



Jakość życia i funkcjonowanie emocjonalne pacjentów z chorobą wrzodową żołądka lub dwunastnicy

Patients with duodenal or gastric ulcers: their quality of life and emotional experience

KRZYSZTOF ZBORALSKI¹, ANTONI FLORKOWSKI¹, TADEUSZ PIETRAS²,
PIOTR GAŁECKI¹

- Z: 1. Kliniki Psychiatrii i Zaburzeń Nerwicowych z Oddziałem Interwencji Kryzysowych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
2. Kliniki Pneumonologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

STRESZCZENIE. *Cel.* Poznanie wzajemnych związków pomiędzy jakością życia i funkcjonowaniem emocjonalnym wśród pacjentów, u których rozpoznano chorobę wrzodową żołądka i/lub dwunastnicy. *Metoda.* Badaniu poddano grupę 60 żołnierzy zawodowych hospitalizowanych w okresie 2000–2001 w Szpitalu Uniwersyteckim WAM w Łodzi. W badaniu zastosowano Kwestionariusz kontroli emocjonalnej Brzezińskiego oraz skalę jakości życia SF-36. *Wyniki.* Zastosowane w badaniu techniki psychometryczne pozwoliły na stwierdzenie istotnych statystycznie zależności pomiędzy poziomem jakości życia a pobudliwością emocjonalną, kontrolą ekspresji emocjonalnej, kontrolą sytuacji. *Wnioski.* Jakość życia żołnierzy z rozpoznaniem choroby wrzodowej żołądka i/lub dwunastnicy jest istotnie niższa w porównaniu z osobami zdrowymi. Poziomą jakość życia pozostaje w istotnej zależności z funkcjonowaniem emocjonalnym badanych osób.

SUMMARY. *Aim* A potential relationship between the quality of life and emotional experience of patients with a duodenal and/or gastric ulcer was analyzed in the present paper. *Methods.* 60 professional soldiers hospitalized at the WAM University Hospital in Łódź in 2000–2001 were the subject of this study. The following diagnostic scales were employed: the Brzeziński Emotional Control Questionnaire and the SF-36 Living Standard Scale. *Results.* The standard of living significantly correlated with the emotional excitability and control over situation and emotional expression. *Conclusions.* Compared with healthy controls, the living standard of soldiers with a duodenal and/or gastric ulcer was significantly lower and was related to the patients' emotional experience.

Słowa kluczowe: jakość życia / emocje / choroba wrzodowa żołądka/ choroba wrzodowa dwunastnicy
Key words: standard of living / emotion / duodenal ulcer / gastric ulcer

Sformułowana przez Światową Organizację Zdrowia definicja zdrowia mówiąca o nim jako o stanie całkowitego fizycznego i socjalnego dobrego samopoczucia, a nie tylko braku stanu chorobowego, stała się podstawą do określenia jakości życia przez Tilla, McNeila i Buscha w 1984 r. Wymienieni wyżej badacze przyjęli, że jakość życia – to globalna koncepcja, do której należy włączyć psychiczne i socjalne działania oraz czyn-

ności fizyczne i korzystne aspekty dobrego samopoczucia, jak również negatywne, spowodowane chorobą i niedołatwieniem [1]. Według Jaremy [2] oceniając jakość życia człowieka należy brać pod uwagę m.in.: stan zdrowia, stosunki społeczne, sytuację zawodową, rodzinną, finansową, a także możliwość wpływania na własny los.

W badaniach klinicznych najczęściej jednak poruszamy się w obszarach, które badają:

objawy fizyczne (ich stopień ciężkości), psychiczne (lęk, depresja), ocenę aktywności oraz status społeczny [3, 4, 5]. Trudność w ocenie jakości życia polega głównie na nieprecyzyjności tej definicji. Powoduje to konieczność takiego ujęcia problemu, aby można było dokonać jego operacjonalizacji.

Kiebert [6] ustosunkowując się do różnych definicji jakości życia, przedstawił kilka ich przykładów:

- „Jakość życia to subiektywna ocena zadowolenia i satysfakcji płynącej z życia jako całości”;
- „Jakość życia to stan dobrego samopoczucia, składającego się z dwu elementów: zdolności radzenia sobie z codziennymi zadaniami, co odzwierciedla dobre samopoczucie człowieka na poziomie fizycznym, psychicznym i społecznym, oraz satysfakcji pacjenta z jego funkcjonowania na wszystkich poziomach oraz kontroli nad chorobą, a także objawami związanymi z zastosowaną metodą leczenia [7];
- Osobiste postrzeganie pozycji zajmowanej w życiu, w kontekście kulturowym i systemu wartości, w jakich żyje oraz w odniesieniu do stawianych sobie celów, posiadanych oczekiwań, wzorców i obaw [8].

Poziom jakości życia można badać dla celów poznawczych w różnych środowiskach zarówno wśród ludzi zdrowych, jak i chorych.

Autorom wydał się godny zainteresowania problem jakości życia wśród chorych z chorobami przewlekłymi, lecz jednocześnie niepowodującymi drastycznych ograniczeń w funkcjonowaniu psychospołecznym, jak to się często dzieje np. w przypadku chorób nowotworowych.

CEL BADANIA

Celem przeprowadzonych badań była ocena poziomu jakości życia w wymiarze ogólnym, jak również w innych jego wymiarach oraz funkcjonowanie emocjonalne wśród pacjentów z rozpoznaniem choroby wrzodowej żołądka i/lub dwunastnicy.

OSOBY BADANE

Do badań wybrano 60 pacjentów (płci męskiej) – żołnierzy zawodowych, hospitalizowanych z powodu choroby wrzodowej żołądka lub dwunastnicy w okresie 2000–2001 w Szpitalu Uniwersyteckim Nr 2 im. Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi. Grupę kontrolną stanowiło 43 żołnierzy zdrowych z jednostek wojskowych województwa łódzkiego. Średnia wieku wynosiła 42,3 lat (39,8 lat w grupie kontrolnej). Przeciętny okres trwania choroby wynosił 3,89 lat. Wśród badanych osób nie stwierdzono innych chorób przewlekłych oraz uzależnień.

METODA

W badaniach wykorzystano metody kliniczne (obserwacja i wywiad psychologiczny) oraz następujące techniki psychometryczne.

Test jakości życia SF-36, który pozwala na ocenę jakości życia badanych w zakresie: ogólnej oceny zdrowia (SF-wg), oceny sprawności fizycznej (SF-sf), oceny zmiany stanu zdrowia (SF-zdr), oceny zmiany stanu zdrowia w ostatnim roku (SF-zdr-2) oraz oceny aktywności społecznej (SF-as).

Wyniki surowe testu SF-36 po obliczeniach poddano transformacji na 10 stopniową skalę stenową. Według zasad tej skali, wyniki wysokie zawierają się w granicach od 7 do 10 stena, wyniki niskie z kolei mieszczą się w przedziale od 1 do 4 stena [9]. Zatem osoby uzyskujące wyniki wysokie charakteryzują się wysokim poziomem jakości życia. Przyjmuje się także, że wynik powyżej 7. stena jest określany jako podwyższony, a poniżej 4. stena – jako wynik obniżony.

Kwestionariusz kontroli emocjonalnej J. Brzezińskiego pozwala na charakterystykę funkcjonowania emocjonalnego w kategoriach: kontroli ekspresji (KE), motywacji emocjonalno-racjonalnej (MER), odporności emocjonalnej (OE), kontroli sytuacji (KS), pobudliwości emocjonalnej (PE).

Wyniki powyższego kwestionariusza także wyrażone są w skali stenowej.

Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej wykorzystując metody statystyki opisowej, statystyki nieparametryczne oraz parametryczne (test χ kwadrat, test różnicy wartości średnich oraz współczynnik korelacji liniowej Pearsona). Wykorzystano program *Statistica*, wersja 5.0 PL.

WYNIKI BADAŃ

W tabl. 1 przedstawiono rozkład zmiennej jakość życia w badanej populacji.

Tablica 1. Rozkład populacji poziomu jakości życia badanych żołnierzy zawodowych

Poziom wyników	Grupa badana		Grupa kontrolna	
	liczba	%	liczba	%
Wyniki wysokie	19	31,7	21	48,8
Wyniki przeciętne	27	45,0	18	41,9
Wyniki niskie	14	23,3	4	9,30

$\chi^2 = 4,780$; $df = 2$; nieistotne

Z tablicy wynika, że mniej niż 1/3 badanej populacji żołnierzy chorych charakteryzuje się niskim poziomem jakości życia w wymiarze globalnym (SF-wg). Rozkład zmiennej w kontrolnej grupie żołnierzy wyraźnie różni się liczbą osób, których charakteryzuje niski poziom jakości życia. Wartość statystyki χ^2 kwadrat nie pozwala na stwierdzenie istotnej zależności statystycznie po-

między poziomem jakości życia w badanych grupach żołnierzy ($\chi^2 = 4,78$).

W tabl. 2 przedstawiono wartości średnie wyników testu SF-36 w badanych grupach, przy uwzględnieniu wszystkich mierzonych skal

W tabl. 3 istotna statystycznie jest tylko różnica w poziomie jakości życia w skali globalnej ($t = 1,815$; $p < 0,05$). Uwzględniając poziom jakości życia w pozostałych skalach, grupa osób z chorobą wrzodową nie różni się w sposób statystycznie istotny od osób z grupy kontrolnej.

Rozkład wyników *Kwestionariusza kontroli emocjonalnej* dla badanej grupy oraz porównanie z grupą kontrolną wyników średnich przedstawiono w tabl. 3.

Z tabl. 3 wynika jednoznacznie, że badani chorzy uzyskali w większości wysokie wyniki w skali pobudliwości emocjonalnej oraz w skali kontroli sytuacji. Jednocześnie w skali ekspresji emocjonalnej przeważały wyniki przeciętne i niskie. Wartości średnie wyrażono w stenach. W grupie osób z chorobą wrzodową w skali: pobudliwość emocjonalna (PE) otrzymano średnią wartość stanową – 9,09, która należy do wyników wysokich. W skali kontroli ekspresji (KE) średni wynik wynosił 3,91, co możemy zakwalifikować jako wynik zdecydowanie obniżony. Zastosowany test różnicy wartości średnich pozwolił na stwierdzenie różnicy istotnej statystycznie pomiędzy badanymi grupami w zakresie wymienionych wyżej skal. W zakresie pozostałych skal kwestionariusza grupy nie różnią się istotnie.

Tablica 2. Wartości średnie badanych zmiennych w badanej populacji

Osoby badane	Skale testu SF-36				
	wymiar-ogólny	zmiana stanu zdrowia	sprawność fizyczna	zmiana stanu zdrowia (ostatni rok)	aktywność społeczna
Chorzy	101,7 (6 sten)	16,15	7,21	3,03	6,81
Zdrowi	113,1 (7 sten)	16,97	8,70	3,40	8,40
Test t	$t = 1,821$ ($p < 0,05$)	ns	ns	ns	$t = 1,748$ ($p < 0,05$)

ns – związek nieistotny statystycznie

Tablica 3. Poziom i średnie i stenowe wartości skal *Kwestionariusza kontroli emocjonalnej* w badanych grupach

Poziom wyników	Skale				
	kontrola ekspresji	motywacja emocjo- nalno-racjonalna	odporność emocjonalna	kontrola sytuacji	pobudliwość emocjonalna
Liczba osób osiągających dany poziom wyników					
Wysokie	7	13	12	33	48
Przeciętne	21	28	25	13	7
Niskie	32	19	23	14	5
Średnie wartości stenowe dla porównywanych grup					
Chorzy	3,91	5,24	5,11	6,68	9,09
Zdrowi	5,85	6,50	5,05	6,07	5,67
Test t	t = 2,105 (p < 0,05)	t = 0,821 ns.	t = 0,015 ns	t = 0,683 ns	t = 3,478 (p < 0,001)

ns – związek nieistotny statystycznie

Tablica 4. Zależności pomiędzy skalami jakości życia i funkcjonowaniem emocjonalnym

Badana grupa	Skala SF-36	Kwestionariusz kontroli emocjonalnej				
		kontrola ekspresji	motywacja emocjonalno- racjonalna	odporność emocjonalna	kontrola sytuacji	pobudliwość emocjonalna
Chorzy	wymiar ogólny	0,32*	0,13	0,48**	-0,56***	-0,46**
	zmiana stanu zdrowia	0,22	0,11	0,12	-0,04	-0,13**
	sprawność fizyczna	0,14	0,09	0,33**	-0,39**	-0,52***
	zmiana stanu zdrowia (ostatni rok)	-0,06	0,03	0,01	0,04	0,16
	aktywność społeczna	0,11	0,02	0,36*	-0,51**	-0,36*
Zdrowi	wymiar ogólny	-0,13	0,36*	0,19	-0,03	0,04
	zmiana stanu zdrowia	-0,21	-0,02	-0,21	0,04	0,10
	sprawność fizyczna	0,32*	0,28	0,07	0,03	0,08
	zmiana stanu zdrowia (ostatni rok)	-0,07	-0,45*	0,02	-0,16	0,06
	aktywność społeczna	-0,22	0,32*	0,19	-0,36*	0,14

* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001

W celu oceny zależności pomiędzy poziomem jakości życia a funkcjonowaniem emocjonalnym zastosowano współczynnik korelacji liniowej Pearsona (r). Wyniki zawiera tabl. 4.

Tabl. 4 wskazuje, że w grupie chorych ocena jakości życia w wymiarze globalnym koreluje dodatnio ze skalami: kontrola ekspresji (p < 0,05) oraz odporności emocjonal-

nej (p < 0,01). Ujemna korelacja i statystycznie znamienne występuje natomiast pomiędzy skalami: kontrola sytuacji oraz pobudliwość emocjonalna.

Uwzględniając podskale testu SF-36 wyniki istotne statystycznie uzyskano także pomiędzy niektórymi skalami. Ocena stanu zdrowia koreluje ujemnie ze skalą pobudliwości emocjonalnej, lecz siła związku jest ni-

ska. Ocena sprawności fizycznej koreluje dodatnio ze skalami odporności emocjonalnej ($p < 0,01$) oraz ujemnie ze skalami kontroli sytuacji oraz pobudliwości emocjonalnej. Również ocena aktywności społecznej koreluje dodatnio ze skalą odporności emocjonalnej, oraz ujemnie ze skalami: kontrola sytuacji oraz pobudliwości emocjonalnej. Dla stwierdzenia podobnych zależności w grupie kontrolnej zaobserwowano odmienny układ wyników. Jakość życia w wymiarze globalnym koreluje istotnie tylko ze skalą motywacji emocjonalno-racjonalnej – $p < 0,05$. Zależność istotna statystycznie występuje także w niektórych podskalach testu SF-36 i skali MER oraz kontroli sytuacji – wyniki istotne na poziomie $p < 0,05$.

OMÓWIENIE

Analizując uzyskane wyniki badań należy stwierdzić, że jakość życia jest zmienną, która w istotnym stopniu może pomóc w psychospołecznej charakterystyce populacji osób chorych. W porównaniu z literaturą i wynikami uzyskanymi przez osoby z grupy kontrolnej poziom jakości życia wśród osób z chorobą wrzodową żołądka lub dwunastnicy jest niższy. Występuje istotna zależność pomiędzy poziomem jakości życia a funkcjonowaniem emocjonalnym pacjentów.

Na podstawie przeprowadzonych badań, chorych można scharakteryzować jako osoby, u których kontrola ekspresji emocjonalnej oraz odporność emocjonalna wzrastają wraz z poziomem jakości życia. Natomiast, im niższy jest poziom jakości życia, tym większe są poczucie kontroli sytuacji oraz pobudliwość emocjonalna. Innymi słowy, w porównaniu z osobami zdrowymi pacjenci z rozpoznaniem choroby wrzodowej żołądka lub dwunastnicy charakteryzują się większą pobudliwością emocjonalną, kontrolują nadmiernie sytuację, a także wykazują mniejszą kontrolę ekspresji emocji oraz odporność emocjonalną.

WNIOSKI

1. Jakość życia żołnierzy z rozpoznaniem choroby wrzodowej żołądka lub dwunastnicy jest istotnie niższa w porównaniu z osobami zdrowymi.
2. Poziom jakości życia pozostaje w istotnej zależności od funkcjonowania emocjonalnego badanych osób.

PIŚMIENNICTWO

1. Till JE, McNeil BJ, Busch RS. Measurements of multiple components of quality of life. Cancer Treat Symp I 1984; 177–81.
2. Jarema M. Badanie jakości życia jako alternatywna forma oceny stanu pacjenta. Nowa Medycyna 1996; 3: 15–6.
3. Skłodowski H, Zboralski K. Cancerous Diseases: Self-evaluation and the problem of informing the patients of the disease. J Health Psychology 1995; 2: 107–10.
4. Zboralski K, Szczęśny D, Skłodowski H. Index of psychic health – a supplement to a routine medical examination. J Health Psychology 1995; 2: 111–5.
5. Zboralski K, Obara-Korzeniewska A, Szafraniec L. Przydatność Testu Piramid Barwnych do oceny efektywności pacjentów chorych na choroby psychosomatyczne. IV Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Psychiatrów, Neurologów i Psychologów Klinicznych WP, Solina, 29–31.05.1997 r. Lekarz Wojskowy 1998; supl 1: 184–7.
6. Kiebert MG. Jakość życia jako rezultat badań klinicznych w onkologii. W: Meyza J, red. Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wybrane zagadnienia. Wyd Centrum Onkologii Instytutu im. M. Skłodowskiej-Curie; 1997: 43–57.
7. Gotay C, McCabe MS, Moor TD. Quality of life assessment in cancer treatment protocols; research issues in protocol development. J Nat Cancer Inst 1992; 8: 575–9.
8. WHOQOL Group. Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument. Quality Life Res 1993; 2: 153–9.
9. Brzeziński J. Metodologia badań psychologicznych. Warszawa: Wyd Naukowe PWN; 1997.