

Jakość życia pacjentów z zespołem jelita drażliwego przed i po edukacji

Quality of life of patients with irritable bowel syndrome before and after education

Ewa B. Joć¹, Agnieszka Mądro², Krzysztof Celiński², Maria Słomka²,
Beata Kasztelan-Szczerbińska², Anna Pacian¹, Teresa Kulik¹

¹ Katedra Zdrowia Publicznego, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu UM w Lublinie

² Katedra i Klinika Gastroenterologii z Pracownią Endoskopową UM w Lublinie

Summary

Aim. The aim of the present study was to analyse the impact of education of patients with irritable bowel syndrome (IBS) on their quality of life.

Methods. The study was carried out at the Gastroenterology Outpatient Clinic of the Independent Public Clinical Hospital No. 4 in Lublin and Gastroenterology Outpatient Clinic of the Cardinal Stefan Wyszyński Regional Specialist Hospital in Lublin in the years 2010–2011. The quality of life was analysed using the Quality of Life Questionnaire (QOL-Q R. Schalock, K. Keith).

Material. The group of 83 patients with the diagnosis of irritable bowel syndrome, who gave their consent for inclusion in the study, was provided with information about the essence of the disease, disease-related diet and lifestyle, course of the disease, medications, and check-ups.

Results. Our patients educated by the physician, nurse and those provided with written information had substantially higher scores in multi-dimensional aspects of the quality of life after education. Six months after education patients with IBS showed a significantly higher quality of life in all aspects, i.e. Satisfaction, Competence/productivity, Empowerment/independence and Social inclusion/community integration. The understanding of the essence of their disease contributed to a decrease in anxiety associated with the neoplastic disease and worrying symptoms, which significantly reduced the incidence of complaints.

Conclusions. 1. Quality of life of patients with irritable bowel syndrome is substantially reduced in all the examined spheres. 2. Education of patients with IBS resulted in enhanced quality of life and reduced disease-related complaints. 3. Education of patients with IBS plays a significant role in the entire therapeutic process.

Słowa kluczowe: zespół jelita drażliwego, edukacja, jakość życia

Key words: irritable bowel syndrome, education, quality of life

Wstęp

Zespół jelita drażliwego (ZJD) rozpoznawany jest według tak zwanych kryteriów rzymskich III opracowanych w 2006 roku. Na ZJD według powyższych kryteriów składa się: nawracający ból brzucha lub dyskomfort trwający co najmniej trzy dni w miesiącu i przez trzy ostatnie miesiące, związany z co najmniej dwoma cechami takimi jak: ból zmniejsza się po wypróżnieniu, jego początek wiąże się ze zmianą częstości wypróżnień oraz ze zmianą konsystencji stolca [1, 2].

Ortiz-Lucas i wsp. [3] zwracają uwagę, że ZJD jest funkcjonalnym zaburzeniem pracy jelit, w którym podczas badania nie stwierdza się patologicznych zmian organicznych oraz biochemicznych organizmu. W zależności od tego, jakie objawy dominują, tradycyjnie wyróżnia się trzy podtypy: z dominującą biegunką, z dominującym zaparciem stolca i podtyp mieszany. Etiopatogeneza i patofizjologia schorzenia nie są znane, przypuszcza się, że znaczenie mają czynniki genetyczne, środowiskowe, zaburzenia motoryki jelit, nadwrażliwość trzewna, poinfekcyjne zapalenie jelit, zaburzenia psychiczne, nadużycia fizyczne i seksualne oraz przerost flory bakteryjnej jelit. Najnowsze teorie wskazują na fakt, że ewentualne współdziałanie wszystkich tych czynników może zainicjować ZJD. Mogą one oddziaływać na zasadzie interakcji pomiędzy mózgiem a zachowaniem oraz systemami odpowiedzialnymi za utrzymanie homeostazy organizmu, czyli układem nerwowym centralnym i autonomicznym, systemem immunologicznym i endokrynnym, co skutkuje określonymi implikacjami klinicznymi.

Podstawowym celem leczenia w ZJD jest opanowanie dolegliwości, które utrudniają choremu codzienne funkcjonowanie, a ich nasilenie zależy od rodzaju objawów oraz współwystępujących innych czynników, takich jak styl życia, dieta czy zaburzenia związane z doświadczanym stresem (depresja, lęki). Zazwyczaj opanowanie zaburzeń motoryki jelit skutkuje ustąpieniem dyskomfortu w jamie brzusznej. Leczenie obejmuje modyfikację diety, w tym stosowanie błonnika, leczenie farmakologiczne oraz pomoc psychologiczną. W ramach prowadzonej terapii w pierwszej kolejności zaleca się zmianę stylu życia, m.in. uprawianie sportu oraz zmianę nawyków żywieniowych. W leczeniu ZJD skuteczna okazuje się również psychoterapia, zwłaszcza hipnoterapia, oraz opanowanie technik radzenia sobie ze stresem. Gdy zmiana diety i stylu życia nie przynosi rezultatów, w terapii ZJD stosuje się środki farmakologiczne. Określone leki dobierane są na podstawie dominujących objawów, a głównym celem ich stosowania jest łagodzenie dolegliwości [4].

W całościowym procesie terapeutycznym bardzo ważną rolę odgrywa edukacja pacjenta. Protheroe i wsp. [5] uważają, że dostarczane pacjentom informacje na temat choroby, jej leczenia i powikłań są kluczowym elementem w radzeniu sobie z nią. Niestety, dość często zdarza się, że osoby, zwłaszcza z chorobą przewlekłą, mają trudny dostęp do aktualnej wiedzy na temat swego schorzenia. Pomimo że paradoksalnie dostęp do wielu treści jest szeroki dzięki stronom internetowym, czasopiśm

medycznym, w społeczeństwie istnieją duże rozbieżności w poziomach dostępu, użytkowania i zrozumienia informacji.

Świadomość pacjenta co do celów prowadzonej terapii znacząco ułatwia współpracę pomiędzy chorym a personelem medycznym. Dlatego też w odniesieniu do wielu jednostek chorobowych edukowanie pacjentów jest ważną częścią całościowego procesu leczenia, które w konsekwencji prowadzi do znaczącej poprawy jakości życia pacjentów.

Cel

Celem przeprowadzonych badań była analiza wpływu edukacji pacjentów z zespołem jelita drażliwego na jakość ich życia.

Material

Badania zostały przeprowadzone w latach 2010–2011 w Poradni Gastroenterologicznej SPSK 4 w Lublinie oraz Poradni Gastroenterologicznej WSS im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Lublinie.

Charakterystyka badanej populacji

Badaną grupę stanowiło 83 pacjentów z rozpoznaniem zespołu jelita drażliwego, 64 kobiety oraz 19 mężczyzn w wieku od 22 do 78 lat. Pacjenci wyrazili zgodę na badanie i zostali poddani edukacji w zakresie istoty schorzenia, stosowania diety, trybu życia, przebiegu choroby, przyjmowanych leków i konieczności przeprowadzania wizyt kontrolnych. Edukacja była realizowana indywidualnie w poradni ambulatoryjnej, ponadto chorzy dostali szczegółowo opracowane pisemne informacje odnoszące się do jednostki chorobowej.

Metody

Badania dotyczące jakości życia były przeprowadzone za pomocą Kwestionariusza Poczucia Jakości Życia (Quality of Life Questionnaire – QOL-Q; R. Schalock, K. Keith).

Kwestionariusz QOL-Q, w tłumaczeniu i adaptacji Jurosa, mierzy ogólne poczucie jakości życia, które jest sumą czterech cząstkowych wymiarów tego poczucia: Zadowolenie, Umiejętność/Produktywność, Możliwość działania/Niezależność, Przynależność do społeczności/Integracja.

Wyniki

Przedmiotem analizy było porównanie jakości życia przed edukacją i 6 miesięcy po edukacji w grupie pacjentów z ZJD. Uzyskane dane przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Jakość życia chorych z zespołem jelita drażliwego przed edukacją oraz 6 miesięcy po edukacji

Wymiary jakości życia	Przed edukacją		6 miesięcy po edukacji		Test t dla grup zależnych	
	M	SD	M	SD	t-Studenta	P
Zadowolenie	21,28	3,34	23,00	3,23	-7,75	0,000
Umiejętność/produktywność	17,29	5,44	17,88	5,72	-3,67	0,000
Możliwość działania/niezależność	26,14	2,88	27,72	2,06	-5,56	0,000
Przynależność do społeczności/Integracja	20,70	3,02	22,45	3,06	-6,22	0,000
Jakość życia – wynik ogólny	85,41	10,10	91,05	9,57	-10,25	0,000

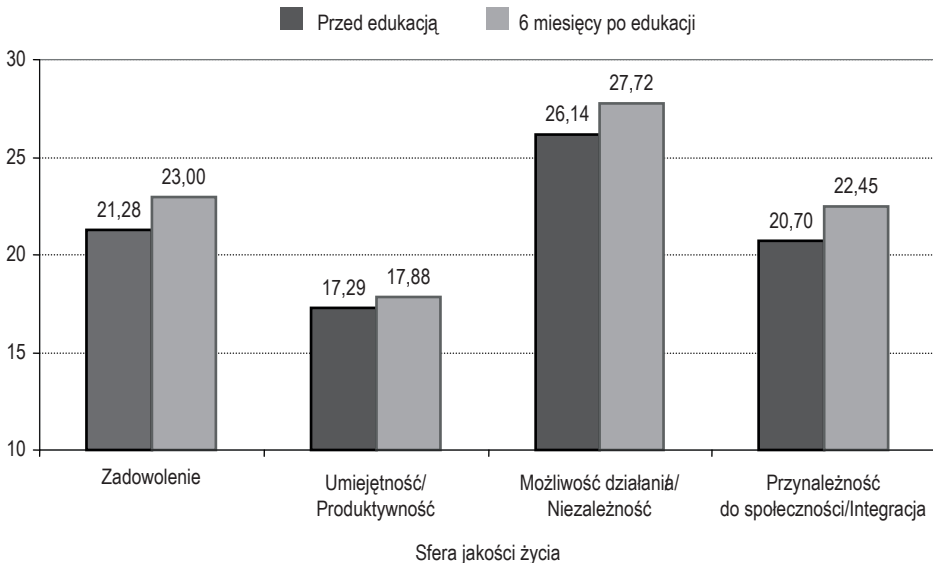
M – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe

We wszystkich sferach jakości życia i w wyniku ogólnym zaobserwowano istotne statystycznie różnice w wymiarach przed i po edukacji w badanej grupie osób z zespołem jelita drażliwego.

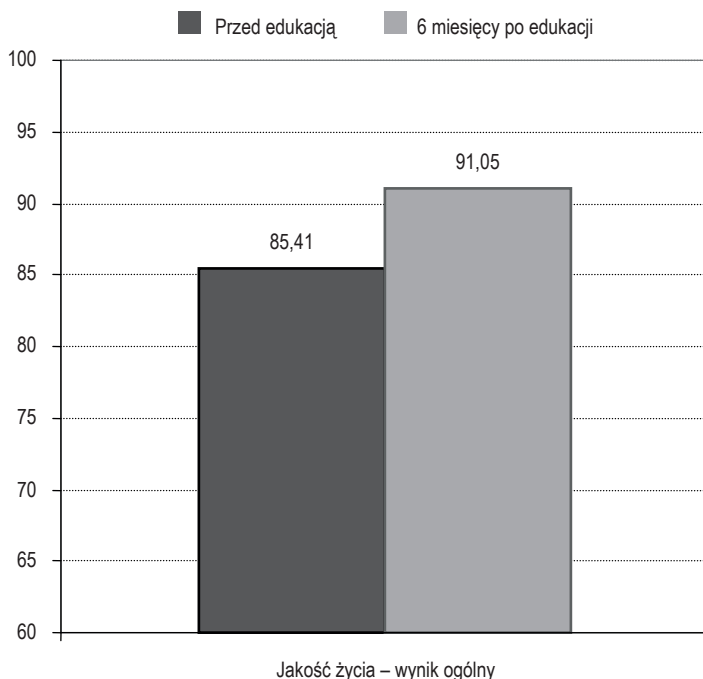
Najbardziej znacząca wartość wystąpiła w wyniku ogólnym i w wymiarze Zadowolenie. Najmniej znaczące różnice obserwowano w sferze Umiejętność/Produktywność. Pośrednie wyniki odnotowano w wymiarach Możliwość działania /Niezależność oraz Przynależność do społeczności/Integracja.

Stwierdzone dane wskazują na istotne podwyższenie jakości życia osób z zespołem jelita drażliwego sześć miesięcy po edukacji.

Uzyskane wyniki ilustrują wykresy 1 i 2.



Wykres 1. Średnie wyniki w poszczególnych sferach jakości życia u pacjentów z zespołem jelita drażliwego przed edukacją i 6 miesięcy po edukacji



Wykres 2. Średnie wyników ogólnej jakości życia u pacjentów z zespołem jelita drażliwego przed edukacją i 6 miesięcy po edukacji

Tabela 2 prezentuje analizę badań wykazujących kierunek zmian w obszarze jakości życia u chorych z zespołem jelita drażliwego.

Tabela 2. Statystyki opisowe dla wskaźników różnicy w jakości życia pomiędzy I a II pomiarem w grupie pacjentów z zespołem jelita drażliwego

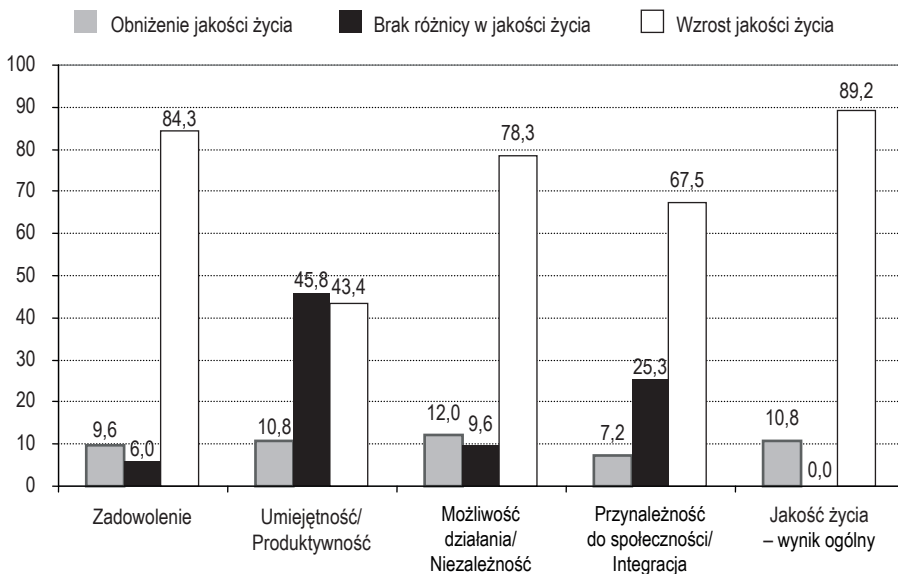
Wymiary jakości życia	Minimum	Maksimum	M	SD
Zadowolenie	-7	6	1,72	2,03
Umiejętność/Produktywność	-4	4	0,59	1,47
Możliwość działania/Niezależność	-5	15	1,58	2,59
Przynależność do społeczności/Integracja	-7	7	1,75	2,56
Jakość życia – wynik ogólny	-12	20	5,64	5,01

Uzyskane średnie wskaźników różnicy mają wartości dodatnie, co oznacza, że u badanych zaobserwowano poprawę jakości życia we wszystkich wymiarach. Średnio najwyższe wartości stwierdzono w przypadku wyniku ogólnego, natomiast najmniej widoczny wzrost zaobserwowano w wymiarze Umiejętność/Produktywność. Obserwowane średnie wartości różnicy pomiędzy pomiarem pierwszym i drugim są niewielkie i wahają się wokół 1–2 pkt w skali pomiarowej.

Tabela 3. Liczebności (N) i odsetki (%) chorych z zespołem jelita drażliwego, u których zaobserwowano spadek, brak zmiany lub wzrost jakości życia

Wymiary jakości życia	Statystyka	Obniżenie jakości życia	Brak różnicy w jakości życia	Wzrost jakości życia
Zadowolenie	N	8	5	70
	%	9,6	6,0	84,3
Umiejętność /Produktywność	N	9	38	36
	%	10,8	45,8	43,4
Możliwość działania/Niezależność	N	10	8	65
	%	12,0	9,6	78,3
Przynależność do społeczności/Integracja	N	6	21	56
	%	7,2	25,3	67,5
Jakość życia – wynik ogólny	N	9	0	74
	%	10,8	0,0	89,2

Jak wynika z analizy danych przedstawionych w tabeli 3, wzrost jakości życia zaobserwowano w wyniku ogólnym (89,2%) oraz w sferach Zadowolenie (84,3%), Możliwość działania/Niezależność (78,3%), Przynależność do społeczności/Integracja (67,5%), Umiejętność/Produktywność (43,4%). Obniżenie jakości życia nastąpiło w przypadku sfer Możliwość działania/Niezależność (12,0%), Umiejętność/Produktyw-



Wykres 3. Odsetki (%) chorych z zespołem jelita drażliwego, u których zaobserwowano spadek, brak zmiany lub wzrost jakości życia

ność (10,8%), w wyniku ogólnym (10,8%), Zadowolenie (9,6%) oraz Przynależność do społeczności/Integracja (7,2%). Jakość życia nie zmieniła się w sferach Umiejętność/Produktywność (45,8%), Przynależność do społeczności/Integracja (25,3%), Możliwość działania/Niezależność (9,6%), Zadowolenie (6%).

Wykres 3 ilustruje otrzymane wyniki.

Tabela 4 przedstawia wartości, które ukazują związek pomiędzy wiekiem a jakością życia przed i po edukacji w grupie pacjentów z ZJD.

Tabela 4. Współczynniki korelacji r -Pearsona pomiędzy poszczególnymi sferami jakości życia a wiekiem w grupie pacjentów z zespołem jelita drażliwego

Wymiary jakości życia	Wiek
	r -Pearsona
Przed edukacją	
Zadowolenie	0,02
Umiejętność/Produktywność	-0,08
Możliwość działania/Niezależność	0,04
Przynależność do społeczności/Integracja	0,02
Jakość życia – wynik ogólny	-0,02
6 miesięcy po edukacji	
Zadowolenie	0,00
Umiejętność/Produktywność	-0,08
Możliwość działania/Niezależność	-0,08
Przynależność do społeczności/ Integracja	-0,09
Jakość życia – wynik ogólny	-0,09

Analiza uzyskanych wyników przedstawionych w tabeli 4 wykazała, że nie uzyskano istotnych korelacji pomiędzy wiekiem a poszczególnymi sferami jakości życia pacjentów z zespołem jelita drażliwego.

Dyskusja

Wielu autorów zwraca uwagę, że ZJD w znaczący sposób upośledza jakość życia chorych osób ze względu na występujący ból i zaburzenia jelitowe. Park i wsp. [6] podjęli badania w celu określenia jakości życia pacjentów z ZJD w Korei. Do badań zakwalifikowano 664 osoby. Wykazano, że osoby te uzyskały znacząco gorszą jakość życia we wszystkich badanych wymiarach w porównaniu z populacją ogólną. Najniższą jakość życia zaobserwowano w aspekcie problemów zdrowotnych, natomiast mniej istotne wartości wykazano w sferze związanej z problemami seksualnymi.

Do podobnych wniosków doszli Amouretti i wsp. [7], którzy stwierdzili, że jakość życia jest znacząco niższa w grupie osób z ZJD niż w populacji ogólnej.

Skoro zespół jelita drażliwego jest wywołany zaburzeniami pracy jelit i nie ma związku z wadami budowy anatomicznej organu, zmianami chorobowymi czy też nieprawidłowościami biochemicznymi, sensowne wydaje się, że podstawę postępowania w leczeniu chorych z ZJD stanowi uspokojenie pacjenta i wyjaśnienie mu przyczyn objawów. Dlatego też edukacja pacjentów znacząco korzystnie wpływa na jakość życia chorych osób, co wykazało również niniejsze badanie.

Jak donoszą liczne badania, dolegliwości typowe dla zespołu jelita drażliwego (ból brzucha, biegunka, zaparcia) mogą pojawiać się pod wpływem lęku, czasem także towarzyszą różnym zaburzeniom psychicznym, które w znaczący sposób obniżają jakość życia chorych osób [8].

Jerndal i wsp. [9] zaobserwowali, że istnieje zwiększona częstość rozpoznania psychiatrycznych wśród diagnozowanych pacjentów z ZJD. Obserwuje się również poprawę wyników klinicznych, gdy czynniki takie jak lęk czy depresja są uwzględniane w leczeniu schorzenia.

Modabbernia i wsp. przeprowadzili podobne badania [10], w których wykazano, że wśród pacjentów z ZJD często rozpoznawane są zaburzenia psychiczne, takie jak zaburzenia lękowe oraz depresja. Istnieje również coraz więcej dowodów na to, że specyficzny, gastryczny lęk jest ważnym czynnikiem wpływającym na pojawianie się i ciężkość objawów żołądkowo-jelitowych oraz znacząco obniża jakość życia chorych.

Hartono i wsp. [11] interesowało, czy istnieją różnice w częstości występowania lęku i depresji pomiędzy chorymi z dyspepsją czynnościową, chorobą refluksową przełyku a ZJD. Stwierdzono znacząco wyższe wartości w zakresie lęku w grupie z ZJD. Natomiast nie stwierdzono różnic pomiędzy badanymi, biorąc pod uwagę nasilenie depresji.

Natomiast Jamali i wsp. [12] podjęli badania w celu wykazania związku pomiędzy jakością życia a takimi czynnikami jak depresja, niepokój, ciężkość objawów, status edukacyjny, stan cywilny, miejsce zamieszkania, wiek i płeć w grupie pacjentów z ZJD. Obserwacje były przeprowadzone wśród 250 irańskich pacjentów między 14. a 61. rokiem życia z rozpoznaniem ZJD. Wykazano, że wraz ze wzrostem poziomu lęku obniża się jakość życia badanych osób. Natomiast uciążliwość objawów, wiek, płeć, miejsce zamieszkania, stan cywilny i poziom wykształcenia nie miały wpływu na jakość ich życia.

Surdea-Blaga i wsp. [13] w badaniu przeglądowym dotyczącym determinantów ZJD zwracają uwagę na istotne powiązanie czynników psychospołecznych z funkcjami przewodu pokarmowego poprzez oś mózg–jelito. Autorzy zauważają, że depresja jest najczęstszą diagnozą psychiatryczną wśród pacjentów z ZJD.

Natomiast Ladabaum i wsp. [14] w latach 1990–2005 dokonali charakterystyki 141 292 pacjentów północnej Kalifornii z ZJD w celu zweryfikowania postępowania terapeutycznego wobec wspomnianej grupy osób. Wykazano, że przewlekłe zespoły bólowe, lęk i depresja były częstsze wśród pacjentów z ZJD niż w grupie kontrolnej.

Należy również nadmienić, iż istotnym elementem mającym wpływ na wielowymiarowe obniżenie jakości życia wśród pacjentów z ZJD, oprócz współistnienia chorób psychicznych, jest obecność innych somatycznych chorób towarzyszących, zarówno jelitowych, jak i pozajelitowych.

Problemem tym zajęli się Riedl i wsp. [15]. Autorzy zwracają uwagę, że występowanie jednej lub więcej chorób współistniejących jest skorelowane ze zwiększonym poszukiwaniem pomocy medycznej, gorszym rokowaniem, wyższym poziomem lęku i depresji, co w konsekwencji prowadzi do pogorszenia jakości życia.

Przeprowadzone niedawno przez Mathieu badania [16] dowodzą, że fibromialgia, zespół przewlekłego zmęczenia i śródmiąższowe zapalenie pęcherza często współtowarzyszą zespołowi jelita drażliwego. Współwystępowaniu tych chorób często towarzyszy obniżenie jakości życia i wyższy poziom zaburzeń nastroju.

W porównaniu ZJD z innymi chorobami przewlekłymi Butt i wsp. [17] podkreślają, że współwystępowanie zaburzeń psychicznych takich jak zaburzenia lękowe i depresja może mieć głęboki wpływ na przebieg i ekspresję objawów ZJD, znacząco pogarszając jakość życia pacjentów.

Natomiast Mönnikes [18] zauważył, że pacjenci z ZJD, zarówno młodzi, jak i starsi, mają gorszą jakość życia zależną od zdrowia (health-related quality of life – HRQOL) w porównaniu z populacją ogólną. Autor zwraca uwagę, że ZJD wywiera bardziej negatywny wpływ na jakość życia (HRQOL) niż choroba refluksowa przełyku, cukrzyca czy schyłkowa niewydolność nerek.

Analiza uzyskanych w niniejszym badaniu wyników w sześć miesięcy po edukacji wskazała, że nastąpiło istotne podwyższenie jakości życia osób z zespołem jelita drażliwego we wszystkich badanych sferach. Najbardziej istotna statystycznie różnica wystąpiła w wymiarze ogólnym i w wymiarze Zadowolenie. Najmniejsze znaczące różnice zaobserwowano w sferze Umiejętność/Produktywność. Pośrednie wartości odnotowano w wymiarach Możliwość działania/Niezależność oraz Przynależność do społeczności/Integracja.

Liczne badania dowodzą, że pacjenci z ZJD posiadają niski zasób informacji i często błędne przekonania na temat swojej choroby. Lacy i wsp. [19] podjęli się oceny poziomu wiedzy oraz lęków i obaw związanych z chorobą u osób z ZJD. Autorzy przebadali 261 pacjentów. Za pomocą kwestionariuszy ocenili wiedzę, nastawienie i obawy związane z chorobą. Wykazano, że większość pacjentów jest przekonana, iż głównym czynnikiem odpowiedzialnym za rozwój ZJD jest lęk (80,5%), błędy dietetyczne (75,1%) i depresja (63,2%). Mniejsza ilość respondentów (28,7%) uznała, że ból brzucha jest podstawowym objawem ZJD, a 40,6% stwierdziło, że za pomocą kolonoskopii można zdiagnozować chorobę. Jeden na siedmiu pacjentów stwierdził, że ZJD przeobraża się w nowotwór, a 29,9% uważa, że ZJD zwiększa ryzyko nieswoistych zapaleń jelit.

Dostarczenie pacjentom właściwych, fachowych informacji może skorygować błędne przekonania na temat choroby, a tym samym znacząco poprawić jakość życia.

Najnowsze badania potwierdzają, że edukacja chorych z ZJD istotnie podnosi jakość życia pacjentów. Håkanson i wsp. [20] zwracają uwagę, że schorzenie poważnie zaburza codzienne funkcjonowanie osób z ZJD. Wielu pacjentów dostrzega, iż nie posiada wystarczającej wiedzy na temat swej choroby, w związku z czym nie potrafi w odpowiedni sposób radzić sobie z dolegliwościami, co znacząco pogarsza ich funkcjonowanie i jakość życia.

Ostgaard i wsp. [21] przedstawili badania dotyczące edukacji w zakresie stosowania diety wśród pacjentów z ZJD. Po dwóch latach od przeprowadzonej edukacji

zauważono, że pacjenci z ZJD, którzy otrzymali wytyczne odnośnie diety, unikają produktów bogatych w składniki fermentowalne, takie jak oligosacharydy, disacharydy, monosacharydy i poliole (FODMAP), spożywają więcej żywności z probiotycznymi suplementami i wybierają produkty, które mają zasadnicze znaczenie dla ich zdrowia. Ponadto wykazano poprawę jakości życia pacjentów oraz zmniejszenie nasilenia objawów choroby.

Edukacja, szczególnie grupowa, pozwala pacjentom na wspólne spotkania, rozmowę o podobnych problemach oraz wymianę doświadczeń w radzeniu sobie z chorobą. Dlatego też ma niewątpliwie korzystny wpływ na wymiar Przynależność do społeczności/Integracja ze społecznością, co potwierdziły wyniki badań. Natomiast uzyskana wiedza i zrozumienie objawów chorobowych wpływają na złagodzenie dolegliwości, co znacząco poprawia satysfakcję z życia i daje poczucie sensu. Z tego powodu pacjenci z ZJD mieli wyższe wyniki w aspekcie Zadowanie sześć miesięcy po edukacji.

Interesujące wyniki uzyskali Ringström i wsp. [22], którzy zorganizowali kursy szkoleniowe dla pacjentów z zespołem jelita drażliwego – IBS school. Do badań zakwalifikowano 16 pacjentów z rozpoznaniem ZJD. Program edukacyjny składał się z sześciu cotygodniowych spotkań grupowych. Pierwsze spotkanie było prowadzone przez pielęgniarkę i dotyczyło ogólnego wprowadzenia w problematykę edukacji. Kolejne sesje były prowadzone przez lekarza gastroenterologa, dietetyka, fizjoterapeutę oraz psychologa. Wykazano, że po przeprowadzonym szkoleniu w IBS school znacząco poprawiła się jakość życia związana ze zdrowiem, zarówno w wymiarze psychicznym, jak i fizycznym, w porównaniu z wartościami wyjściowymi.

Również Ringström i wsp. [23] dokonali porównania efektów długiego interdyscyplinarnego szkolenia grupowego z krótką edukacją poprowadzoną przez pielęgniarkę. Uzyskane wyniki nie wykazały różnic pomiędzy dwiema grupami. Badania dowodzą więc, że zarówno długa, multidyscyplinarna edukacja, jak i krótka prowadzona przez pielęgniarkę wśród pacjentów z ZJD jest równie skuteczna.

Powyższe badania potwierdzają, że edukowanie pacjentów z ZJD odnosi pozytywny skutek w zakresie poprawy jakości życia związanej ze zdrowiem oraz lepszego radzenia sobie z objawami choroby poprzez zwiększenie wiedzy związanej ze schorzeniem. Poświęcenie czasu pacjentom przez personel medyczny i edukacja znacząco polepszyły funkcjonowanie badanych przez mnie osób w wymiarach Umiejętność/Produktywność oraz Możliwość działania/Niezależność, wpływając korzystnie na ich samodzielność w korzystaniu z usług, poczucie samokontroli, prywatności i poczucie wartości ponoszonego trudu i wysiłku.

Dhaliwal i Hunt [24] dokonali przeglądu literatury w celu zbadania relacji pomiędzy lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej a pacjentem podczas przekazywania diagnozy. Dokonana analiza wykazała, że w większości przypadków wiedza uzyskana w gabinecie lekarskim spełnia oczekiwania pacjenta szczególnie w zakresie diagnostyki, etiologii oraz porad dietetycznych. Jednakże pacjenci uskarżają się na niejasność i lakoniczność informacji.

Halpert i wsp. [25] zebrali dane, skąd pacjenci z ZJD najczęściej uzyskują treści na temat choroby i jakie źródło informacji jest dla nich najbardziej wiarygodne i pożądane. W tym celu przebadano 1 242 osoby z rozpoznaniem ZJD. Wykazano, że najbardziej

pożądanym i wiarygodnym źródłem edukacji był „mój lekarz” (68%), internet (62%) i broszury (45%). Stwierdzono również, że pacjenci zgłaszali niedosyt informacji na temat swej choroby.

Dlatego też Ringström i wsp. [26] porównali zorganizowaną edukację grupową poprowadzoną przez wykwalifikowany personel medyczny oraz pisemną informację na temat ZJD w postaci przewodnika. Autorzy zwracają uwagę na fakt, że edukacja odebrana przez pacjentów od wykwalifikowanego personelu medycznego w profesjonalnych placówkach opieki zdrowotnej ma znacząco większy wpływ na ich samopoczucie poprzez wyraźne zmniejszenie uczucia lęku oraz dolegliwości bólowych ze strony jamy brzusznej i większą wiedzę na temat schorzenia w porównaniu z osobami edukowanymi za pomocą informacji pisemnej.

W niniejszym badaniu pacjenci edukowani zarówno przez lekarza, jak i pielęgniarkę oraz za pomocą informacji pisemnej uzyskali po otrzymanej edukacji znacząco wyższe wyniki w wielowymiarowych aspektach jakości życia.

Pacjenci z ZJD sześć miesięcy od przeprowadzonej edukacji wykazali znacząco wyższą jakość życia we wszystkich badanych aspektach: Zadowolenie, Umiejętność/Produktywność, Możliwość działania/Niezależność, Przynależność do społeczności/Integracja ze społecznością. W tym przypadku zrozumienie istoty choroby przyczyniło się do obniżenia lęku przed chorobą nowotworową oraz niepokojącymi objawami, co tym samym znacząco wpłynęło na zmniejszenie występowania dolegliwości chorobowych.

Wnioski

1. Jakość życia pacjentów z zespołem jelita drażliwego jest znacząco obniżona w każdym z rozpatrywanych zakresów.
2. Edukacja pacjentów z ZJD spowodowała wzrost jakości życia i zarazem zmniejszenie dolegliwości związanych z chorobą.
3. Edukacja pacjentów z ZJD odgrywa istotną rolę w całości procesu terapeutycznego.

Piśmiennictwo

1. Jarosz M, Dzieńiszewski J, Respondek W, Traczyk I. *Jak żyć z zespołem jelita nadwrażliwego*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2008.
2. Lewandowska A, Mulak A, Susło A, Semianów-Wejchert J, Paradowski L. *Czy rozpoznanie zespołu jelita nadwrażliwego na podstawie III Kryteriów Rzymskich jest łatwiejsze niż na podstawie II Kryteriów Rzymskich?* Gastroenterol. Pol. 2007; 14(6): 411–414.
3. Ortiz-Lucas M, Saz-Peiró P, Sebastián-Domingo JJ. *Irritable bowel syndrome immune hypothesis. Part one: the role of lymphocytes and mast cells*. Rev. Esp. Enferm. Dig. 2010; 102(11): 637–647.
4. Grundmann O, Yoon S L. *Irritable bowel syndrome: epidemiology, diagnosis and treatment: An update for health-care practitioner*. J Gastroenterol. Hepatol. 2010; 25(4): 691–699.
5. Protheroe J, Rogers A, Kennedy AP, Macdonald W, Lee V. *Promoting patient engagement with self-management support information: a qualitative meta-synthesis of processes influencing uptake*. Implement. Sci. 2008; 13(3): 44.

6. Park JM, Choi MG, Kim YS, Choi CH, Choi SC, Hong SJ. i wsp. *Quality of life of patients with irritable bowel syndrome in Korea*. Qual. Life Res. 2009; 18(4): 435–446.
7. Amouretti M, Le Pen C, Gaudin AF, Bommelaer G, Frexinos J, Ruzniewski P. i wsp. *Impact of irritable bowel syndrome (IBS) on health-related quality of life (HRQOL)*. Gastroenterol. Clin. Biol. 2006; 30(2): 241–246.
8. Hao JX, Han M, Duan LP, Ge Y, Huang YQ. *Psychiatric comorbidities in patients referred for irritable bowel syndrome*. Zhonghua Yi Xue Za Zhi 2011; 91(27): 1886–1890.
9. Jerndal P, Ringström G, Agerforz P, Karpefors M, Akkermans LM, Bayati A. i wsp. *Gastrointestinal-specific anxiety: an important factor for severity of GI symptoms and quality of life in IBS*. Neurogastroenterol. Motil. 2010; 22(6): 646–649.
10. Modabbernia MJ, Mansourghanaei F, Imani A, Mirsafamoghaddam S, Sedighrahimabadi M, Yousefimashhour M. i wsp. *Anxiety-depressive disorders among irritable bowel syndrome patients in Guilan. Iran*. BMC Res. Notes 2012; 5(1): 112.
11. Hartono JL, Mahadeva S, Goh KL. *Anxiety and depression in various functional gastrointestinal disorders: do differences exist?* J. Dig. Dis. 2012; 13(5): 252–257.
12. Jamali R, Jamali A, Poorrahnama M, Omidi A, Jamali B, Moslemi N. i wsp. *Evaluation of health related quality of life in irritable bowel syndrome patients*. Health Qual. Life Outcomes 2012; 10(1): 12.
13. Surdea-Blaga T, Băban A, Dan L, Dumitrascu DL. *Psychosocial determinants of irritable bowel syndrome*. World J. Gastroenterol. 2012; 18(7): 616–626.
14. Ladabaum U, Boyd E, Zhao WK, Mannalithara A, Sharabidze A, Singh G. i wsp. *Diagnosis, comorbidities, and management of irritable bowel syndrome in patients in a large health maintenance organization*. Clin. Gastroenterol. Hepatol. 2012; 10(1): 37–45.
15. Riedl A, Schmidtmann M, Stengel A, Goebel M, Wisser AS, Klapp BF. i wsp. *Somatic comorbidities of irritable bowel syndrome: a systematic analysis*. J. Psychosom. Res. 2008; 64(6): 573–582.
16. Mathieu N. *Somatic comorbidities in irritable bowel syndrome: fibromyalgia, chronic fatigue syndrome, and interstitial cystitis*. Gastroenterol. Clin. Biol. 2009; 33(supl. 1): 17–25.
17. Butt AS, Salih M, Jaffri W, Yakoob J, Wasay M, Hamid S. *Irritable bowel syndrome and psychiatric disorders in Pakistan: a case control study*. Gastroenterol. Res. Pract. 2012; 2012: 291–452.
18. Mönnikes H. *Quality of life in patients with irritable bowel syndrome*. J. Clin. Gastroenterol. 2011; 45(supl): S98–S101.
19. Lacy BE, Weiser K, Noddin L, Robertson DJ, Crowell MD, Parratt-Engstrom C. i wsp. *Irritable bowel syndrome: patients' attitudes, concerns and level of knowledge*. Aliment. Pharmacol. Ther. 2007; 25(11): 1329–1341.
20. Håkanson C, Sahlberg-Blom E, Ternstedt BM, Nyhlin H. *Learning about oneself through others: experiences of a group-based patient education programme about irritable bowel syndrome*. Scand. J. Caring Sci. 2012; 4: 14–71.
21. Ostgaard H, Hausken T, Gundersen D, El-Salhy M. *Diet and effects of diet management on quality of life and symptoms in patients with irritable bowel syndrome*. Mol. Med. Rep. 2012; 5(6): 1382–1390.
22. Ringström G, Störsrud S, Lundqvist S, Westman B, Simrén M. *Development of an educational intervention for patients with Irritable Bowel Syndrome (IBS): a pilot study*. BMC Gastroenterol. 2009; 9: 10.
23. Ringström G, Störsrud S, Simrén M. *A comparison of a short nurse-based and a long multidisciplinary version of structured patient education in irritable bowel syndrome*. Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. 2012; 24(8): 950–957.

24. Dhaliwal SK, Hunt RH. *Doctor-patient interaction for irritable bowel syndrome in primary care: a systematic perspective*. Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. 2004; 16(11): 1161–1166.
25. Halpert A, Dalton CB, Palsson O, Morris C, Hu Y, Bangdiwala S. i wsp. *Patient educational media preferences for information about irritable bowel syndrome (IBS)*. Dig. Dis. Sci. 2008; 53(12): 3184–3190.
26. Ringström G, Störsrud S, Posserud I, Lundqvist S, Westman B, Simrén M. *Structured patient education is superior to written information in the management of patients with irritable bowel syndrome: a randomized controlled study*. Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. 2010; 22(4): 420–428.

Adres: Ewa Joć
Katedra Zdrowia Publicznego
WPiNoZ UM w Lublinie
20-093 Lublin, ul. W. Chodźki 1

Otrzymano: 20.03.2014
Zrecenzowano: 22.04.2014
Przyjęto do druku: 29.04.2014