzn ( $p<0,04$ ), u kobiet tego zjawiska nie zaobserwowano. Nie stwierdzono jednoznacznego związku między czasem trwania choroby a jakością życia, lecz zauważa się, że znaczna część badanych oceniająca jakość życia wysoko choruje więcej niż 5 lat. Akceptacja własnego stanu chorobowego wzrasta wraz ze wzrostem jakości życia badanych ( $p<0,01$ ).

## ABSTRACT

Prevalence of colitis ulcerosa is estimated from 6 to 15 cases per 100 000 people every year, but morbidity (number of patients ill at the same time) is about 12 times bigger. Showing interest in quality of life of colitis ulcerosa patients doesn't concern longer survival in biological sense only, but also means attempts to make this life more active and closer to life of a healthy individual. The purpose of this study was to evaluate quality of life of colitis ulcerosa patients. 30 patients with diagnosed colitis ulcerosa comprised the study group. The following research tools were used: Spitzer's quality of life index, survey questionnaire and Disease Acceptance Scale – AIS. The results indicated that patients with colitis ulcerosa evaluated their quality of life differently, however,  $\frac{3}{4}$  of them scored highly. The age influenced quality of life negatively in male patients ( $p<0,04$ ), no such effect was observed in women. No unambiguous relation between disease duration and quality of life was observed though, it's been noted that many patients evaluating their quality of life highly have suffered from colitis ulcerosa for more than 5 years. Acceptance of individual's disease increases with the increase of the quality of life level observed in the participants ( $p<0,01$ ).