

Magdalena Kopczyńska

Ocena jakości życia i częstości występowania depresji w zespole jelita drażliwego.

Rozprawa na stopień
doktora nauk medycznych

Promotor

Prof. dr hab. n. med. Ewa Małecka-Wojcieszko

Klinika Chorób Przewodu Pokarmowego

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Łódź, 2022 r.

7 Streszczenie

Zespół jelita drażliwego (IBS – ang. *Irritable Bowel Syndrome*) stanowi duże wyzwanie medycyny XXI wieku. Jest to przewlekłe schorzenie przewodu pokarmowego o złożonej etiopatogenezie, będące najczęstszą chorobą czynnościową układu pokarmowego.

Leczenie choroby jest trudne i nierzadko mało efektywne. U chorych, obok typowych objawów ze strony przewodu pokarmowego, obserwuje się częste występowanie różnorodnych zaburzeń emocjonalnych i chorób psychicznych. Z jednej strony, te ostatnie pogłębiają dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego, a z drugiej – objawy somatyczne wzbudzają ciągły niepokój i prowadzą do zmian emocjonalnych i psychicznych u chorych. Leczenie IBS niesie ze sobą szereg wyzwań związanych z łagodzeniem objawów choroby podstawowej, ale także, z potrzebą uwzględnienia poprawy jakości życia chorych i tonowania zaburzeń psychicznych. Interdyscyplinarne podejście do procesu leczenia odnosi się do całościowej oceny pacjenta, dając tym samym lepszy wgląd w złożone problemy w zakresie zdrowia fizycznego, psychicznego i środowiska, w którym chory funkcjonuje. Kluczowa staje się więc identyfikacja zaburzeń emocjonalnych i psychicznych oraz ocena jakości życia chorych. Ta ostatnia, u chorych z IBS, może posłużyć także jako doskonałe kryterium oceny efektywności leczenia.

Wykrycie współwystępowania depresji i obniżenia jakości życia pozwoli na wyłonienie chorych na IBS, którzy powinni zostać poddani dodatkowej terapii, w tym psychiatrycznej, co może pozwolić na poprawę ogólnych wyników leczenia.

Celem pracy była ocena jakości życia u chorych z zespołem jelita drażliwego i identyfikacja najbardziej upośledzonych sfer życia, ocena częstości występowania objawów depresyjnych u chorych z zespołem jelita drażliwego oraz poszukiwanie zbieżności pomiędzy występowaniem depresji, a jakością życia u pacjentów z zespołem jelita drażliwego.

Badania przeprowadzono w grupie 87 chorych z potwierdzonym rozpoznaniem zespołu jelita drażliwego. Grupę porównawczą stanowiło 56 zdrowych ochotników.

Z osobami zakwalifikowanymi do badania przeprowadzono wywiad lekarski weryfikujący rozpoznanie IBS na podstawie III Kryteriów Rzymskich. Chorzy wypełniali ankietę dla pacjenta, kwestionariusz jakości życia SF-36, kwestionariusz jakości życia w IBS (IBS-QOL) oraz skalę depresji Becka (BDI).

Wśród pacjentów z IBS zaburzenia depresyjne, oceniane na podstawie BDI, występowały istotnie częściej niż w grupie porównawczej: 38 (46,34%) vs 5 (8,93%; $p=0,00001$). Najczęściej występującym zaburzeniem była umiarkowana depresja, która wystąpiła u 37 chorych i u 5 osób z grupy kontrolnej ($p=0,00002$). Średnia punktacja kwestionariusza BDI wśród osób chorych wynosiła $10,780 \pm 6,80418$ i była istotnie wyższa niż w grupie porównawczej: $4,9643 \pm 4,65135$ ($p<0,00001$)

Jakość życia oceniana za pomocą kwestionariusza ogólnej oceny zdrowia – SF-36 nie była statystycznie istotnie różna od przeciętnych wartości dla populacji polskiej.

U chorych na IBS najwyższa średnia występowała w dwóch domenach: funkcjonowanie społeczne (S) oraz funkcjonowanie fizyczne (F).

Parametry jakości życia, badane za pomocą kwestionariusza IBS-QOL, były niższe w grupie badanej niż w grupie porównawczej, a różnice w ogólnej jakości życia (IBS_OV) i poszczególnych jej domenach były statystycznie istotne ($p<0,05$). Ogólna ocena jakości życia (IBS_OV) wśród pacjentów z IBS wynosiła $61,62 \pm 19,88$, a w grupie porównawczej $98,30 \pm 4,11$ ($p<0,05$). Średnie wskaźniki jakości życia we wszystkich obszarach życia u chorych z IBS były istotnie niższe niż w grupie kontrolnej, a dokładnie w sferze nastroju IBS_DY $59,69 \pm 24,68$ vs $99,33 \pm 2,71$ ($p<0,05$), w sferze aktywności (IBS_IN) $61,86 \pm 21,86$ vs $98,02 \pm 6,09$ ($p<0,05$), w sferze postrzegania własnego ciała (IBS_BI) $59,77 \pm 24,776$ vs $96,54 \pm 7,24$ ($p<0,05$), niepokoju o własne zdrowie (IBS_HW) $58,23 \pm 20,98$ vs

98,66 ± 5,22 (p<0,05), zwyczajów żywieniowych (IBS_FA) 44,25 ± 25,58458 vs 94,94 ± 10,97 (p<0,05), relacji socjalnych (IBS_SR) 67,52 ± 23,82 vs 99,33 ± 2,29 (p<0,05), relacji seksualnych (IBS_SX) 76,43 ± 26,31 vs 99,78 ± 1,67 (p<0,05), relacji społecznych (IBS_RL) 71,74 ± 21,20 vs 99,26 ± 3,28 (p<0,05).

Zaobserwowano również, że w grupie chorych kobiet na IBS punktacje jakości życia w sferze nastroju (IBS_DY), aktywności (IBS_IN), oceny własnego ciała (IBS_BI) oraz ogólnej oceny stanu zdrowia (IBS_OV) były istotnie niższe niż w grupie chorych mężczyzn i wynosiły odpowiednio: (56,70 ± 24,82 vs 71,18 ± 20,99; p<0,05) dla sfery nastroju (IBS_DY), (59,11 ± 22,38 vs 72,42 ± 22,38; p<0,05) dla sfery aktywności (IBS_IN), (55,07 ± 23,15 vs 77,77 ± 23,01; p<0,05) dla oceny własnego ciała (IBS_BI) oraz (59,02 ± 19,43 vs 71,65 ± 18,84; p<0,05) dla ogólnej jakości życia (IBS_OV).

W kolejnym etapie badania oceniano zbieżność między SF-36, IBS-QOL, a BDI i wybranymi cechami klinicznymi. Statystycznie istotne okazały się korelacje między punktacją wg skali Becka, a wszystkimi domenami w formularzu SF-36. Najsilniejsze okazały się korelacje między skalą depresji Becka, a zdrowiem psychicznym (Psy) (r=-0,64), witalnością (V) (r=-0,596) i zdrowiem fizycznym (Fiz) (r=-0,567).

Mimo, że parametry SF-36 u chorych na IBS nie różniły się od populacji ogólnej, to wykazano, że obecność depresji silnie wpływała na pogorszenie wyników we wszystkich domenach tego kwestionariusza.

Znaleziono też statystycznie istotną korelację między wiekiem, a funkcjonowaniem fizycznym (F) (r=-0,302, p<0,05) i zdrowiem fizycznym (Fiz) (r=-0,295, p<0,05).

Statystycznie istotne, ujemne korelacje znaleziono między czasem trwania choroby, a zdrowiem ogólnym (H) (r=-0,290, p<0,05), funkcjonowaniem społecznym (S) (r=-0,257, p<0,05) i zdrowiem fizycznym (Fiz) (r=-0,258, p<0,05) ocenianych za pomocą kwestionariusza SF-36.

Stwierdzono natomiast ujemną statystycznie istotną korelację poszczególnych obszarów jakości życia i punktacji BDI – w sferze nastroju IBS_DY ($r=-0,26$; $p<0,05$), aktywności IBS_IN ($r=-0,39$; $p<0,05$), niepokoju o zdrowie IBS-HW ($r=-0,31$; $p<0,05$), zwyczajów dietetycznych IBS_FA ($r=-0,27$; $p<0,05$), relacji seksualnych IBS_SX ($r=-0,42$; $p<0,05$), związków IBS_RL ($r=-0,38$, $p<0,05$) i ogólnego stanu zdrowia IBS_OV ($r=-0,35$; $p<0,05$) ocenianych za pomocą kwestionariusza IBS-QOL.

Znaleziono również ujemną istotną statystycznie korelacje między niepokojem o własne zdrowie (IBS-HW), a wiekiem ($r=-0,3524$ $p=0,002$).

Wnioski

1. Zespół jelita drażliwego powoduje istotne obniżenie jakości życia chorych ocenianych za pomocą specyficznego kwestionariusza IBS-QOL, w zakresie domen: nastroju (IBS_DY), aktywności (IBS_IN), postrzegania własnego ciała (IBS_BI), niepokoju o własne zdrowie (IBS_HW), zwyczajów żywieniowych (IBS_FA), zachowań socjalnych, satysfakcji seksualnej (IBS_SX), relacji społecznych (IBS_RL) oraz ogólnej jakości życia (IBS_OV).
2. Kobiety z IBS osiągają niższą wartość parametrów jakości życia w porównaniu do chorych mężczyzn. Różnice te dotyczą zwłaszcza domen: nastroju (IBS_DY), aktywności (IBS_IN), oceny własnego ciała (IBS_BI) oraz ogólnej oceny stanu zdrowia (IBS_OV).
3. Różnego stopnia depresja dotyczy prawie połowy chorych na IBS.
4. Stwierdzono zbieżność pomiędzy obniżeniem jakości życia mierzonej za pomocą IBS-QOL w sferze nastroju (IBS_DY), aktywności (IBS_IN), niepokoju o własne zdrowie (IBS_HW), zwyczajów dietetycznych (IBS_FA), satysfakcji seksualnej (IBS_SX) relacji społecznych (IBS_RL) i ogólnego stanu zdrowia (IBS_OV), a punktacją BDI u chorych na IBS.

5. Stwierdzono zbieżność pomiędzy punktacją wg skali Becka, a wszystkimi domenami w formularzu SF-36. Silniejszej depresji towarzyszyło silniejsze obniżenie jakości życia mierzonej za pomocą kwestionariusza SF-36.
6. Zbieżność upośledzenia jakości życia w obu kwestionariuszach i nasilenia depresji potwierdza dane o znaczeniu i silnym wpływie depresji na jakość życia chorych na IBS.
7. Dłuższy czas trwania choroby wiąże się z silniejszym upośledzeniem jakości życia w zakresie domen zdrowia ogólnego (H), funkcjonowania społecznego (S) i zdrowia fizycznego (Fiz) w kwestionariuszu SF-36.
8. Stwierdzone u wysokiego odsetka chorych na IBS upośledzenie jakości życia i zaburzenia depresyjne powinny być uwzględniane w postępowaniu terapeutycznym w tej grupie chorych.

8 Summary

Irritable bowel syndrome (IBS) has been a major medical challenge of the 21st century medicine. It is a chronic gastrointestinal disorder with a very complex etiopathogenesis, which is the most common functional disease of the digestive system. The treatment of the disease is difficult and often not very effective. Among the patients, aside from the typical gastrointestinal symptoms, frequent emotional and psychiatric disorders are observed. On one hand emotional and psychologic problems aggravate the IBS syndromes, and on the other – somatic symptoms activate constant anxiety and lead to emotional and psychiatric disfunctions. IBS treatment carries a number of challenges connected with relief of symptoms of the underlying disease, but also with the need of taking into consideration the improvement of the quality of life, and softening the mental malfunctions. An interdisciplinary approach to the treatment process refers to the overall patient evaluation, thereby giving an insight into complex problems regarding physical and mental health and the environment in which the patient is functioning. Both the identification of mental and psychiatric malfunctions and the assessment of the quality of life is crucial. The last one, among the patients suffering from IBS, may also be used as an excellent evaluation of treatment effectiveness. Detection of depression and decrease in the quality of life allows to appoint the ones suffering from IBS who should undergo an additional therapy, including the psychological or psychiatric one, which may be beneficent to the overall treatment results. The aim of the study was to evaluate the quality of life in patients with IBS and identification of the most disabled areas of life, the assessment of frequency of depression symptoms among the ones suffering from IBS, as well as seeking the convergence of depression and the quality of life of the ones with IBS. The study was carried out in a group of 87 patients with diagnosed irritable bowel disease. The control group consisted of 56 healthy volunteers.

The diagnosis of IBS was based on The Rome III criteria. The IBS patients completed a patient survey, SF-36 questionnaire, IBS-QOL questionnaire and Beck's Depression Inventory (BDI).

Among patients with IBS, depression measured by BDI occurred significantly more often than in the control group: 38 (46,34%) vs 5 (8,93%; $p=0,00001$). The most common disorder was moderate depression, which occurred among 37 diagnosed patients, and 5 from the control group ($p=0,00002$). The average number of points of the BDI questionnaire among the patients with IBS was $10,780 \pm 6,80418$ in IBS and was remarkably higher than in the control group: $4,9643 \pm 4,65135$ ($p<0,00001$).

The quality of life assessed by SF-36 was not statistically different from average score for the Polish population.

Out of patients with IBS the highest score was among two of the following: social functioning (S) and physical functioning (F).

The quality of life parameters assessed by IBS-QOL questionnaire were lower in the IBS group than in the control one, and the differences of the overall quality of life (IBS_OV) and its specific domains were statistically relevant ($p<0,05$). The overall assessment of the quality of life among the patients with IBS was $61,62 \pm 19,88$, and $98,30 \pm 4,11$ ($p<0,05$) in the control group $98,30 \pm 4,11$ ($p<0,05$). The average quality of life in domains in IBS patients were significantly lower than in the control group. More precisely, in dysphoria (IBS_DY): $59,69 \pm 24,68$ vs. $99,33 \pm 2,71$ ($p<0,05$), in the interference with activity (IBS_IN): $61,86 \pm 21,86$ vs. $98,02 \pm 6,09$ ($p<0,05$), in body image (IBS_BI): $59,77 \pm 24,776$ vs. $96,54 \pm 7,24$ ($p<0,05$), in concern of health worry (IBS_HW): $58,23 \pm 20,98$ vs. $98,66 \pm 5,22$ ($p<0,05$), food avoidance (IBS_FA): $44,25 \pm 25,58458$ vs. $94,94 \pm 10,97$ ($p<0,05$), social reactions (IBS_SR): $67,52 \pm 23,82$ vs. $99,33 \pm 2,29$ ($p<0,05$), sexual relations (IBS_SX):

76,43 ± 26,31 vs. 99,78 ± 1,67 (p<0,05), relationship (IBS_RL): 71,74 ± 21,20 vs. 99,26 ± 3,28 (p<0,05).

It has also been observed that in the group of the women with IBS the evaluation of the quality of life in the sphere of dysphoria (IBS_DY), interference with activity (IBS_IN), body image (IBS_BI) and the overall quality of life (IBS_OV) were significantly lower than among men and were as follows: (56,70 ± 24,82 vs. 71,18 ± 20,99; p<0,05) for the dysphoria (IBS_DY), (59,11 ± 22,38 vs. 72,42 ± 22,38; p<0,05) for interference with activity (IBS_IN), (55,07 ± 23,15 vs. 77,77 ± 23,01; p<0,05) for body image (IBS_BI) and (59,02 ± 19,43 vs. 71,65 ± 18,84; p<0,05) for the overall quality of life (IBS_OV).

In the next step of the study the correlation between SF-36, IBS-QOL, a BDI and the clinical features were measured. The correlations between BDI and all domains in SF-36 form were statistically significant. The strongest were correlations between BDI and mental health (Psy) (r=-0,64), vitality (V) (r=-0,596) and physical health (Phys), (r=-0,567).

Although the SF-36 parameters in IBS patients were no different than in the rest of the population, the presence of depression had a strong effect on the worsening in all domains of the questionnaire.

Another correlation between age and physical functioning (F) (r=-0,302, p<0,05) and physical health (Phys) (r=-0,295, p<0,05) was found.

Statistically important, negative correlations between the period of IBS and physical function were found (H) (r=-0,290, p<0,05), social functioning (S) (r=-0,257, p<0,05) and physical health (Phys) (r=-0,258, p<0,05) assessed with SF-36.

However, between particular areas of life in BDI – dysphoria (IBS_DY) (r=-0,26; p<0,05), interference with activity (IBS_IN) (r=-0,39; p<0,05), health worry (IBS-HW) (r=-0,31; p<0,05), food avoidance (IBS_FA) (r=-0,27; p<0,05), sexual satisfaction (IBS_SX)

($r=-0,42$; $p<0,05$), relationships (IBS_RL) ($r=-0,38$, $p<0,05$) – and overall health quality of life (IBS_OV) ($r=-0,35$; $p<0,05$) assessed by IBS-QOL questionnaire.

Negative correlation between older age and health worry (IBS-HW) was also found (IBS-HW) ($r=-0,3524$ $p=0,002$).

Conclusions:

1. IBS causes a major lowering of the quality of life among the IBS patients measured by IBS-QOL questionnaire.
2. In IBS group, IBS-QOL scores were significantly lower among women than among men.
3. Among patients with IBS, depression was detected in almost half of the patients, which was more frequent than in control group.
4. Correlation between lowering of the quality of life measured with IBS QOL questionnaire in most domains and BDI scores were found.
5. Correlation between the lowering of the quality of life measured according to BDI and all domains in SF-36 questionnaire was found. The increase of depression was correlated with a stronger lowering of the quality of life measured by SF-36 questionnaire.
6. Correlation between the lowering of the quality of life in both questionnaires and the depression confirms its importance and the strong influence on the quality of life among the IBS patients.
7. The longer duration of IBS is accompanied with the stronger lowering of the quality of life in domains of general health (H), social functioning (S) and physical health (Phys) in SF-36 questionnaire.
8. Quality of life and depression should be measured and considered in the patients management