

# JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW Z CHOROBA REFLUKSOWĄ PRZEŁYKU

## QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

Maria Korzonek, Agnieszka Dziergas

Samodzielna Pracownia Opieki Długoterminowej, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

### Streszczenie

**Wstęp.** Choroba refluksowa przełyku (GERD) jest obecnie jednym z częściej spotykanych schorzeń w gastroenterologii. Występuje u ok. 20–40% społeczeństwa krajów wysoko rozwiniętych. Wiele prac badawczych wykazuje, że choroba refluksowa przełyku jest dużym obciążeniem fizycznym i emocjonalnym dla cierpiących na nią pacjentów.

**Cel pracy.** Celem niniejszej pracy jest określenie jakości życia pacjentów z chorobą refluksową przełyku w zależności od zmiennych socjodemograficznych.

**Materiał i metody.** Badania przeprowadzono w Centrum Diagnostyki Schorzeń Przewodu Pokarmowego Samodzielnego Szpitala Klinicznego nr 1 w Szczecinie i objęto nim grupę 100 osób z rozpoznaną chorobą refluksową przełyku. Do badania jakości życia chorych z GERD zastosowano ankietę Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI), składającą się z 36 pytań dotyczących pięciu zakresów życia pacjentów, tj. objawów chorobowych, stanu fizycznego, funkcjonowania socjalnego, emocji chorego i wpływu leczenia zachowawczego na samopoczucie chorego.

**Wyniki.** W całej badanej populacji średnia punktacja GIQLI wyniosła 91,53. U mężczyzn wynik ten wyniósł 99,38 punktów natomiast u kobiet 86,50 punktów. Jakość życia zdecydowanie większej liczby badanych pacjentów okazała się dużo niższa niż w populacji ludzi zdrowych (122,6 punktów). Za przyczynę obniżenia jakości życia pacjentów z chorobą refluksową przełyku, zwłaszcza u kobiet, można uznać obniżone emocje oraz konieczność wprowadzenia diety.

### Wnioski.

1. U większości pacjentów z chorobą refluksową przełyku stwierdza się zdecydowanie niższą jakość życia w porównaniu z populacją zdrową.
2. Konieczność stosowania długotrwale leków oraz wprowadzenie diety to czynniki obniżające jakość życia chorych.
3. Na jakość życia w chorobie refluksowej przełyku ma wpływ sfera emocjonalna. Zdenerwowanie i smutek jako stany związane z chorobą silnie obniżają jakość życia w tej sferze.
4. Wiek, miejsce zamieszkania i źródło utrzymania nie wpływają na jakość życia chorych z GERD.

13

**Słowa kluczowe:** jakość życia, choroba refluksowa przełyku.

### Abstract

**Introduction.** Many research works show that gastroesophageal reflux disease is currently a significant physical and emotional burden for patients. The aim of this work is to determine how the GERD influences patients functioning in family, professional and social life.

**Material and methods.** The research was carried out in the Gastroenterology Clinic of the Pomeranian Medical University in Szczecin and involved a group of 100 patients with GERD.

**Aim of the study.** The Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI) survey composed of 36 questions concerning five areas of patients' lives, i.e. symptoms of the disease, physical state, social functioning, patients emotions and the influence of conservative treatment on patients' well-being was conducted.

**Results.** The average GIQLI score was 91.53 (99.38 men and 86.50 women). The quality of life of a greater number of surveyed patients proved to be much lower than in the population of healthy people (122.6 points). Negative emotions and the need of starting a diet reduce comfort of life of patients with GERD, particularly women.

### Conclusions.

1. The quality of life of a greater number of surveyed patients proved to be much lower than in the population of healthy people.
2. The necessity to take one's medication and to go on a diet in GERD is a factor lowering the quality of life and causes discomfort connected with treatment.
3. Emotional sphere affects the quality of life with GERD. Nervousness and sadness as states connected with the disease have a significant negative effect on life.
4. Age, place of residence and source of livelihood do not influence the quality of life with GERD.

**Keywords:** quality of life, gastroesophageal reflux disease.

### Wstęp

Choroba refluksowa przełyku, czyli GERD (Gastroesophageal Reflux Disease) jest schorzeniem związanym z patologicznym zarzucaniem treści żołądko-

wej (kwaśnej przy pH < 4 lub zasadowej przy pH > 4) do przełyku, co wywołuje subiektywne dolegliwości i/lub związane z nimi powikłania, niekorzystnie wpływające na jakość życia pacjenta [1–3].

### *Etiopatogeneza GERD*

Wśród czynników, które wywołują chorobę refluksową przełyku wymienia się przede wszystkim zaburzenie funkcji bariery antyrefluksowej.

Naturalna bariera antyrefluksowa składa się z dolnego zwieracza przełyku (LES – Lower Esophageal, Sphincter) włókien przepony (odnogi przepony) oraz kąta Hisa, utworzonego przez odcinek brzuszny przełyku i więzadła połączenia żołądkowo-przełykowego. Jednak zasadnicze znaczenie w patogenezie GERD ma zaburzenie mechanizmu LES, co doprowadza do spadku ciśnienia zwieracza i skrócenia jego długości.

Za kolejną przyczynę GERD uważa się upośledzenie tzw. kliransu przełykowego, czyli oczyszczania przełyku. Osłabienie motoryki przełyku i spadek ilości wydzielanej śliny doprowadzają do uszkodzenia bariery śluzówkowej przełyku.

Do czynników sprzyjających powstawaniu GERD zalicza się także upośledzone opróżnianie żołądkowe, które występuje prawie u 40% pacjentów z chorobą refluksową przełyku, nadmierne rozszerzenie żołądka oraz wzrost ciśnienia w żołądku i jamie brzusznej.

Zapadalność na GERD związana jest także ze zmianami, jakie zachodzą w sposobie odżywiania się i stylu życia. Za prawdopodobne czynniki ryzyka uważa się: otyłość i nadwagę, szybkie jedzenie z połykaniem dużej ilości powietrza, siedzący tryb życia, niewłaściwą dietę oraz spożywanie w nadmiernej ilości potraw tłustych, alkoholu, czekolady, naparów z mięty, napojów gazowanych oraz niektórych leków.

Według nowej klasyfikacji montrealskiej objawy GERD można podzielić na zespoły przełykowe (typowe) i pozaprzełykowe (nietypowe) [1, 4].

**Do objawów przełykowych** zalicza się zgagę (uczucie palenia za mostkiem), bóle w nadbrzuszu, odbijania, bóle w klatce piersiowej (które nierzadko sugerują bóle wieńcowe) oraz cofanie się treści żołądkowej do przełyku (tzw. regurgitacja) [1, 5, 6].

**Do zespołów pozaprzełykowych** o udowodnionym związku z refluksom zalicza się:

- zespół kaszlu refluksowego
- zespół refluksowego zapalenia krtani
- refluksowy zespół astmatyczny
- zespół refluksowych nadżerek szkliska zębów [7].

### *Powikłania choroby refluksowej*

Wieloletnie zarzucanie treści żołądkowej do przełyku i występujący stan zapalny błony śluzowej może prowadzić do poważnych powikłań [8]. W następstwie refluksowego zapalenia przełyku może dojść do krwawień i owrzodzeń przełyku (w ok. 5–10%), a nawet perforacji wrzodu (w ok. 0,2%), a w procesie gojenia się owrzodzeń

do zwężenia przełyku (w ok. 5%). U 3–15% chorych z GERD może rozwinąć się przełyk Barretta. Przełyk Barretta jest przeobrażeniem nabłonka wielowarstwowego płaskiego w nabłonek walcowaty, charakterystyczny dla metaplastyki jelitowej lub żołądkowej, co stanowi stan przednowotworowy. Na podłożu tak patologicznie zmienionego nabłonka, u ok. 10% chorych może rozwinąć się rak gruczołowy.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) jakość życia definiuje, jako „*postrzeganie przez jednostki ich pozycji w życiu, w kontekście kultury i systemu wartości, w jakich żyją, oraz jej związku z indywidualnymi celami, oczekiwaniami, standardami i zainteresowaniami*” [9]. Pojęcie jakości życia jest pojęciem zrozumiałym, ale bardzo trudnym do zdefiniowania i zmierzenia. Z medycznego punktu widzenia ocenie podlega jakość życia zależna od zdrowia (*Health Related Quality of Life-HRQL*). Na HRQL składa się wpływ procesu chorobowego na socjalne, psychologiczne i fizyczne aspekty życia oraz sumaryczny wpływ na dobre samopoczucie [10]. Jakość życia jest zmienną o wielu wymiarach, a każdy z nich zawiera wiele wyróżników będących przedmiotem oceny w badaniach klinicznych [10].

### **Cel pracy**

Celem niniejszej pracy jest określenie jakości życia pacjentów z chorobą refluksową przełyku w zależności od zmiennych socjodemograficznych.

### **Materiał i metody**

Badania zostały przeprowadzone w Centrum Diagnostyki Schorzeń Przewodu Pokarmowego Samodzielnego Szpitala Klinicznego nr 1 w Szczecinie.

W badaniu wzięło udział 100 pacjentów (61 kobiet i 39 mężczyzn) ze stwierdzoną chorobą refluksową przełyku. Średnia wieku u ankietowanych wynosiła 45,8 lat (zakres 17–74 lat), dominanta – 61, mediana – 48.

Najwięcej, bo 39% chorych posiadało wykształcenie średnie. Niewiele mniejszy procent (38%) stanowili pacjenci z wykształceniem wyższym. Łącznie 23% stanowili pacjenci z wykształceniem zawodowym i podstawowym (odpowiednio 13% i 10%).

Większość badanych, bo aż 54 osoby (54%) stanowili pacjenci zamieszkujący miasta o wielkości powyżej 100 tys. mieszkańców. 23% pacjentów pochodziło z miast od 10 do 100 tysięcy mieszkańców, a 14% ankietowanych pochodziło ze wsi. Tylko 11 osób (9%) pochodziło z miasta do 10 tysięcy mieszkańców. Respondenci dobrowolnie wyrazili zgodę i chęć wzięcia udziału w badaniach.

Badania przeprowadzono przy użyciu sondażu diagnostycznego, złożonego z ankiety zawie-

rające dane dotyczące płci, wieku, stanu cywilnego, wykształcenia, miejsca zamieszkania, źródła utrzymania, oraz standaryzowanego kwestionariusza GIQLI (Gastrointestinal Quality of Life Index), który bada jakość życia pacjentów z GERD [2, 10].

Do wstępnych obliczeń oraz wszelkich koniecznych przekształceń całego materiału badawczego wykorzystano arkusz kalkulacyjny Microsoft Excel 2007. Do statystycznego opracowania danych wykorzystano natomiast program Statistica 9.

Ponieważ badane parametry nie posiadały rozkładów normalnych, do analizy zastosowano statystykę nieparametryczną gamma. W analizie tej przyjęto poziom istotności  $< 0,05$ .

### Wyniki badań

Wykonano analizę związku sześciu parametrów badanej grupy pacjentów (płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, stan cywilny, źródło utrzymania) z wynikiem testu GIQLI. Do obliczeń zastosowano statystykę nieparametryczną gamma.

Przeprowadzona analiza wykazała istotną statystycznie korelację (0,4) pomiędzy płcią badanych a rezultatem punktacji GIQLI, co zezwala twierdzić, że mężczyźni oceniali wyżej jakość życia z chorobą refluksową przełyku aniżeli kobiety.

Kolejno porównano przy użyciu współczynnika korelacji rang gamma wynik punktacji GIQLI a stan cywilny badanych. Wystąpiła średnia korelacja (0,3) między oceną jakości życia a stanem cywilnym badanych pacjentów, co dowodzi, że osoby samotne niżej oceniły jakość życia z chorobą refluksową przełyku.

Następnie porównywano poziom wykształcenia i punktację GIQLI. W tym przypadku przeprowadzona analiza wykazała słabo dodatnią korelację (0,2). Chorzy z wykształceniem wyższym oceniają wyżej jakość życia z chorobą refluksową aniżeli chorzy z wykształceniem średnim, zawodowym czy podstawowym.

Porównując natomiast wynik punktacji GIQLI z miejscem zamieszkania, wiekiem i źródłem utrzymania nie wykazano żadnego związku. Współczynnik korelacji rang gamma dla tych parametrów wyniósł: -0,1 dla wieku i miejsca zamieszkania oraz 0,1 dla źródła utrzymania. Wynika z tego, że niezależnie od tego, czy pacjenci pochodzili z dużych (54%), małych lub średnich miast (w sumie 32%), czy ze wsi (14%) nie wpłynęło to na wynik GIQLI. Podobnie sytuacja miała się do źródła utrzymania respondentów. Niezależnie

od tego, czy ankietowani pracowali (53%), utrzymywali się z renty lub emerytury (29%), czy korzystali z innego źródła utrzymania lub nie pracowali (łącznie 16%) nie miało to wpływu na wynik testu GIQLI. Podobnie i wiek ankietowanych, pomimo dużej rozpiętości lat (od 17 do 74), nie wpłynął na wynik testu.

Wyznaczone współczynniki korelacji gamma (dla poziomu istotności  $< 0,05$ ) podano w **tabeli 1**.

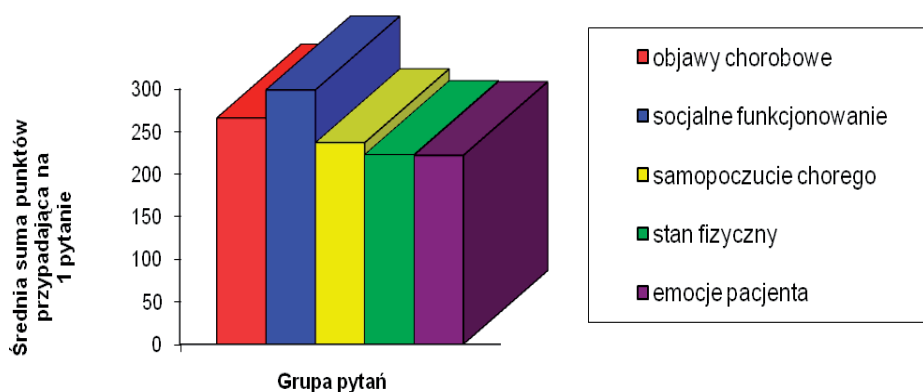
Wśród całej badanej populacji pacjentów z chorobą refluksową przełyku cztery osoby uzyskały wyniki mniejsze lub równe 61 punktów, co świadczy o bardzo niskiej jakości życia pacjentów z GERD. 30% pacjentów uzyskało punktację w przedziale 62–82 punkty. Z kolei 38% pacjentów uzyskało punktację między 83–102. Wynika z tego, że u 2/3 przebadanych pacjentów jakość życia jest dużo niższa niż średnia w populacji ludzi zdrowych (122,6 punktów). Tylko 22% pacjentów w przeprowadzonych badaniach uzyskało punkty w przedziale 103–122, co świadczy o niewielkim stopniu obniżenia jakości życia. Natomiast 6% wyników stanowiły odpowiedzi powyżej 122 punktów, co świadczy o porównywalnej z populacją ludzi zdrowych jakością życia.

Analizując wyniki badań, można zauważyć, że w grupie 100 pacjentów najwyższą średnią sumę punktów uzyskały pytania z zakresu funkcjonowania socjalnego, tj. pytania dotyczące wypełniania codziennych obowiązków, pogorszenia się kontaktów osobistych z bliskimi czy dotyczące spadku libido u badanych. Wynik ten świadczy o tym, że funkcjonowanie socjalne nie wpływa istotnie na jakość życia pacjentów z GERD. Z kolei najmniejszą średnią sumę punktów uzyskały pytania o stan emocjonalny pacjenta, tj. pytania dotyczące wpływu stresu, zdenerwowania i zaniepokojenia czy smutku na respondenta. Uzyskane wyniki z tej grupy pytań świadczą o tym, iż to właśnie emocje w znacznym stopniu obniżają jakość życia pacjentów z chorobą refluksową przełyku (**Rycina 1**).

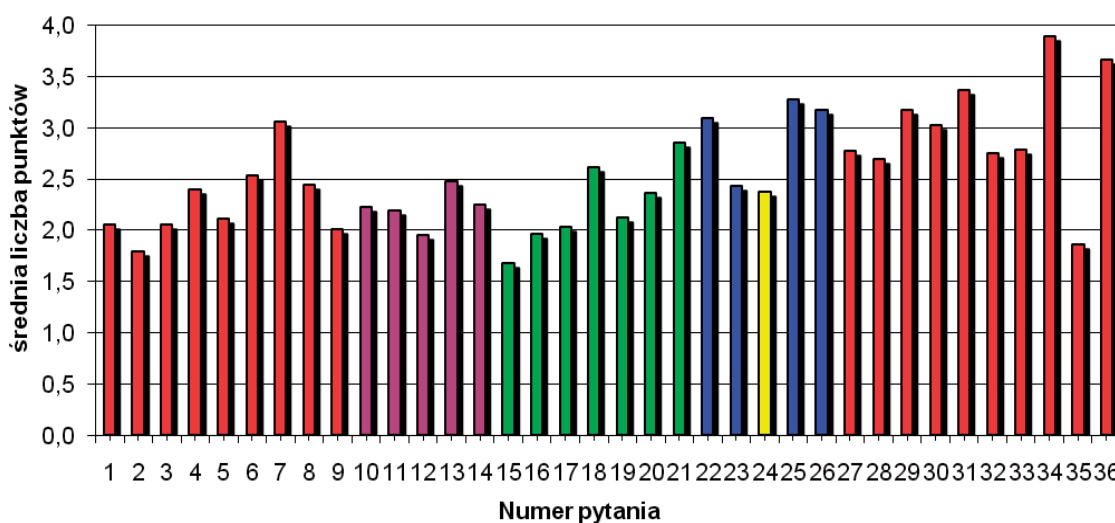
**Rycina 2** przedstawia z kolei szczegółowo średnią liczbę punktów odpowiadającą kolejnym pytaniom ankiety. Średnią arytmetyczną uzyskano poprzez sumę punktów z każdego pytania podzieloną przez liczbę respondentów biorących udział w badaniu. Wyniki dowodzą, iż niepokój i zdenerwowanie (pyt. 12) uzyskały najniższą średnią liczbę punktów w grupie pytań o emocje pacjenta. Łącznie 95% pacjentów odpowiedziało, że zdenerwowanie i zaniepokojenie związane z chorobą w znacznym stopniu wpłynęło na obniżenie jako-

**Tabela 1.** Współczynniki korelacji rang gamma pomiędzy wynikiem ankiety *GIQLI* a wybranymi parametrami badanej grupy pacjentów

Poziom istotności $< 0,05$	Współczynniki korelacji rang gamma					
	Płeć	Wiek	Stan cywilny	Miejsce zamieszkania	Wykształcenie	Źródło utrzymania
Wynik testu <i>GIQLI</i>	0,4	-0,1	0,3	-0,1	0,2	0,1



**Rycina 1.** Średnia suma punktów odpowiadająca pytaniom z poszczególnych grup: objawy chorobowe, socjalne funkcjonowanie, samopoczucie, stan fizyczny, stan emocjonalny



**Rycina 2.** Średnia liczba punktów odpowiadająca kolejnym pytaniom z poszczególnych grup, w skali od 0–4. Kolory oznaczeń grup jak na rycinie 1

16

ści ich życia w sferze emocjonalnej. Ponad 1/3 pacjentów (tj. 34% ankietowanych) odpowiedziało, że zdenerwowanie i zaniepokojenie swoją chorobą odczuwało bez przerwy lub przez większość czasu, a ponad połowa ankietowanych (61%) twierdziła, że zdenerwowanie i zaniepokojenie o swoje zdrowie przejawiało się czasami lub rzadko. Tylko 5% respondentów ze 100 twierdziło, że zdenerwowanie i zaniepokojenie, występujące z powodu

choroby, nie wpłynęło na jakość ich codziennego życia (**Ryciny 1 i 2**).

Spośród ankietowanych, którzy uzyskali z testu GIQLI  $\leq 61$  punktów, największy wpływ na obniżenie jakości życia miał ich stan fizyczny, tj. zmęczenie, obniżenie sił fizycznych, oraz ograniczona wydolność. U pacjentów, którzy uzyskali wynik GIQLI 62–82 punkty, największy wpływ na obniżenie ich jakości życia miało złe samopoczucie

**Tabela 2.** Średnia liczba punktów przypadająca na jedno pytanie w skali od 0 do 4 (zaokrąglone do jednego miejsca po przecinku) odpowiadająca pytaniom z poszczególnych grup z uwzględnieniem wyniku GIQLI

Liczba punktów otrzymanych w teście GIQLI w określonych przedziałach punktowych	Średnia liczba punktów za każde pytanie w poszczególnych grupach				
	Grupa: objawy chorobowe	Grupa: funkcjonowanie socjalne	Grupa: leczenie zachowawcze a samopoczucie chorego	Grupa: stan fizyczny	Grupa: emocje pacjenta
Wynik GIQLI $\leq 61$	1,9	1,5	1,0	0,8	1,0
Wynik GIQLI 62–82	2,1	2,6	1,7	1,7	1,8
Wynik GIQLI 83–102	2,7	3,1	2,4	2,3	2,2
Wynik GIQLI 103–122	3,1	3,5	3,1	2,9	2,6
Wynik GIQLI $\geq 123$	3,4	3,8	3,8	3,4	3,7

spowodowane leczeniem zachowawczym (pyt. 24) oraz stan fizyczny, tj. złe samopoczucie, zmęczenie i obniżenie sił fizycznych (odpowiednio pyt. 16, 15, 19). Natomiast w grupach, które uzyskały wynik GIQLI między 83–102 oraz 103–122 punkty, wyraźnie na obniżenie jakości życia miały wpływ emocje ankietowanych, tj. zdenerwowanie i zaniepokojenie swoją chorobą, stres oraz smutek (odpowiednio pyt. 12, 10, 11) (**Tabela 2**).

## Dyskusja

Choroba refluksowa przełyku jest schorzeniem przewlekłym, któremu często towarzyszy szereg nieprzyjemnych dla pacjenta objawów. Skutkiem tej choroby są negatywne emocje, obniżone samopoczucie, a co za tym idzie ogólne pogorszenie jakości życia pacjenta [11]. Przez wielu autorów obniżenie jakości życia w GERD często porównywane jest z obniżeniem jakości życia nawet w takich chorobach, jak: niedokrwienie serca, cukrzyca czy niewydolność krążenia [1, 10, 12].

W niniejszej pracy przeprowadzono badania przy użyciu standaryzowanego kwestionariusza GIQLI (Gastrointestinal Quality of Life Index), który bada jakość życia pacjentów z GERD [2, 10]. Uzyskane wyniki wynosiły średnio 91,53 punktów, co porównywalne jest z punktacją, jaką uzyskali w swoich pracach E. Kalinowska [10] oraz T. Kamolz i wsp. [13]. Badacze ci, posługując się tym samym kwestionariuszem badania jakości życia, stwierdzili, że średnia punktacja GIQLI u pacjentów GERD wynosiła odpowiednio 91 punktów oraz 90,4 punkty GIQLI, podczas gdy średnia punktów u ludzi zdrowych wynosi 122,6. Można zatem stwierdzić, że u pacjentów z chorobą refluksową przełyku, biorąc pod uwagę badania własne, jakość życia jest zdecydowanie niższa niż u ludzi zdrowych.

W materiale własnym wykazano, że istnieje zależność między płcią pacjentów a wynikiem testu jakości życia. U kobiet średnia punktacja GIQLI wyniosła 86,50, a u mężczyzn 91,53, przy czym współczynnik korelacji wyniósł 0,4. Pozwala to stwierdzić, że istnieje istotna korelacja pomiędzy płcią pacjentów a wynikiem testu, co oznacza, że jakość życia u kobiet z chorobą refluksową przełyku jest niższa, aniżeli jakość życia u mężczyzn. Natomiast O. Tyszkowski, w swojej pracy oceniającej wyniki leczenia operacyjnego GERD metodą laparoskopową i klasyczną z zastosowaniem kwestionariusza GIQLI, stwierdził brak istotnej statystycznie różnicy między płcią a wynikiem testu GIQLI [14].

W materiale własnym wykazano, że na obniżenie jakości życia największy wpływ miał stan emocjonalny pacjenta, tj. zdenerwowanie, zaniepokojenie, stres oraz smutek związany z chorobą. Wielu badaczy w swoich pracach przedstawia rolę przeżyć emocjonalnych jako ważny element

zarówno w powstawaniu jak i przebiegu choroby refluksowej, a także w powodzeniu terapii [11]. T. Kamolz i wsp. [15] w swojej pracy podkreślali, że istnieje silny związek pomiędzy emocjonalnym reagowaniem pacjenta a efektami leczenia. Również L.H. Baker i wsp. [16] udowodniali, że przeżywany stres ma niebywale istotny wpływ na dolegliwości odczuwane przez pacjentów.

To właśnie emocje stanowią w dużej mierze o jakości życia pacjentów z GERD. Chorzy, w pytaniach dotyczących emocji, najbardziej narzekali na niepokój i zdenerwowanie związane ze swoją chorobą. Jedynie 5% respondentów nie odczuwało zaniepokojenia lub zdenerwowania. U pozostałych badanych wystąpiła bardzo silna korelacja (0,9) pomiędzy poziomem zdenerwowania a smutkiem, jako stanami związanymi z chorobą.

Z badań własnych wynika, że kolejnym elementem mającym znaczny wpływ na obniżenie jakości życia jest gorszy stan fizyczny pacjenta. Zmęczenie, złe samopoczucie i kłopoty ze snem (dokładnie w tej kolejności) to elementy, które wywarły największy wpływ na stan fizyczny badanych respondentów. Z badań własnych wynika, że zmęczenie towarzyszyło niemal połowie pacjentów z GERD (47%) bez przerwy lub przez większość czasu. Natomiast złe samopoczucie towarzyszyło 32% pacjentów bez przerwy lub przez większość czasu. Z kolei ponad połowa ankietowanych (53%), skarżyła się na częste wybudzania nocne, które występowały u nich od 3 do 6 razy w tygodniu, a w niektórych przypadkach nawet co noc.

Instytut Gallupa przeprowadził badania ankietowe dla Amerykańskiego Towarzystwa Gastroenterologicznego, z których wynika, że spośród tysiąca badanych 79% odczuwało zgasną w godzinach nocnych. Wśród nich 75% osób skarżyło się na zaburzenia snu, przy czym 40% twierdziło, że to właśnie zaburzenia snu powodują gorsze funkcjonowanie następnego dnia [17]. Należy się zatem zastanowić, czy właśnie kłopoty ze snem nie są główną przyczyną pogorszenia stanu fizycznego pacjentów z GERD.

Kolejnym elementem obniżającym jakość życia pacjentów z GERD jest pogorszenie samopoczucia, związane z przewlekłym leczeniem farmakologicznym, co wykazano u 81% respondentów. Do sytuacji takich dochodzi w przypadku, gdy występują działania niepożądane leków, gdy leczenie farmakologiczne zawodzi, lub gdy leki są przez pacjenta źle tolerowane [18]. M. Migaczewski [12] w swoich badaniach zauważył, że konieczność stosowania długotrwałe leków przez pacjentów i brak możliwości zakończenia leczenia farmakologicznego powoduje u 81,5% chorych „poczucie przewlekłego pozostawania w stanie choroby”. Z kolei P. Bytzer i A.L. Blum [19] na podstawie przeprowadzonych obserwacji wykazali, że prawidłowo zaproponowane leczenie (tzw. „na żąda-

nie”) może w znacznym stopniu polepszyć jakość życia chorych.

Istotne znaczenie w leczeniu pacjentów z GERD (poza farmakologicznym) ma również stosowanie odpowiedniej diety. M. Jarosz i A. Taraszewska [20] w badaniach przeprowadzonych w latach 2005–2007 na grupie 183 osób (130 – grupa badana, 53 – grupa kontrolna), porównywali sposoby żywienia osób z GERD i osób zdrowych. Dowiedziono, że prawdopodobnie czynnikami rozwoju GERD mogą być otyłość i nadwaga, szybkie jedzenie, i niektóre produkty spożywcze, takie jak: przetwory pomidorowe, kawa, napary i napoje miętowe. W badaniach własnych wykazano, że występuje średnia korelacja pomiędzy koniecznością stosowania diety a poczuciem dyskomfortu związanego z leczeniem.

J. Reguła i wsp. [21] w badaniach nad obciążeniem polskich pacjentów związanym z chorobą refluksową przełyku wykazali, że najbardziej dokuczliwymi objawami u badanych pacjentów były zgaga, niestrawność oraz ból brzucha. Podobnie u M. Migaczewskiego i wsp. [12], dominującym objawem przed zabiegiem fundoplikacji była zgaga, kwaśne i puste odbijania oraz zwracanie treści żołądkowej do przełyku. Badania własne potwierdzają, że uczucie pełności w nadbrzuszu i zgaga oraz uciążliwe odbijanie, ból brzucha, wzdęcia brzucha i konieczność ograniczenia pokarmów, są najbardziej uciążliwe dla pacjentów w grupie pytań o objawy chorobowe. Wykazano, że istnieje silna korelacja pomiędzy bólem brzucha a uczuciem pełności w nadbrzuszu.

W badaniach własnych w obszarze życia socjalnego nie obserwuje się negatywnego wpływu choroby refluksowej na życie pacjenta. Natomiast M. Migaczewski i wsp., przeprowadzając badania w grupie 43 osób z chorobą refluksową przełyku leczonych laparoskopową fundoplikacją sposobem Nissena [12], wykazali, że przed operacją 32,5% ankietowanych było zmuszonych do ograniczenia kontaktów towarzyskich z powodu choroby, 38% ograniczyło wykonywanie czynności zawodowych, a 42% spośród ankietowanych musiało ograniczyć wykonywanie codziennych czynności domowych.

U ankietowanych nie odnotowano utrudnień w kontaktach z rodziną, życiu seksualnym, oraz w codziennych obowiązkach, takich jak szkoła, praca, dom. Również na kontakty towarzyskie choroba nie miała praktycznie żadnego wpływu, a większość badanych twierdziła, że z powodu choroby nie musiała zrezygnować z charakterystycznych dla siebie sposobów spędzania wolnego czasu.

## Wnioski

1. U większości pacjentów z chorobą refluksową przełyku stwierdza się zdecydowanie niższą jakość życia w porównaniu z populacją zdrową.

2. Konieczność stosowania długotrwanie leków oraz wprowadzenie diety to czynniki obniżające jakość życia chorych.
3. Na jakość życia w chorobie refluksowej przełyku ma wpływ sfera emocjonalna. Zdenerwowanie i smutek jako stany związane z chorobą silnie obniżają jakość życia w tej sferze.
4. Wiek, miejsce zamieszkania i źródło utrzymania nie wpływają na jakość życia chorych z GERD.

## Piśmiennictwo

- [1] Huk J, Wallner G, Dąbrowski A, Solecki M, Majewski M, Kubalewska M, Kowalczyk K, Wiktor W, Jankowski L. Ocena wpływu dolegliwości towarzyszących chorobie refluksowej przełyku na jakość życia pacjentów leczonych przez 4 tygodnie jednorazową dawką omeprazolu 20 mg/dobę (ENJOY 12HEE/2005). *Przegląd Gastroenterologiczny*. 2007;2(6): 271–281.
- [2] Kalinowska E, Tarnowski W, Banasiewicz J. Metody pomiaru jakości życia u chorych z chorobą refluksową przełyku. *Gastroenterologia Polska*. 2005; 12(6):531–536.
- [3] Kazimierczuk E, Rydzewska G. Leczenie choroby refluksowej. *Świat Medycyny i Farmacji*. 2009;8: 9–13.
- [4] Vakil N, van Zanten SV, Kahrilas T i wsp. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. *Am J Gastroenterol*. 2006;101:1900–20.
- [5] Małeczka-Panas E, Talar-Wojnarowska R. Choroby przełyku. W: Szczekliki A. (red.). *Choroby wewnętrzne. Stan wiedzy na rok 2010*. Medycyna Praktyczna, Kraków 2010; 816–820.
- [6] Taraszewska A, Jarosz M. Modyfikacja diety i stylu życia jako element terapii w chorobie refluksowej żołądkowo-przełykowej. *Żywność Człowieka i Metabolizm*. 2005;32(2):66–73.
- [7] Łozowski CT, Kasztelan-Szczerbińska B, Słomka M. Nietypowe manifestacje refluksu żołądkowo-przełykowego. *Lekarz*. 2008;9:42–47.
- [8] Ziółkowski B. Choroba refluksowa przełyku. *Essentia Medica*. 2007;1:18–20, 22, 24, 26–27.
- [9] Tobiasz-Adamczyk B. Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia. Nowe spojrzenie na chorego. W: Ostrowska A. *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy kategorii analizy*. Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 2009; 112–141.
- [10] Kalinowska E. Jakość życia a zaburzenia osobowości u pacjentów z chorobą refluksową przełyku leczonych chirurgicznie. *Postępy Nauk Med*. 2007;10: 430–438.
- [11] Marcinkowska-Bachlińska M, Małeczka-Panas E. Poczucie kontroli i strategie radzenia sobie z emocjami i dolegliwościami u chorych na chorobę refluksową. *Przewodnik Lekarza*. 2006;9:83–90.
- [12] Migaczewski M, Budzyński A, Rembiasz K, Choruz R. Ocena jakości życia osób z chorobą refluksową przełyku leczonych laparoskopową fundoplikacją sposobem Nissena. *Wideochirurgia i inne techniki małoinwazyjne*. 2008;3(3):119–125.

- [13] Kamolz T i wsp. Mid and Long-term Quality of life Assessments after Laparoscopic Fundoplication and Refundoplication: a Single Unit Review of More than 500 Antireflux Procedures. *Digest Liver Dis.* 2002;34:470–6.
- [14] Tyszkowski O. Ocena wyników operacyjnego leczenia GERD (Gastroesophageal Reflux Disease) metodą laparoskopową i klasyczną na podstawie oceny jakości życia przy pomocy GIQLI (Gastrointestinal Quality of Life Index) i ankiety własnej. Uniwersytet Medyczny im Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej. Praca Doktorska, Poznań 2009.
- [15] Kamolz T, Pointner R. Gastroesophageal reflux disease. Heart-burn from a psychological view. *Mineerva Gastroenterol Dietol.* 2004;50:261–268.
- [16] Baker LH, Liberman D, Oehlke M. Psychological distress in patients with gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol.* 1995;90:1797–1803.
- [17] Shaker R, Castell DO, Schoenfeld PS. Nighttime heartburn is an unter-appereciated clinical problem that impacts sleep and daytime function: the results of a Gallupsurvey conducted on behalf of the American Gastroenterological Association. *Am J Gastroenterol.* 2003;98:1487–1493.
- [18] Przytułski K. Jakość życia w chorobie refluksowej. *Gastroenterologia Polska.* 2004;11(6):559–563.
- [19] Bytzer P, Blum AL. Personal view: rationale and proposed algorithms for symptom-based proton pump inhibitor therapy for gastro-oesophageal reflux disease. *Aliment Pharmacol Ther.* 2004;20:389–398.
- [20] Jarosz M, Taraszewska A. Porównanie sposobu żywienia osób z chorobą refluksową żołądkowo-przełykową i osób zdrowych. *Badania Pilotażowe. Żywnienie człowieka i Metabolizm.* 2007;34(6):1595–1607.
- [21] Reguła J, Kulich KR, Stasiewicz J, Jasiński B, Carlson J, Wiklund I. Obciążenie polskich pacjentów związane z chorobą refluksową przełyku. *Przegląd Epidemiologiczny.* 2005;59:75–85.

*adres do korespondencji*

Maria Korzonek  
Samodzielna Pracownia Opieki Długoterminowej  
Pomorski Uniwersytet Medyczny  
ul. Grudziącka 31, 70-103 Szczecin  
tel.: 91 44 14 758, 501 128 297, e-mail: mariakorzonek@wp.pl