



Ocena akceptacji choroby i satysfakcji z życia pacjentów z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit z uwzględnieniem czynników socjodemograficznych i klinicznych

Assessment of illness acceptance and satisfaction with life in patients with inflammatory bowel diseases, taking into account sociodemographic and clinical factors

Halina Zielińska-Więczkowska^{1,A,C-F}, Paulina Mirola^{2,B-C,E-F}

¹ Katedra Nauk Społecznych i Medycznych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu Collegium Medicum w Bydgoszczy, Polska

² 10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką w Bydgoszczy, Polska

A – Koncepcja i projekt badania, B – Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – Analiza i interpretacja danych, D – Napisanie artykułu, E – Krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Zielińska-Więczkowska H, Mirola P. Ocena akceptacji choroby i satysfakcji z życia pacjentów z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit z uwzględnieniem czynników socjodemograficznych i klinicznych. Med Og Nauk Zdr. 2021; 27(3): 306–311. doi: 10.26444/monz/142356

■ Streszczenie

Wprowadzenie i cel pracy. Nieswoiste choroby zapalne jelit mają charakter przewlekły, a zatem chorzy muszą zmagać się z nimi do końca życia. Ten problem zdrowotny dotyczy często osób młodych. Celem badań była ocena poziomu akceptacji choroby i satysfakcji z życia pacjentów cierpiących na nieswoiste choroby zapalne jelit, w tym chorobę Leśniowskiego-Crohna i wrzodziejące zapalenie jelita grubego, oraz wykazanie współzależności z czynnikami socjodemograficznymi i klinicznymi.

Materiał i metody. Badaniem objęto 90 osób w wieku powyżej 18 lat – pacjentów Klinicznego Oddziału Gastroenterologicznego i Poradni Chorób Jelit, zlokalizowanych na terenie dwóch bydgoskich szpitali. Przeprowadzono je metodą sondażu diagnostycznego z zastosowaniem Skali Akceptacji Choroby (AIS), Skali Satysfakcji z Życia (SWLS) oraz autorskiego kwestionariusza ankiety zawierającego dane socjodemograficzne i kliniczne.

Wyniki. Średni wynik punktowy na skali AIS wyniósł 26,62 ± 6,83 pkt, a na skali SWLS 20,10 ± 5,57 pkt. Wykazano występowanie korelacji pomiędzy poziomem akceptacji choroby a satysfakcją życiową ($r=0,60$; $p<0,001$). Mężczyzn cechował istotnie wyższy poziom akceptacji choroby niż kobiety (28,20 ± 6,33 vs 25,11 ± 7,01; $p=0,031$). Występowanie objawów chorobowych i faza zaostrzenia choroby powodowały obniżenie poziomu akceptacji choroby i poczucia satysfakcji życiowej. Rodzaj choroby nie różnicował istotnie wyników na skali AIS oraz skali SWLS.

Wnioski. Uczestnicy badania cechowali się przeciętnym

poziomem akceptacji choroby i poczucia satysfakcji życiowej. Pacjenci akceptujący chorobę mieli wyższe wyniki w zakresie satysfakcji z życia. Osoby bez objawów chorobowych, w fazie remisji schorzenia, osiągały wyższe wyniki na skali AIS i skali SWLS.

■ Słowa kluczowe

akceptacja choroby, satysfakcja z życia, choroba Leśniowskiego-Crohna, wrzodziejące zapalenie jelita grubego

■ Abstract

Introduction and objective. Non-specific inflammatory bowel diseases are chronic, lifelong conditions which require medical attention. This health problem often concerns young people. The aim of the study was to assess the level of illness acceptance and satisfaction with life in patients with non-specific inflammatory bowel diseases, including Leśniowski-Crohn's disease (CD) and ulcerative colitis (UC), and indication of relationships with sociodemographic and clinical factors.

Materials and method. The study included 90 patients of Clinical Gastroenterology Ward and Bowel Disease Clinic located in two hospitals in Bydgoszcz. All patients were over the age of 18 years. A diagnostic survey was used along with the Acceptance of Illness Scale (AIS) and Satisfaction With Life Scale (SWLS), and an author constructed questionnaire containing sociodemographic and clinical data.

Results. Mean score was 26.62±6.83 for AIS and 20.10±5.57 for SWLS. A correlation was observed between the level of illness acceptance and satisfaction with life ($r=0.60$; $p<0.001$). Males showed a significantly higher level of illness acceptance than females (28.20±6.33 vs. 25.11±7.01; $p=0.031$). The occurrence of the symptoms of disease and the phase of disease exacerbation decreased the level of illness acceptance and the sense of satisfaction with life. No significant differences between the AIS and SWLS scores were observed according to the type of disease.

Adres do korespondencji: Halina Zielińska-Więczkowska, Katedra Nauk Społecznych i Medycznych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu Collegium Medicum w Bydgoszczy, ul. Świętojańska 20, 85-077 Bydgoszcz, Polska;
E-mail: wieczkowska@cm.umk.pl

Nadesłano: 19.04.2021; zaakceptowano do publikacji: 17.09.2021; publikacja on-line: 22.09.2021

Conclusions. The participants of the study showed an average level of illness acceptance and satisfaction with life. Patients who accepted their disease were more satisfied with life. Asymptomatic patients whose condition was in remission had higher scores on AIS and SWLS.

WPROWADZENIE

Nieswoiste choroby zapalne jelit (NChZJ) stanowią grupę wyniszczających schorzeń, których skutki rozprzestrzeniają się daleko poza jelita i wymagają interwencji nie tylko medycznych, ale i psychospołecznych [1]. Spośród nich najczęściej występującymi są choroba Leśniowskiego-Crohna (ang. *Leśniowski-Crohn's disease* – CD) oraz wrzodziejące zapalenie jelita grubego (ang. *ulcerative colitis* – UC) [2, 3, 4]. Z doniesień wynika, że wrzodziejące zapalenie jelita grubego jest bardziej rozpowszechnione niż choroba Leśniowskiego-Crohna [5]. Wśród najczęściej zgłaszanych przez chorych z NChZJ dolegliwości wymienia się zwiększoną częstotliwość wypróżnień, bóle brzucha i biegunkę [6]. W badaniach G. Cepuch i wsp. dominującym objawem choroby Leśniowskiego-Crohna był ból brzucha [7]. Ponadto chory może zgłaszać zmęczenie, bóle stawów, stany podgorączkowe, zaparcia [5]. Specyficznymi objawami choroby Leśniowskiego-Crohna jest występowanie ropni i przetok do narządów wewnętrznych lub na zewnątrz powłok brzusznych [5]. Proces chorobowy w tej jednostce chorobowej występuje głównie w końcowym odcinku jelita krętego [5, 8]. W przypadku wrzodziejącego zapalenia jelita grubego zmiany chorobowe obejmują okolicę jelita grubego [5]. Choroba przebiega z okresami zaostrzeń i remisji [5, 9]. Według doniesień S. Glinkowskiego i D. Marcinkowskiej do oceny aktywności choroby używa się różnych narzędzi pomiarowych, w tym skalę aktywności klinicznej (CAI) wg Rachmilewita, która uwzględnia takie dane jak liczba stolców w ciągu tygodnia, zawartość krwi w stolcu, ogólny stan pacjenta, bóle brzucha, ocenę temperatury ciała chorego, występowanie objawów pozajelitowych, wartości laboratoryjne (OB i HB). Wśród innych wymienia się m.in. skalę Schroedera, zmodyfikowaną skalę Mayo, ponadto znana jest też Montrealska Klasyfikacja Wrzodziejącego Zapalenia Jelita Grubego w zależności od ciężkości rzutu choroby. W fazie zaostrzenia choroby mogą występować objawy pozajelitowe, w tym zapalenie stawów obwodowych oraz rumień guzowaty. W stadium zaostrzenia choroby najbardziej dokuczliwe jej objawy to uciążliwe bóle brzucha, nasilona biegunka (częstotliwość wypróżnień – ponad 4 stolce na dobę), często z domieszką krwi, gorączka, co prowadzi do osłabienia i wyniszczenia organizmu pacjenta [10]. Kluczową rolę w NChZJ odgrywa dieta [4]. Schorzenie często dotyczy ludzi młodych. Najwięcej zachorowań odnotowuje się w przedziale wiekowym 15–35 lat [8, 11]. Nieswoiste choroby zapalne jelit wpływają na ograniczenia w wielu ważnych obszarach życia chorego, obniżając jego jakość życia [9, 11, 12, 13]. Mogą zaburzać funkcje seksualne, zwłaszcza w okresie zaostrzenia choroby [5]. Schorzenia w obrębie tej grupy (NChZJ) powodują negatywne konsekwencje psychologiczne, jak ujawnienie się negatywnych emocji, lęku i depresji [2, 5, 13]. Choroby te wiążą się z doświadczaniem przez chorego wielu obaw [13]. Z badań V. Pittet i wsp. przeprowadzonych na dużej próbie badawczej (n = 1102) wynika, że największe obawy wszystkich pacjentów

Key words

illness acceptance, satisfaction with life, Leśniowski-Crohn's disease, ulcerative colitis

z NChZJ dotyczą postawienia diagnozy, jaką jest „rak” [13]. Pacjenci z NChZJ wymagają interdyscyplinarnego podejścia i objęcia ich holistyczną opieką, w tym – pomocą psychologiczną [2, 14]. Całościową opiekę nad takim pacjentem powinny cechować takt, życzliwość, empatia i poszanowanie potrzeby intymności. Zdrowie psychiczne – jak sygnalizują niektórzy autorzy – jest zaniedbaną sferą funkcjonowania pacjentów cierpiących na tego typu schorzenia [14]. Osoby te mogą przejawiać trudności w adaptowaniu się do życia z chorobą. Jak wynika z niektórych doniesień, niższy stopień akceptacji choroby zauważa się w odniesieniu do choroby Leśniowskiego-Crohna w porównaniu z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego [15]. Większa akceptacja choroby jest wyznacznikiem lepszego funkcjonowania jednostki w sferze biopsychospołecznej [11]. Ponadto wskazuje się na duży stopień niezadowolenia personelu medycznego opiekującego się pacjentami z NChZJ, co może niekorzystnie rzutować na jakość całościowej opieki nad nimi [16]. Wynika to z badań dotyczących satysfakcji zawodowej przeprowadzonych wśród lekarzy i pielęgniarek (n=202) na terenie Hiszpanii. Zarówno grupa lekarzy, jak i pielęgniarek były zgodne co do tego, że obecne zasoby i personel są niewystarczające, aby zapewnić pacjentom wysoką jakość opieki. Najniższe wyniki, jakie w tych badaniach wykazano, to te, które były związane z długością oczekiwania na konsultację medyczną oraz z dostępnością personelu, ze środowiskiem pracy, a także z równowagą między potrzebami świadczących usług w zakresie wkładu, uznania i spełnienia zawodowego [16]. Programy edukacyjne tworzone specjalnie dla tej grupy chorych mogą przyczynić się do zminimalizowania ich cierpienia psychicznego, kształtowania umiejętności samokontroli oraz lepszego radzenia sobie ze stresem [17].

Celem badań była ocena poziomu akceptacji choroby i satysfakcji z życia pacjentów cierpiących na NChZJ, w tym chorobę Leśniowskiego-Crohna i wrzodziejące zapalenie jelita grubego, oraz wykazanie współzależności z czynnikami socjodemograficznymi i klinicznymi.

MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadzono w grupie 90 pacjentów Klinicznego Oddziału Gastroenterologicznego i Poradni Chorób Jelit, zlokalizowanych na terenie dwóch bydgoskich szpitali. Podstawowym kryterium włączenia osób do badań była potwierdzona choroba Leśniowskiego-Crohna lub wrzodziejące zapalenie jelita grubego oraz ukończony 18. rok życia. Badania miały charakter dobrowolny i anonimowy. Przeprowadzono je metodą sondażu diagnostycznego przy użyciu następujących narzędzi badawczych: Skali Akceptacji Choroby (Acceptance of Illness Scale – AIS) i Skali Satysfakcji z Życia (The Satisfaction with Life Scale – SWLS) [18] oraz autorskiego kwestionariusza ankiety zawierającego czynniki socjodemograficzne (płeć, wiek, stan cywilny, poziom wykształcenia, miejsce zamieszkania, sytuacja zawodowa)

i kliniczne, jak czas trwania i faza choroby (zaostrenie lub remisja), objawy i częstotliwość ich występowania w ciągu ostatnich czterech miesięcy, choroby współistniejące, rodzaj leczenia. Stadium choroby (zaostrenia lub remisji) oceniano na podstawie subiektywnej oceny chorego, co w badaniach anonimowych stanowi poważne ograniczenie w uzyskaniu w pełni wiarygodnych danych w tym zakresie. Do zbadania i oceny zaostrenia lub remisji choroby zastosowano pytania ankietowe o stadium choroby, objawy chorobowe i częstotliwość ich występowania w okresie ostatnich 4 miesięcy. Kryterium zaostrenia choroby stanowiły uciążliwe bóle brzucha, nasilona biegunka (powyżej 4 stolców na dobę), gorączka oraz zwiększona częstotliwość występowania objawów chorobowych w okresie ostatnich 4 miesięcy.

Skala AIS (autorzy: Barbara J. Felton, Tracey A. Rewenson i G.A. Hinrichsen, w adaptacji Zygrydy Juczynskiego) zawiera 8 stwierdzeń. Zakres jej wyników oscyluje na granicy od 8 do 40 pkt. Uzyskanie przez badanego wyższego wyniku dowodzi większej akceptacji danej jednostki chorobowej [18].

Skala SWLS (autorstwa: Ed Diener, Robert A. Emmons, Randy J. Larsen, Sharon Grioffin, w adaptacji Zygrydy Juczynskiego) zawiera 5 stwierdzeń. Zakres jej wyników zawiera się w przedziale od 5 do 35 pkt, a wyższy wynik oznacza poczucie większej satysfakcji z życia. Interpretacja wyników na skali SWLS: wyniki niskie (1–4 steny), przeciętne (5–6 stenów) a wysokie (7–10 stenów) [18].

Pacjenci zostali poinformowani o celu i zakresie badań oraz poproszeni o wzięcie w nich udziału. Badania prowadzono zgodnie z wytycznymi deklaracji helsińskiej, po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej.

Analizę statystyczną przeprowadzono w programie IBM SPSS Statistics 23. Obliczono średnią (M), odchylenie standardowe (SD), medianę (Me), minimum (Min.) i maksimum (Maks.). Ponadto wyniki przedstawiano w postaci frakcji procentowych. Do analizy rzetelności zastosowanych skal wykorzystano test rzetelności alfa Cronbacha. W celu sprawdzenia normalności rozkładu danych zastosowano test Shapiro-Wilka. Dla porównania średnich z dwóch niezależnych od siebie grup wykonano test t-Studenta. Zastosowano współczynnik korelacji r-Pearsona, który służy do sprawdzenia, czy dwie zmienne ilościowe są ze sobą powiązane związkiem liniowym dla zmiennych posiadających rozkład normalny. Ponadto wykorzystano test korelacji rang Spearmana, gdy obie lub jedna ze zmiennych nie posiada cech rozkładu normalnego lub skali ilorazowej. W celu porównywania średnich w wielu grupach zastosowano analizę wariancji ANOVA. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$.

WYNIKI

Charakterystykę socjodemograficzną respondentów prezentuje tab. 1.

Z kolei tab. 2 obrazuje charakterystykę kliniczną badanych osób.

Statystyki opisowe badanych zmiennych dla skali AIS i skali SWLS obrazuje tab. 3. Na skali AIS blisko połowa pacjentów (49,60%) uzyskała wyniki przeciętne, a 38,30% – wysokie, natomiast najmniej (12,10%) – niskie. Na skali SWLS także przeważały wyniki przeciętne – 41,10% (5–6 stenów) i niskie – 31,10% (1–4 steny), a najmniej było wyników wysokich – 27,80% (7–10 stenów). Obrazuje to tab. 4.

Tabela 1. Charakterystyka socjodemograficzna respondentów (n = 90)

Zmienne socjodemograficzne	n	%
Płeć		
kobieta	46	51,11
mężczyzna	44	48,89
Zakresy wieku		
18–29 lat	27	30,00
30–39 lat	19	21,11
40–49 lat	18	20,00
50–59 lat	10	11,11
60 i więcej lat	16	17,78
Stan cywilny		
panna/ kawaler	27	30,00
zamężna/ żonaty	47	52,22
wdowa/ wdowiec	7	7,78
rozwidziona/ rozwiedziony	8	8,89
w separacji	1	1,11
Wykształcenie		
podstawowe	5	5,55
zawodowe	14	15,56
średnie	45	50,00
wyższe	26	28,89
Sytuacja zawodowa		
pracująca/ pracujący	49	54,44
emeryt/ rencista	23	25,56
bezrobotna/ bezrobotny	10	11,11
prowadzący gospodarstwo rolne	4	4,44
uczeń/ student	4	4,44
Miejsce zamieszkania		
miasto	67	74,44
wieś	23	25,56

Źródło: badania własne.

Analizy testem normalności Shapiro-Wilka dowiodły, że rozkłady akceptacji choroby (SW (90)=0,98; $p=0,121$) i satysfakcji z życia (SW (90)=0,99; $p=0,866$) wykazywały zgodność z rozkładem normalnym. Wyniki rzetelności testem alfa Cronbacha dały wysokie wyniki ($\alpha=0,88$), co świadczy o tym, że uczestników badania cechowało spójne i jednolite poczucie akceptacji choroby i satysfakcji życiowej.

Związek czynników socjodemograficznych i klinicznych z wynikami na skali AIS i skali SWLS

Analizy korelacji rang Spearmana wykazały, że nie występował istotny statystycznie związek pomiędzy wynikami na skali AIS i skali SWLS a wiekiem (tab. 5). Poziom wykształcenia również nie wpływał istotnie na wyniki na skali AIS i skali SWLS, co zostało zbadane jednoczynnikową analizą wariancji (ANOVA) (tab. 6). Nie wykazano też istotnej zależności pomiędzy wynikami na Skali Akceptacji Choroby i Skali Satysfakcji z Życia z miejscem zamieszkania, co pokazuje tab. 7.

Mężczyźni wykazywali wyższy poziom akceptacji choroby niż kobiety ($28,20 \pm 6,33$ vs $25,11 \pm 7,01$; $p=0,031$). Płeć nie miała istotnego statystycznie wpływu na wyniki na skali SWLS: $t(88)=-0,36$; $p=0,719$.

Następnie zbadano, czy stan cywilny koreluje z wynikami na skali AIS i skali SWLS. Za pomocą analizy wariancji wykazano, że stan cywilny nie wykazuje istotnego związku z wynikami na skali AIS: $F(88)=0,56$; $p=0,694$ i na skali SWLS: $F(88)=0,42$; $p=0,558$.

Analiza wariancji dowiodła, że sytuacja zawodowa nie miała istotnego związku z wynikami na skali AIS: $F(88)=2,00$; $p=0,101$ i na skali SWLS: $F(88)=0,92$; $p=0,454$.

Tabela 2. Charakterystyka kliniczna badanych osób (n = 90)

Zmienne kliniczne	n	%
Nazwa schorzenia (NChZJ)		
wrzdziejące zapalenie jelita grubego	49	54,44
choroba Leśniowskiego-Crohna	40	44,44
brak jednoznacznej odpowiedzi	1	1,12
Wiek chorego, w jakim uzyskał diagnozę wrzdziejącego zapalenia jelita grubego lub choroby Leśniowskiego-Crohna		
przed 20. rokiem życia	16	17,78
21–30 lat	31	34,44
31–40 lat	13	14,14
41–50 lat	12	13,13
51–60 lat	13	14,14
powyżej 60. roku życia	5	6,37
Czas trwania choroby		
do 1 roku	9	10,00
2–3 lata	20	22,22
4–5 lat	10	11,11
6–10 lat	29	32,22
11–15 lat	17	18,89
powyżej 15 lat	5	5,56
Stadium choroby		
zaostrenie	55	61,11
remisja	35	38,89
Zgłaszane dolegliwości		
bóle brzucha	60	66,67
biegunka	59	65,56
gorączka	19	21,11
zaparcia	9	10,00
brak	12	13,33
Częstotliwość występowania objawów chorobowych w okresie ostatnich 4 miesięcy		
codziennie	27	30,00
kilka razy w tygodniu	27	30,00
1 raz w tygodniu	7	7,78
rzadziej niż 1 raz w tygodniu	19	21,11
nie występowały	10	11,11
Schorzenia współistniejące		
nadciśnienie tętnicze	17	18,89
niedokrwistość	14	15,57
osteoporoza	7	7,78
cukrzyca	5	5,56
inne	9	10,00
brak	45	50,00
Rodzaj leczenia		
farmakologiczne	69	76,67
biologiczne	31	34,44
żywnościowe	17	18,89
chirurgiczne	7	7,78

Źródło: badania własne.

Tabela 3. Statystyki opisowe badanych zmiennych dla skali AIS i skali SWLS (n = 90)

Nazwa skali	M	SD	Me	Min.	Maks.
Skala AIS	26,62	6,83	28	11	40
Skala SWLS	20,10	5,57	20	6	34

Oznaczenia: Skala AIS – Skala Akceptacji Choroby, Skala SWLS – Skala Satysfakcji z Życia
M – wartość średnia, SD – odchylenie standardowe, Me – mediana, Min. – wartość minimalna, Maks. – wartość maksymalna
Źródło: badania własne.

Analiza korelacji r-Pearsona wykazała występowanie istotnej statystycznie zależności pomiędzy poziomem akceptacji choroby a satysfakcją życiową ($r=0,60$; $p<0,001$). Osoby z wysokimi wynikami na skali AIS cechowały się wyższym poczuciem satysfakcji życiowej.

Tabela 4. Charakterystyka badanej grupy pod względem wyników uzyskanych na skali AIS i skali SWLS (n = 90)

Nazwa skali	Wyniki niskie AIS (8–18 pkt) SWLS (1–4 steny/ 5–17 pkt)	Wyniki przeciętne AIS (19–29 pkt) SWLS (5–6 stenów/ 18–23 pkt)	Wyniki wysokie AIS (30–40 pkt) SWLS (7–10 stenów/ 24–35 pkt)
	n (%)	n (%)	n (%)
Skala AIS	11 (12,10)	45 (49,60)	34 (38,30)
Skala SWLS	28 (31,10)	37 (41,10)	25 (27,80)

Oznaczenia: skala AIS – Skala Akceptacji Choroby, skala SWLS – Skala Satysfakcji z Życia
Źródło: badania własne.

Tabela 5. Związek wyników na skali AIS i skali SWLS z wiekiem – wyniki analiz korelacji rang Spearmana

Zmienne socjodemograficzne	Skala AIS	Skala SWLS
Wiek	0,004	0,095

Oznaczenia: skala AIS – Skala Akceptacji Choroby, skala SWLS – Skala Satysfakcji z Życia
Źródło: badania własne.

Tabela 6. Związek wyników na skali AIS i skali SWLS z wykształceniem (n = 90)

Skala	Wykształcenie	M ± SD	F	df	p
Skala AIS	podstawowe/ zawodowe (n = 23)	26,53 ± 6,49	0,213	86	0,809
	średnie/ policealne (n = 45)	26,24 ± 7,22			
	wyższe (n = 26)	27,35 ± 6,56			
Skala SWLS	podstawowe/ zawodowe (n = 23)	20,37 ± 4,41	2,081	86	0,131
	średnie/ policealne (n = 45)	19,02 ± 6,15			
	wyższe (n = 26)	21,17 ± 4,98			

Oznaczenia: skala AIS – Skala Akceptacji Choroby, skala SWLS – Skala Satysfakcji z Życia
M – średnia, SD – odchylenie standardowe, F – test ANOVA, df – liczba stopni swobody, p – poziom istotności statystycznej
Źródło: badania własne.

Tabela 7. Związek wyników na skali AIS i skali SWLS z miejscem zamieszkania (n = 90)

Skala	Miejsce zamieszkania	M ± SD	t	df	p
Skala AIS	wieś (n = 23)	26,57 ± 7,84	0,046	88	0,963
	miasto (n = 67)	26,64 ± 6,51			
Skala SWLS	wieś (n = 23)	20,17 ± 6,67	0,073	88	0,942
	miasto (n = 67)	20,07 ± 5,20			

Oznaczenia: skala AIS – Skala Akceptacji Choroby, skala SWLS – Skala Satysfakcji z Życia
M – średnia, SD – odchylenie standardowe, t – test t-Studenta, df – liczba stopni swobody, p – poziom istotności statystycznej
Źródło: badania własne.

Związek wybranych czynników klinicznych związanych z chorobą z wynikami na skali AIS i skali SWLS

Następnie za pomocą korelacji rang Spearmana zbadano, czy akceptacja choroby i satysfakcja z życia wykazywały związek z czasem trwania choroby, wiekiem pacjenta

w chwili postawienia diagnozy (dla obu parametrów brak rozkładu normalnego dla zmiennej), oraz częstotliwością występowania objawów chorobowych (skala porządkowa). W tym zakresie wykazano istnienie ujemnej korelacji pomiędzy częstotliwością występowania dolegliwości chorobowych w ciągu ostatnich 4 miesięcy a wynikami na skali AIS ($r = -0,379$; $p < 0,001$) oraz pomiędzy występowaniem objawów związanych z chorobą a wynikami na skali SWLS ($r = -0,476$; $p < 0,001$). Natomiast czas trwania schorzenia, jak i wiek pacjenta w chwili postawienia diagnozy nie wykazywały istotnego związku z wynikami na skali AIS i skali SWLS. Obrazuje to tab. 8.

Tabela 8. Związek wyników na skali AIS i skali SWLS z czasem trwania choroby, wiekiem pacjenta w chwili postawienia diagnozy, częstotliwością występowania objawów – wyniki analiz korelacji rang Spearmana

Zmienne kliniczne	Skala AIS	Skala SWLS
Czas trwania choroby	0,001	-0,129
Wiek pacjenta w chwili postawienia diagnozy	0,056	0,172
Częstotliwość występowania objawów chorobowych (w okresie ostatnich 4 miesięcy)	-0,379***	-0,476***

*** $p < 0,001$

Oznaczenia: skala AIS – Skala Akceptacji Choroby, skala SWLS – Skala Satysfakcji z Życia

Źródło: badania własne

Dalsze analizy przeprowadzone przy użyciu testu t-Studenta dla prób niezależnych dowiodły, że stadium choroby – jej zaostrzenie lub remisja – wykazywało istotny statystycznie wpływ zarówno na poziom akceptacji choroby [$t(88) = 2,66$; $p < 0,01$], jak i na poziom satysfakcji z życia [$t(88) = 3,48$; $p < 0,01$]. Wyniki prezentuje tab. 9. Współistnienie innych schorzeń nie wykazywało istotnego statystycznie wpływu na poziom akceptacji choroby [$t(88) = -0,46$; $p = 0,646$], jak i na poziom satysfakcji życiowej [$t(88) = -1,08$; $p = 0,283$]. Rodzaj schorzenia (choroba Leśniowskiego-Crohna lub wrzodziejące zapalenie jelita grubego) nie miał istotnego statystycznie wpływu na akceptację choroby [$t(88) = -0,71$; $p = 0,479$] i poczucie satysfakcji życiowej [$t(88) = -1,05$; $p = 0,296$]. Rodzaj leczenia także nie wpływał istotnie na wyniki na Skali Akceptacji Choroby [$t(88) = 0,82$; $p = 0,413$] i Skali Satysfakcji z Życia [$t(88) = 1,20$; $p = 0,234$].

Tabela 9. Związek wyników na skali AIS i skali SWLS ze stadium choroby (n = 90)

Skala	Stadium/ faza choroby	M ± SD	t	df	p
Skala AIS	Remisja (n = 35)	28,94 ± 7,12	2,66	88	0,009
	Zaostrzenie (n = 55)	25,15 ± 6,27			
Skala SWLS	Remisja (n = 35)	22,51 ± 4,91	3,48	88	0,001
	Zaostrzenie (n = 55)	18,56 ± 5,46			

Oznaczenia: skala AIS – Skala Akceptacji Choroby, skala SWLS – Skala Satysfakcji z Życia
M – średnia, SD – odchylenie standardowe, t – test t-Studenta, df – liczba stopni swobody,
p – poziom istotności statystycznej

Źródło: badania własne.

DYSKUSJA

Przeprowadzone badania dowiodły, że pacjenci z NChZJ uzyskują przeciętne wyniki na Skali Akceptacji Choroby

i Skali Satysfakcji z Życia. Zbliżony średni wynik na skali AIS (M=28,6) pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna wykazali w swoich badaniach J. Chrobak-Bień i wsp. [8]. Doniesienia innych autorów wskazują na niższy średni wynik na skali AIS (M=22,79), co świadczy o większych trudnościach w akceptacji choroby pacjentów z NChZJ, zwłaszcza tych cierpiących na chorobę Leśniowskiego-Crohna [15]. Takiej zależności nie wykazały prezentowane w niniejszym artykule wyniki badań własnych. W badaniach tych zaobserwowano większą akceptację choroby i wyższe poczucie satysfakcji życiowej u osób bez objawów chorobowych, w fazie remisji. W tym zakresie zauważa się zbieżność wyników [8, 9, 11, 19]. Doniesienia różnych autorów wskazują, że leczenie choroby niewymagające interwencji chirurgicznej korzystnie rzutuje na ogólne funkcjonowanie jednostki [9]. Badania dowiodły, że rodzaj leczenia nie był czynnikiem istotnie różnicującym wyniki na Skali Akceptacji Choroby i Skali Satysfakcji z Życia. Wyniki te pokazują, że warto byłoby rozszerzyć badania na większe grupy badawcze w celu sformułowania bardziej uogólnionych wniosków. Niektóre doniesienia wskazują na istnienie związku pomiędzy ciężkością i fazą zaostrzenia choroby a jakością życia osób z NChZJ [6, 9, 20]. Wyniki badań własnych dowodzą, że satysfakcja życiowa i akceptacja choroby były istotnie powiązane ze stadium choroby. U pacjentów w fazie zaostrzenia choroby zaobserwowano istotnie niższe wyniki w zakresie akceptacji choroby i satysfakcji z życia, co pokazuje tab. 9. Jak wynika z doniesień niektórych autorów, istotnymi determinantami niższej jakości życia u osób cierpiących na chorobę Leśniowskiego-Crohna są: niezdolność do pracy, nawroty choroby, wskaźnik hospitalizacji i terapia kortykosteroidami [21].

Badania ujawniły występowanie istotnej statystycznie zależności pomiędzy poziomem akceptacji choroby a satysfakcją z życia ($p < 0,001$), co wyraźnie koresponduje z doniesieniami innych badaczy zajmujących się tą problematyką [22]. W badaniach własnych nieco wyższe wyniki uzyskano w zakresie akceptacji choroby w porównaniu z poczuciem satysfakcji z życia. Na skali AIS w porównaniu ze skalą SWLS uzyskano więcej wyników wysokich (38,30% vs 27,80%) i mniej niskich (12,10% vs 31,10%) oraz przewagę wyników przeciętnych (49,60% vs 41,10%).

W badaniach przytoczonych wyżej autorów negatywna percepcja choroby (NChZJ) i współistniejąca depresja wykazywały silny związek z niższymi wynikami jakości życia [22]. V. Pittet i wsp. w swoich badaniach wykazali, iż zwiększony poziom niepokoju związanego z chorobą istotnie obniżał parametry jakości życia pacjentów cierpiących na nieswoiste choroby zapalne jelit [13]. Dlatego ta grupa chorych wymaga wsparcia psychologicznego [22]. W badaniach własnych czynniki socjodemograficzne nie wykazywały istotnego statystycznie związku z poziomem satysfakcji życiowej, co jest zgodne z doniesieniami innych autorów [3]. Z kolei wyniki badań portugalskich wskazują na istnienie zależności w zakresie płci. Wynika z nich, że kobiety z NChZJ wykazują istotnie niższe wyniki pod względem jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia [12]. Nie potwierdzają istnienia takiej korelacji doniesienia K. Kozłowskiej i wsp. [23]. Natomiast wyniki badań własnych dowiodły, że kobiety wykazują istotnie niższe wyniki na Skali Akceptacji Choroby, świadczące o większych trudnościach w akceptacji nieswoistych chorób zapalnych jelit w porównaniu do mężczyzn. Kozłowska i wsp. w swoich badaniach, przeprowadzonych wśród pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego

leczonych operacyjnie, wykazały ponadto związek pomiędzy jakością życia a wykształceniem [23]. W badaniach tych nie stwierdzono zależności między jakością życia a stanem cywilnym, statusem zawodowym, czasem trwania choroby i rodzajem operacji [23], co częściowo nawiązuje do prezentowanych tu wyników badań własnych.

WNIOSKI

- Poziom akceptacji choroby i satysfakcji z życia pacjentów cierpiących na nieswoiste choroby zapalne jelit kształtował się na średnim poziomie.
- Osoby lepiej akceptujące chorobę wykazywały wyższe wyniki w zakresie satysfakcji z życia.
- Mężczyźni osiągnęli istotnie wyższy poziom akceptacji choroby w porównaniu do kobiet. Lepiej akceptowali chorobę oraz wykazywali wyższe poczucie satysfakcji życiowej pacjenci bez objawów chorobowych, w fazie remisji.

PIŚMIENICTWO

1. Alarhayem A, Achebe E, Logue A. Psychosocial support of the inflammatory bowel disease patient. *Surg Clin North Am.* 2015; 95(6): 1281–1293. <http://dx.doi.org/10.1016/j.suc.2015.08.005>
2. Ilias T, Bungau S, Tit DM, et al. Psychosocial profile of the patients with inflammatory bowel disease. *Exp Ther Med.* 2020; 20(3): 2493–2500. <https://doi.org/10.3892/etm.2020.8816>
3. Prabha GS, Srinivasan N, Aravindh S, et al. Study on quality of life in patients with inflammatory bowel diseases (IBD): impact of sociodemographic factors. *Int J Pharm Sci Res.* 2020; 34: 2823–2827. doi: 10.13040/IJPSR.0975-8232.11(6).2823-27
4. Sarwan N, Jurawan R, Singh R, et al. An exploratory study of inflammatory bowel disease and the psychosocial factors affecting health-related quality of life. *Med Sci. (Basel).* 2019; 7(2), 18. <https://doi.org/10.3390/medsci7020018>
5. Miklas N, Szostkowska M, Zdrojewski Z. Seksualność kobiet z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit – badania własne. *Seksuologia Polska* 2015; 13(2): 45–52.
6. Hagelund LM, Stallknecht SE, Jensen HM. Quality of life and patients preferences among Danish patients with ulcerative colitis – results from a survey study. *Curr Med Res Opin.* 2020; 36(5): 771–779. <https://doi.org/10.1080/03007995.2020.1716704>
7. Cepuch G, Śniadek A, Śręba S. Jakość życia młodzieży z chorobą Leśniowskiego-Crohna. *Med. Og Nauk Zdr.* 2015; 21(4): 352–356. doi: 10.5604/20834543.1186904
8. Chrobak-Bień J, Gawor A, Paplaczek M, Gąsiorowska A. Wpływ czynników socjodemograficznych i klinicznych na stopień akceptacji choroby wśród osób cierpiących na chorobę Leśniowskiego-Crohna. *Piel Zdr Publ.* 2018; 8(1): 47–53.
9. Chrobak-Bień J, Gawor A, Paplaczek M, Gąsiorowska A. Analysis of factors affecting the quality of life of those suffering from Crohn's disease. *Pol Przegl Chir.* 2017; 89(4): 16–22. doi: 10.5604/01.300010010.3904
10. Glinkowski S, Marcinkowska D. Wrzodzące zapalenie jelita grubego – ocena aktywności choroby na podstawie współcześnie stosowanych skal. *Nowa Med.* 2018; 3: 123–137. doi: 10.25121/NM.2018.25.3.123
11. Chrobak-Bień J, Gawor A, Paplaczek M, Małecka-Panas E, Gąsiorowska A. Wpływ akceptacji choroby na jakość życia pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna. *Nowa Med.* 2017; 24(1): 5–17.
12. Magalhães J, de Castro FD, Carvalho PB, Moreira MJ, Cotter J. Quality of life patients with inflammatory bowel disease: importance of clinical, demographic and psychosocial factors. *Arq Gastroenterol.* 2014; 51(3). <https://dx.doi.org/10.1590/S0004-28032014000300005>
13. Pittet V, Vaucher C, Froehlich F, et al. Patient self-reported concerns in inflammatory bowel diseases: A gender-specific subjective quality-of-life indicator. *PLoS ONE.* 2017; 12(2): E0171864. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171864>
14. Taft TH, Ballou S, Bedell A, et al. Psychological considerations and interventions in inflammatory bowel disease patient care. *Gastroenterol Clin North Am.* 2017; 46(4): 847–858. doi: 10.1016/j.gtc.2017.08.007
15. Glińska J, Grzegorzczak A, Dzikowski Ł, Dzikowski A. Proces adaptacji do życia z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit. *Probl Pielęg.* 2015; 23(1): 7–12. doi: 10.5603/PP.2015.0002
16. Casellas F, Ginard D, Vera I, Torrejon A. Satisfaction of health care professionals managing patients with inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis* 2013; 7(7): e249–e255.
17. Berding A, Witte C, Gottschald M, Kaltz B, Weiland R, Gerlich C, Reusch A, Kruijs W, Faller H. Beneficial effects of education on emotional distress, self-management, and coping in patients with inflammatory bowel disease: a prospective randomized controlled study. *Inflamm Intest Dis.* 2016; 1: 182–190. <https://doi.org/10.1159/000452989>
18. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2012.
19. Cioffi I, Imperatore N, Di Vincenzo O, et al. Association between health-related quality of life and nutritional status in adult patients with Crohn's disease. *Nutrients.* 2020; 12(3): 746. <https://doi.org/10.3390/nu12030746>
20. Habidi F, Habidi ME, Gharavimia A, et al. Quality of life in inflammatory bowel disease patients: A cross-sectional study. *J Res Med Sci.* 2017; 22:104. doi: 10.4103/jrms.JRMS_975_16
21. Have M, Aalst, Kaptein AA, et al. Determinants of health-related quality of life in Crohn's disease: A systematic review and meta-analysis. *J Crohns Colitis.* 2014; 8: 93–106. <http://dx.doi.org/10.1016/j.crohns.2013.04.007>
22. Stapersma L, van den Brink G, van der Ende J, Bodelier AG, van Wering HM, Hurkmans PC, Mearin ML, van der Meulen-de Jong AE, Escher JC, Utens E. Illness perception and depression are associated with health-related quality of life in youth with inflammatory bowel disease. *Int J Behav Med.* 2019; 26: 415–426. doi: 10.1007/s12529-019-09791-6
23. Kozłowska K, Bączek G, Krokowicz P. Quality of life in patients with ulcerative colitis treated surgically. *Prz Gastroenterol.* 2014; 9(4): 220–226. doi: 10.5114/pg.2014.45104