

Barbara Kubik*, Urszula Romanowska, Elżbieta Bednarz

Zakład Pielęgniarstwa, Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie
Section of Nursing, Institute of Health Sciences, State Higher Vocational School, Tarnow, Poland

Jakość życia pacjentów poddanych swoistej immunoterapii alergenowej Quality of Life of Patients Subjected to Specific Allergen Immunotherapy

Otrzymano/Received: 21.08.2017

Przyjęto do druku/Accepted: 03.09.2017

Opublikowano/Publication date:

Grudzień 2017/December 2017

Streszczenie

Wstęp: Obecnie choroby alergiczne są jednymi z najczęściej występujących chorób przewlekłych, które wpływają na wszystkie sfery funkcjonowania życia ludzkiego. Jedyną formą leczenia przyczynowego chorób alergicznych, poza eliminacją uczulającego alergenu, jest swoista immunoterapia alergenowa. Objawy chorób alergicznych powodują szereg konsekwencji m.in. ograniczają aktywność pacjenta, negatywnie wpływają na relacje społeczne, sposób spędzania czasu wolnego, a także powodują zaburzenia snu. Ocena jakości życia w schorzeniach alergicznych dostarcza wiedzy na temat funkcjonowania pacjenta w wymiarze psychologicznym oraz społecznym, a także stanowi

wartościowe uzupełnienie przeglądu efektywności leczenia chorób alergicznych, pozwalając na całościową ocenę samopoczucia pacjenta.

Cel: Celem pracy była ocena jakości życia pacjentów stosujących swoistą immunoterapię alergenową.

Material i metody: Badaniem objęto 128 osób, ale ostatecznie do analiz wykorzystano 100 prawidłowo wypełnionych kwestionariuszy. Grupę badaną stanowili pacjenci w trakcie swoistej immunoterapii alergenowej w wieku powyżej 18 lat. Jako metodę badawczą zastosowano sondaż diagnostyczny. Posłużono się standaryzowanym kwestionariuszem ankiety SF-36 oraz autorskim kwestionariuszem ankiety.

Wyniki: Zaobserwowano, że ogólną jakość życia osób dotkniętych schorzeniami alergicznymi, mierzoną za pomocą kwestionariusza SF-36, można ocenić jako dość dobrą. Ankietowani poddani swoistej immunoterapii alergenowej uważają tę metodę leczenia za pozytywnie wpływającą na ich zdrowie, ponieważ zmniejsza objawy alergii. Aż 91% badanych uważa, że immunoterapia

*Adres do korespondencji/Address for correspondence: barqbik@op.pl

swoista wpływa u nich pozytywnie na zmniejszenie objawów alergii. Wykazano także, że długość stosowania terapii nie ma wpływu na zmniejszenie objawów alergii.

Wnioski: Ogólna jakość życia pacjentów jest dość dobra, najlepiej oceniana w domenach sprawności fizycznej, ograniczeń aktywności wywołanych problemami emocjonalnymi i zmiany stanu zdrowia. Badani pozytywnie oceniają wpływ immunoterapii na swój stan zdrowia ponieważ zmniejsza objawy alergii. Respondenci posiadają znikomą wiedzę na temat sposobów zapobiegania ekspozycji na alergen. Mimo pozytywnej oceny skuteczności immunoterapii badani w dużej większości odczuwają potrzebę przyjmowania dodatkowo leków antyhistaminowych.

Słowa kluczowe: alergia, alergeny, immunoterapia swoista, jakość życia

Summary

Introduction: At present, allergic diseases are some of the most common chronic diseases affecting all spheres of human life. The only form of causative treatment of allergic diseases, apart from elimination of the sensitizing factor, is the specific allergen immunotherapy. The symptoms of allergic diseases can cause a number of consequences, including reduction of patient activity, negatively affect social relationships, ways of spending free time, and also cause sleep disorders. Assessing the quality of life in allergic diseases provides us with knowledge of the patient's psychological and social functioning, and is a valuable addition to the review of the effectiveness of treatment for allergic diseases, allowing us to assess the patient's overall well-being.

Aim of the study: The aim of the study was to evaluate the quality of life of patients using specific allergen immunotherapy.

Material and methods: 128 subjects were included in the study, but 100 questionnaires were used for the analysis. The study group was comprised of patients undergoing specific allergen immunotherapy

over the age of 18 years. In this paper a diagnostic survey was used as a research method. The tools used are the standard questionnaire SF-36 and the questionnaire survey.

Results: In the present study, it was observed that the overall quality of life of people affected by allergic diseases, as measured by the SF-36 questionnaire, can be assessed as quite good. Respondents subjected to specific allergen immunotherapy consider this method of treatment positively influencing their health as they reduce the symptoms of allergies. As many as 91% of the respondents think that specific immunotherapy affects them to reduce the symptoms of allergies. It has also been shown that the length of therapy has no effect on reducing the symptoms of allergies.

Conclusions: The overall quality of life of patients is quite good, best evaluated in the domains of physical fitness, limitation of activity caused by emotional problems and changes in health status. Researchers positively evaluate the effect of immunotherapy on their health as it reduces the symptoms of allergies. Respondents have little knowledge about how to prevent exposure to allergens. Despite a positive assessment of the effectiveness of immunotherapy, the vast majority of respondents feel the need for additional antihistamines.

Keywords: allergy, allergens, specific immunotherapy, quality of life

Wprowadzenie

Choroby alergiczne należą do ważniejszych problemów współczesnej medycyny. Od kilkadziesiąt lat na całym świecie obserwuje się wzrost częstości ich występowania. W Polsce, w zależności od regionu i płci, cechy alergii deklaruje nawet do 40% respondentów, stany zapalne błony śluzowej nosa zgłasza ponad 35% populacji niektórych wielkich miast, alergiczny nieżyt nosa występuje w ponad 22% na terenie regionów miejskich i znacznie rzadziej na terenach wiejskich. Astma rozpoznana to 4 do ponad 65%, ale objawy tej choroby deklaruje od 7 do ponad 20% populacji, w zależności od gru-

py wiekowej i regionu (najwięcej na terenie Wrocławia – prawie w 28%). Zmiany skórne obserwuje u siebie 40–45% Polaków. Objawy alergiczne, takie jak świsły i gwizdy w klatce piersiowej, zgłaszane są na terenie miast w 10,5–20,1% i jest to o 30% więcej niż na terenach wiejskich [1].

Szacuje się, że objawy alergii stwierdza się obecnie u 10-30% Europejczyków a tendencje wzrostowe utrzymują się [2]. W Polsce jest to obecnie około 25-30% społeczeństwa. Alergia jest symbolem naszych czasów i obrazem współczesnego stylu życia. Związana jest ona z postępem technologicznym, zanieczyszczeniem środowiska i wzrastającym masowo użyciem środków chemicznych. Modny w ostatnim czasie osąd, że za zjawisko spektakularnego wzrostu częstości zachorowań na choroby alergiczne odpowiada wzrost poziomu higieny osobistej, paniczna ucieczka od wszelkiego rodzaju bakterii i przenoszenia zarazków, pozostaje ciągle kontrowersyjny [3].

Do najistotniejszych chorób alergicznych zalicza się alergiczne zapalenie błony śluzowej nosa i spojówek, atopowe zapalenie skóry, astmę, wyprysk kontaktowy, reakcje anafilaktyczne jak również pokrzywkę i obrzęk naczynioruchowy [4-6]. Podstawą diagnostyki chorób alergicznych jest właściwie zebrany wywiad, którego zasadniczym celem jest określenie charakteru objawów i częstości ich występowania oraz wyniki badań diagnostycznych [7]. Lekarz specjalista, na podstawie oceny stanu fizycznego pacjenta, wprowadza leczenie mające na celu złagodzenie objawów i, jeśli to możliwe, zlikwidowanie przyczyny schorzenia. Choroby alergiczne zmieniają dotychczasowe życie chorego nakładając na niego wiele ograniczeń, a objawy alergii stają się istotnym czynnikiem warunkującym jego aktywność. Zapoznanie się z subiektywną oceną jakości życia dokonaną przez pacjenta, pomaga ocenić, jak badany radzi sobie z chorobą, na ile jest świadomy zmian zachodzących w organizmie, odzwierciedla zaangażowanie i aktywny udział podopiecznego w procesie leczenia. Jednocześnie pokazuje, w jakim stopniu

zaproponowane leczenie jest zaaprobowane przez pacjenta, na ile podejmowane działania poprawiają jego funkcjonowanie, ale także czy uczestnictwo w procesie terapeutycznym nie pogarsza dodatkowo komfortu jego życia. Występowanie chorób alergicznych i ich objawów niesie za sobą szereg negatywnych konsekwencji. Mogą one wpływać niekorzystnie na stan psychiczny i na zachowania zdrowotne. Kwestionariusze stworzone do oceny jakości życia uwzględniają wszystkie sfery funkcjonowania człowieka, tj. psychiczną, fizyczną i społeczną. Określenie aspektów dobrego i złego samopoczucia spowodowanego chorobą pozwala na rozpoznanie nawet najmniejszej zmiany w stanie zdrowia. Pacjent musi zdawać sobie sprawę, jakie znaczenie ma dla niego choroba, jaką przyjmuje wobec niej postawę i jakie jest jego wyobrażenie o chorobie. Decydują o tym cechy osobowości, poziom wykształcenia oraz sposób i umiejętność rozumienia i przyswajania różnego rodzaju informacji [8].

Zwrócić należy uwagę na aspekt wyolbrzymiania pewnych dolegliwości lub minimalizowania innych. Dla jednych pacjentów choroba będzie stanowić życiową tragedię. Często u tej grupy chorych obserwuje się obniżoną samoocenę z powodu zaburzonego poczucia bezpieczeństwa. Druga grupa chorych akceptuje swoją chorobę i uczy się z nią żyć. Zaobserwować możemy u tych osób radość życia, bo mimo niedogodności i wyrzeczeń, to tylko alergią. Trzecią grupę będą tworzyli pacjenci, dla których choroba będzie niejako wybawieniem od codziennych problemów. Zwiększać będą zainteresowanie własną osobą [8, 10].

Nie ulega wątpliwości, że troska o stan zdrowia pacjenta towarzyszyła medycynie od początku jej istnienia. Do niedawna głównym celem tej troski było leczenie chorób, a jeśli wyleczenie nie było możliwe, celem stawało się przedłużenie życia chorego. Postęp medycyny i wzrastająca efektywność leczenia spowodowały zmniejszenie umieralności i przedłużenie życia ludzkiego. Troską lekarzy stało się nie tylko przedłużenie życia swoim

pacjentom, ale także poprawienie jego jakości [11].

Celem pracy była ocena jakości życia pacjentów ze schorzeniami alergicznymi, u których zastosowano swoistą immunoterapię alergenową.

Problemy badawcze:

1. Jaka jest jakość życia pacjentów odczulanych?
2. Czy długość stosowania terapii ma wpływ na zmniejszenie objawów alergii?
4. Jaki jest poziom wiedzy pacjentów na temat sposobów zapobiegania ekspozycji na alergeny?
5. Czy płeć ma wpływ na stopień zadowolenia z życia?

Material i metody

Badania przeprowadzono wśród 128 osób, ale ostatecznie do analizy wykorzystano 100 prawidłowo wypełnionych kwestionariuszy. Dobór grupy badanej był celowy. Grupę badaną stanowili pacjenci obojga płci w trakcie swoistej immunoterapii alergenowej. Wiek badanych – od 18 do powyżej 50 lat. Kobiet było 52, mężczyzn 48. Respondenci mieszkali zarówno w mieście jak i na wsi, oraz posiadali różnicowane wykształcenie. Badania przeprowadzono w dwóch Tarnowskich Poradniach Alergologicznych. Przed przystąpieniem do badań pacjenci wyrazili zgodę na udział w nich, uzyskano także zgodę kierowników przychodni. Badania przeprowadzono w dniu wizyt pacjentów, w trakcie których otrzymywali oni kolejną dawkę szczepionki odczulającej. Kwestionariusze ankiet zostały wypełnione przez pacjentów w trakcie obowiązkowego 30-minutowego oczekiwania po szczepieniu w poczekalni poradni. Pacjentów poinformowano o celu prowadzonych badań, o anonimowości ankiet oraz, że wyniki będą wykorzystane tylko i wyłącznie do użytku własnego.

W badaniach zastosowano sondaż diagnostyczny z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiet oraz standaryzowanego Kwestionariusza do Oceny Jakości Życia SF-36. Otrzymane wyniki badań poddane zostały analizie statystycznej, w której wykorzystano statystyki opisowe. Zmienne ilościowe opisywano za pomocą wartości śred-

niej, odchylenia standardowego (Odch. St.), mediany, minimum, maksimum i kwartyli (Q1, Q3). Zmienne jakościowe opisywano za pomocą częstości wystąpień poszczególnych wartości oraz rozkładu procentowego.

Przed przystąpieniem do porównania jakości życia (zmiennej ilościowej) u kobiet i mężczyzn, sprawdzano normalność rozkładu badanej zmiennej w tychże grupach. Korzystano w tym celu z testu Shapiro-Wilka. Ponieważ test pokazał, że rozkłady nie są normalne, różnice pomiędzy grupami analizowano za pomocą testu Manna-Whitney'a. Zależności pomiędzy dwiema zmiennymi jakościowymi sprawdzono za pomocą testu chi-kwadrat (z korektą Yates'a w tabelach 2x2). W obliczeniach przyjęto poziom istotności na poziomie $p < 0,05$.

Obliczenia statystyczne wykonano za pomocą pakietu statystycznego R 3.1.3. (R Development Core Team (2009). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. ISBN 3-900051-07-0, URL <http://www.R-project.org>.)

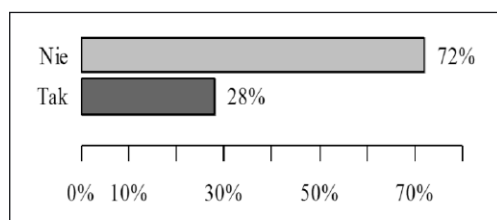
Wyniki

W badanej grupie 45 spośród 100 ankietowanych (45%) osób cierpi na chorobę alergiczną dłużej niż 10 lat, 26 ankietowanych od 5-10 lat, 22 choruje od 2-5 lat, a 7 boryka się z chorobą alergiczną od roku. Schorzenia alergiczne rozpoznawane u respondentów są różnicowane. Wysoki odsetek badanych – 74% ma rozpoznany alergiczny nieżyt nosa, 55% alergiczne zapalenie spojówek, 54% cierpi na astmę alergiczną, 24% doświadcza alergii pokarmowej, 17% ankietowanych ma alergię na jad owadów błonkoskrzydłych, 16% respondentów ma alergię na leki lub substancje chemiczne, również 16% cierpi na atopowe zapalenie skóry. Niewielki odsetek badanych – 3% w odpowiedziach podało inne schorzenia (alergie słoneczne, alergię na pyłki roślin i alergię na pyłki traw). Odpowiedzi nie sumują się do 100%, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru.

Alergia wpływa na wiele aspektów życia codziennego. Najczęściej respondenci mieli trudności z wykonywaniem aktywności fizycznej - 62%, 57% badanych alergii utrudnia sen, 32% respondentów wskazywało na negatywny wpływ alergii na aktywność społeczną i życie towarzyskie, 26% odczuwa trudności związane z pracą zawodową, również 26% ankietowanym alergii utrudnia pielęgnowanie swojego hobby. Dla 19% badanych, problemem jest wybór kosmetyków, 18% wskazało na trudności związane z przygotowywaniem i spożywaniem posiłków, a 14% na negatywny wpływ alergii na naukę.

Z powodu dolegliwości związanych alergią 39% respondentów musiało zrezygnować z posiadania zwierząt, 37% z przyjemności lub hobby, 27% z niektórych pokarmów. Blisko 19% badanych zredukowało swoje kontakty z przyjaciółmi, 13% często rezygnuje z wyjazdu lub wypoczynku, a 1% ankietowanych z innych czynności (wspinaczki wysokogórskiej). Nikt z badanej grupy nie musiał zrezygnować z pracy zawodowej. Odsetki nie sumują się do 100%, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru.

Objawy alergii regularnie przeszkadzają w życiu codziennym 46% respondentom, 25% przeszkadzają rzadko, 22% codziennie, 4% cały czas. Alergia nie przeszkadzała wcale 3% badanych. Unikanie ekspozycji na alergeny jest jednym ze sposobów zapobiegania objawom alergii. Należy zwrócić uwagę, że tylko 28% badanych zna sposoby zapobiegania ekspozycji na alergeny (Ryc.1).



Rycina 1. Znajomość sposobów zapobiegania ekspozycji na alergeny przez badanych.

Spośród ogólnie znanych sposobów zapobiegania ekspozycji na alergeny respondenci najczęściej wskazywali na unikanie kontaktu z alergenami (wspomina o tym 12% badanych), częste mycie na mokro, stosowanie środków roztworzobójczych, unikanie wychodzenia z domu (4% badanych), częste wietrzenie pomieszczeń (3% badanych), częste sprzątanie (2% badanych), częste przemywanie twarzy, unikanie spacerów w upalne i wietrzne dni, usunięcie dywanów i firan (1% badanych).

Głównym problemem badawczym poddanym analizie była ocena jakości życia pacjentów stosujących swoistą immunoterapię alergenową. Jakość życia badanych była analizowana na podstawie kwestionariusza SF-36.

Kwestionariusz SF-36 pozwala ocenić jakość życia w 11 domenach: sprawność fizyczna - PF (physical functioning), ograniczenia aktywności z powodu stanu zdrowia - RP (limitations due to physical problems), dolegliwości bólowe - BP (bodily pain), ogólne postrzeganie zdrowia - GH (general health perceptron), witalność - VT (vitality), funkcjonowanie społeczne - SF (social functioning), poczucie zdrowia psychicznego - MH (mental health), ograniczenia aktywności wywołane problemami emocjonalnymi - RE (role limitation due to emotional problems, zmiana stanu zdrowia - HT (health transition), PCS - funkcjonowanie w wymiarze fizycznym, całkowite zdrowie fizyczne, MCS - funkcjonowanie w wymiarze psychicznym, całkowite zdrowie psychiczne.

Jakość życia w każdej z domen wyrażona jest liczbą z zakresu 0-100. Wyższe liczby oznaczają lepszą jakość życia.

Najlepszą jakość życia ankietowani mieli w domenach sprawności fizycznej, ograniczeń aktywności wywołanych problemami emocjonalnymi i zmiany stanu zdrowia, a najniższą w domenach ogólnego postrzegania zdrowia, witalności i funkcjonowania w wymiarze psychicznym.

Dla SF-36 nie istnieją normy, nie można więc powiedzieć, czy wyniki osiągnięte przez ankietowanych oznaczają wysoką czy niską jakość życia.

Warto jednak zauważyć, że dla 10 spośród 11 domen średni wynik przekracza 50 punktów (na 100 możliwych), w 3 domenach przekracza 75 punktów, a w 1 domenie (sprawności fizycznej) przekracza nawet 90 punktów. Można więc wyciągnąć wniosek, że jakość życia ankietowanych jest dość dobra (Tab. 1).

Analizując wyniki badań szukano różnic w zakresie zadowolenia z życia w zależności od płci. Jakość życia w domenie dolegliwości bólowe (BP) była istotnie statystycznie wyższa u mężczyzn niż u kobiet ($p < 0,05$; mediana wyższa u mężczyzn). Jakość życia w pozostałych domenach nie różniła się istotnie pomiędzy analizowanymi grupami ($p > 0,05$) (Tab. 2).

Tabela 1.

Jakość życia respondentów w poszczególnych domenach

| Domena | Średnia | Odch. St. | Mediana | Min | Max | Q1 | Q3 |
|---|---------|-----------|---------|-------|-------|-------|-------|
| (PF) sprawność fizyczna | 93,48 | 9,24 | 100 | 65 | 100 | 90 | 100 |
| (RP) ograniczenia aktywności z powodu stanu zdrowia | 70,45 | 36,83 | 100 | 0 | 100 | 50 | 100 |
| (BP) dolegliwości bólowe | 69 | 23,87 | 75 | 0 | 100 | 62,5 | 87,5 |
| (GH) ogólne postrzeganie zdrowia | 46,77 | 12,64 | 45 | 20 | 80 | 37,5 | 55 |
| (VT) witalność | 53,57 | 13,18 | 50 | 20 | 85 | 45 | 60 |
| (SF) funkcjonowanie społeczne | 71,59 | 18,37 | 62,5 | 37,5 | 100 | 56,25 | 87,5 |
| (RE) ograniczenia aktywności wywołane problemami emocjonalnymi | 80,67 | 36,75 | 100 | 0 | 100 | 100 | 100 |
| (MH) poczucie zdrowia psychicznego | 61,12 | 11,89 | 60 | 28 | 92 | 52 | 68 |
| (HT) zmiana stanu zdrowia | 75,75 | 22,32 | 75 | 25 | 100 | 50 | 100 |
| (PCS) funkcjonowanie w wymiarze fizycznym, całkowite zdrowie fizyczne, | 72,53 | 10,95 | 75,47 | 39,62 | 88,68 | 66,04 | 79,25 |
| (MCS) funkcjonowanie w wymiarze psychicznym, całkowite zdrowie psychiczne | 61,03 | 9,81 | 60,71 | 39,29 | 82,14 | 53,57 | 67,86 |

Tabela 2.
Płeć badanych a zadowolenie z życia

| Domena | Płeć | Średnia | Odch. St. | Mediana | Min | Max | Q1 | Q3 | p |
|--------|-----------|---------|-----------|---------|-------|-------|-------|-------|--------|
| PF | Kobieta | 93,04 | 9,7 | 100 | 65 | 100 | 90 | 100 | p=0,68 |
| | Mężczyzna | 93,96 | 8,81 | 100 | 65 | 100 | 90 | 100 | |
| RP | Kobieta | 70,1 | 37,09 | 100 | 0 | 100 | 50 | 100 | p=0,96 |
| | Mężczyzna | 70,83 | 36,95 | 87,5 | 0 | 100 | 50 | 100 | |
| BP | Kobieta | 64,18 | 22,28 | 62,5 | 12,5 | 100 | 50 | 75 | p=0,01 |
| | Mężczyzna | 74,22 | 24,65 | 81,25 | 0 | 100 | 62,5 | 87,5 | |
| GH | Kobieta | 45,88 | 12,64 | 45 | 20 | 75 | 35 | 55 | p=0,57 |
| | Mężczyzna | 47,71 | 12,71 | 45 | 25 | 80 | 40 | 56,25 | |
| VT | Kobieta | 52,45 | 13,28 | 50 | 25 | 85 | 45 | 60 | p=0,32 |
| | Mężczyzna | 54,79 | 13,1 | 50 | 20 | 85 | 45 | 60 | |
| SF | Kobieta | 68,99 | 18,27 | 62,5 | 37,5 | 100 | 50 | 87,5 | p=0,12 |
| | Mężczyzna | 74,47 | 18,24 | 75 | 37,5 | 100 | 62,5 | 87,5 | |
| RE | Kobieta | 83,33 | 34,62 | 100 | 0 | 100 | 100 | 100 | p=0,46 |
| | Mężczyzna | 77,78 | 39,1 | 100 | 0 | 100 | 66,67 | 100 | |
| MH | Kobieta | 59,46 | 12,4 | 60 | 28 | 84 | 52 | 68 | p=0,23 |
| | Mężczyzna | 62,92 | 11,15 | 62 | 36 | 92 | 56 | 69 | |
| HT | Kobieta | 77,4 | 21,16 | 75 | 50 | 100 | 50 | 100 | p=0,55 |
| | Mężczyzna | 73,96 | 23,61 | 75 | 25 | 100 | 50 | 100 | |
| PCS | Kobieta | 71,31 | 10,71 | 73,58 | 47,17 | 88,68 | 64,15 | 79,25 | p=0,16 |
| | Mężczyzna | 73,78 | 11,16 | 77,36 | 39,62 | 88,68 | 71,23 | 81,13 | |
| MCS | Kobieta | 59,38 | 9,73 | 57,14 | 39,29 | 82,14 | 53,57 | 65,18 | p=0,06 |
| | Mężczyzna | 62,85 | 9,69 | 64,29 | 39,29 | 82,14 | 57,14 | 67,86 | |

Czas stosowania immunoterapii alergenowej przez grupę badaną był dość zróżnicowany. Spośród 100 uczestników ankiety 42 stosuje immunoterapię swoistą od 3-5 lat, 24 ankietowanych powyżej 5 lat, 17 ankietowanych 2-3 lata, 11 ankietowanych 1-2 lata, a tylko 6 ankietowanych poniżej 1 roku. Analiza statystyczna nie wykazała istotnego wpływu długości stosowania immunoterapii na zmniejszenie objawów alergii (test chi-kwadrat $p=0,204$) (Tab. 3).

Dyskusja

Dane epidemiologiczne z ostatnich lat wskazują na gwałtowny wzrost liczby osób cierpiących z powodu chorób alergicznych, co stanowi poważny problem społeczny. Większość chorób spowodowanych alergią, do których należą m.in. astma, alergiczny nieżyt nosa i spojówek, alergię pokarmową a także inne schorzenia z tej grupy zaliczyć można do schorzeń przewlekłych [1]. Czas trwania choroby ma bardzo duży wpływ na zachowanie pacjenta. Choroba wymusza na nim zmianę trybu życia a także dostosowanie się do pewnych ogra-

Tabela 3.

Wpływ długości stosowania terapii na zmniejszenie objawów alergii

| Objawy alergii | Długość stosowania terapii | | | | | | | | | | p |
|----------------|----------------------------|--------|----------|--------|----------|--------|---------|--------|--------|--------|--------|
| | >1 rok | | 1-2 lata | | 2-3 lata | | 3-5 lat | | <5 lat | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Cały czas | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 3 | 7,14% | 1 | 4,17% | p=0,21 |
| Codziennie | 3 | 50,00% | 2 | 18,18% | 1 | 5,88% | 11 | 26,19% | 5 | 20,83% | |
| Regularnie | 1 | 16,67% | 6 | 54,55% | 6 | 35,29% | 18 | 42,86% | 15 | 62,50% | |
| Rzadko | 2 | 33,33% | 2 | 18,18% | 9 | 52,94% | 9 | 21,43% | 3 | 12,50% | |
| Wcale | 0 | 0,00% | 1 | 9,09% | 1 | 5,88% | 1 | 2,38% | 0 | 0,00% | |

niczeń, które są związane z unikaniem ekspozycji na alergeny, tym samym mają wpływ na jego aktywność fizyczną, społeczną i warunkują w znaczny sposób tryb życia, co często wiąże się z obniżeniem jego jakości [8,9].

Jakość życia warunkowaną stanem zdrowia można definiować jako efekt choroby i jej leczenia odbierany przez chorego cierpiącego na dane schorzenie. Ocena jakości życia daje zatem wyobrażenie, w jakim stopniu choroba i jej następstwa wpływają na stan fizyczny i psychiczny chorego, a także na jego funkcjonowanie społeczne. Na obniżenie jakości życia wpływa wiele aspektów choroby. Są to ograniczenia, które wynikają nie tylko z samej utraty zdrowia, ale również ze sposobu prowadzenia terapii.

Aktualnie problem wpływu jakości życia pacjenta jest bardzo często poruszany w piśmiennictwie medycznym. Wiele dostępnych w literaturze przedmiotu prac, poświęconych zostało badaniom jakości życia pacjentów z alergicznym nieżytem nosa, szczególnie pod kątem analizy skuteczności leków antyhistaminowych, immunoterapii a także porównawczej ocenie subiektywnej leków miejscowych i ogólnych. Badanie epidemiologiczne, ECAP – Epidemiologia Chorób Alergicznych w Polsce w latach 2006-2008 – przeprowadzone

w Polsce pod kierownictwem naukowym prof. Bolesława Samolińskiego wykazało, że najczęstszą alergiczną jednostką chorobową jest nieżyt nosa, który występował u 25% ankietowanych [12, 13].

Wyniki badań własnych wykazały dużo wyższy odsetek respondentów (74%), u których rozpoznany został alergiczny nieżyt nosa. Ponad połowa ankietowanych cierpi również z powodu alergicznego zapalenia spojówek (55%) i astmy alergicznej (54%). W dostępnej literaturze przedmiotu znajduje się kilkadziesiąt dobrze kontrolowanych badań, które wskazują na wysoką skuteczność immunoterapii alergenowej u chorych z alergicznym nieżytem nosa. Wyniki badań przedstawiono w kilku opublikowanych opracowaniach zbiorczych: WHO, EAACI, ARIA. Powyższe wyniki wyraźnie wskazują, że stosowanie immunoterapii alergenowej prowadzi do złagodzenia objawów alergicznego nieżyty nosa oraz równocześnie zmniejsza zużycie leków objawowych, przede wszystkim antyhistaminików. Niezależna metaanaliza obejmująca 24 badania, które dotyczyły chorych z astmą wykazała, że w 17 z nich immunoterapia była skuteczna, w 4 nieskuteczna, a w 3 wyniki były niejednoznaczne [14].

Analiza własnych wyników badań pozwala na stwierdzenie, iż pacjenci poddani swoistej immu-

noterapii alergenowej uważają tę metodę za pozytywnie wpływającą na ich zdrowie, ponieważ zmniejsza objawy alergii (91% respondentów). Skuteczność immunoterapii wykazała również w swojej pracy Hofman, która w badaniach własnych oceniała skuteczność odczulania przedsezonowego (P) i całorocznego (C) preparatem Allergovit (006-80% + 158-20%) chorych z alergią na pyłek traw i żyta. Po trzech latach odczulania C osiągnięto znacznie lepsze efekty redukcji objawów klinicznych niż po odczulaniu P. U 92% pacjentów astma oskrzelowa (AO) ustąpiła całkowicie, a alergiczne zapalenie błony śluzowej nosa (ANN) u 55%, ponadto znaczną poprawę kliniczną (76-99%) astmy oskrzelowej uzyskało 8% badanych, a 42% ANN. W tym samym czasie po leczeniu przedsezonowym całkowitą poprawę AO uzyskało 53% chorych, ANN - 12%, a ponadto znaczną poprawę AO - 62% i ANN-60%. Po 3 latach immunoterapii całorocznej Allergovitem całkowite ustąpienie objawów (AO=4, ANN=4) wykazywało 51,7% badanych, po 4 latach - dalszych 37,9% co stanowiło razem 89,6% [15].

W niniejszej pracy zadano pytanie o jakość życia pacjentów stosujących immunoterapię. Uzyskane wyniki wskazują, że ogólną jakość życia osób dotkniętych schorzeniami alergicznymi, mierzona za pomocą kwestionariusza SF-36, można ocenić jako dość dobrą. Zdecydowanie najlepiej oceniana była w domenach sprawności fizycznej, ograniczeń aktywności wywołanych problemami emocjonalnymi i zmiany stanu zdrowia, a najniżej w domenach ogólnego postrzegania zdrowia, witalności i funkcjonowania w wymiarze psychicznym. Jakość życia w domenie dolegliwości bólowych (BP) była istotnie statystycznie wyższa u mężczyzn niż u kobiet ($p < 0,05$; mediana wyższa u mężczyzn). Jakość życia w pozostałych domenach nie różniła się istotnie pomiędzy analizowanymi grupami ($p > 0,05$).

Nieco zbliżone do własnych wyniki zaprezentowane zostały w publikacji Uchmanowicz i wsp., którzy oceniali jakość życia chorych na astmę oskrzelową kwestionariuszem SF-36. Obserwo-

wano statystycznie istotne różnice ($< 0,05$) między samooceną kobiet i mężczyzn w sferze PCS i MCS. Kobiety chorujące na astmę oskrzelową znacznie gorzej oceniły QoL w sferze fizycznej (PCS) oraz w sferze poziomu aktywności umysłowej (MCS). Analiza wykazała prawie w każdej domenie kwestionariusza SF-36 istotne statystycznie różnice ($p < 0,05$), za wyjątkiem domen RE (ograniczenia aktywności z powodu problemów emocjonalnych), MH (zdrowie psychiczne), oraz GH (ogólna percepcja zdrowia). Mimo braku istotnych statystycznie różnic w tych domenach, pacjenci płci męskiej lepiej ocenili swoją jakość życia (RE mężczyźni — średnia 80,7 v. kobiety — średnia 67,3. MH mężczyźni — średnia 69,1 v. kobiety średnia 63,2). W domenie GH mężczyźni uzyskali średnio 58,6 punktów, a kobiety średnio 51,2 punktów [16].

Ocenę jakości życia uwzględniła także Adelroth w swojej pracy dotyczącej efektywności zastosowania rekombinowanych humanizowanych przeciwciał przeciw IgE - (rhu)mAb-E25 u pacjentów z sezonowym nieżytem nosa, uczulonych na pyłek brzozy. W czasie występowania dolegliwości zaobserwowano u nich istotne zmniejszenie wskaźnika przy pomocy kwestionariusza swoistego (odpowiada pogorszeniu jakości życia), nie stwierdzono natomiast takich zmian za pomocą kwestionariusza ogólnego SF-36. W porównaniu do grupy kontrolnej immunoterapia pozwoliła na zmniejszenie nasilenia objawów i poprawę jakości życia, przy czym kwestionariusz swoisty (CSS) był bardziej czuły niż ogólny. Wyniki, które uzyskano w CSS korespondowały ze stopniem nasilenia objawów. Znamiennej poprawę jakości życia można odnotować już po pierwszym roku leczenia. Z tego względu SIT jest szeroko stosowana w większości krajów rozwiniętych [17].

Analizując wyniki badań własnych obserwowano, że długość stosowania terapii nie ma wpływu na zmniejszenie objawów alergii. Wyniki badań własnych nie korelują z wynikami wielu kontrolowanych badań, w których wykazano, że czas prowadzenia swoistej immunoterapii alergenowej

ma istotne znaczenie dla utrzymania efektu klinicznego SIT po zaprzestaniu leczenia. Hejjaoui i wsp. stwierdzili, że jeśli czas prowadzenia SIT był krótszy niż 35 miesięcy, u 65% pacjentów wystąpił pełny nawrót dolegliwości po około 16 miesiącach od ostatniej iniekcji. Tymczasem w grupie osób, u których SIT była prowadzona dłużej niż 35 miesięcy, tylko u 35 % chorych obserwowano nasilenia objawów astmy [18]. W innym badaniu trwającym 3 lata, które obejmowało okres obserwacji, leczenia (immunoterapia A, placebo B) i ewaluacji, zaobserwowano istotne zmniejszenie objawów związanych z nieżytem nosa (A-49%, B-15%), stosowaniem leków przeciwhistaminowych (A-80%, B-18%), występowania epizodów duszności (A- 90%, B-11%). Pogorszenie wskaźnika jakości życia (badanie za pomocą kwestionariusza RQLQ) w sezonie pylenia traw również było mniejsze w grupie leczonej niż kontrolnej [19].

Respondentów biorących udział w badaniach własnych zapytano również o sposoby zapobiegania ekspozycji na alergeny. Wśród 100 uczestników ankiety tylko 28% badanych znało sposoby zapobiegania ekspozycji na alergeny. Aktualna literatura podaje, że u osób z rozpoznaną chorobą alergiczną pierwszym krokiem profilaktyczno-leczniczym powinna być eliminacja narażenia na alergeny uczulające. Całkowite wyeliminowanie ekspozycji na alergeny, a prawdopodobnie również znaczne zmniejszenie ich stężenia, może złagodzić objawy alergiczne. Ograniczenie narażenia na alergen jest podstawową formą postępowania profilaktyczno-leczniczego w chorobach alergicznych [4,20].

Wnioski

1. Ogólną jakość życia osób dotkniętych schorzeniami alergicznymi można ocenić jako dość dobrą.
2. Długość stosowania terapii nie ma wpływu na zmniejszenie objawów alergii.
3. Pacjenci nie mają wystarczającej wiedzy na temat sposobów zapobiegania ekspozycji na alergeny.

5. Pleć ankietowanych ma wpływ na poziom zadowolenia z życia.

Piśmiennictwo/References:

- [1] Samoliński B., Raciborski F., Lipiec A. i wsp. Epidemiologia Chorób Alergicznych w Polsce (ECAP). *Alergologia Polska – Pol J Allergology*, 2014, 1(1), 10-18.
- [2] Ziętkowska E., Ziętkowski Z., Bodzenta-Łukaszyk A. Udział pielęgniarki w diagnostyce chorób alergicznych - testy skórne, [W:] *Prob Pielęg*, 2010, 18(4), 523-528.
- [3] Kruszewski J. *Alergologia – postępy* 2014. [W:] *Med Prakt*, 2015, 5(291), 67-73.
- [4] Pawliczak R. *Alergologia kompendium*. Wydawnictwo Medyczne Termedia, Poznań, 2013, 105-270.
- [5] Szczeklik A. *Choroby wewnętrzne. Medycyna praktyczna*, Kraków, 2006, 1813-1869.
- [6] Pietrzyk J.J. *Vademecum pediatrii*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 2011, 281-285.
- [7] Kucharczyk A., Faber K., Jahnz-Różyk K. *Alergologia współczesna*. 2005, 1(15), 34.
- [8] Kilanowicz M., Cegła B., Bartuzi Z. Czy jakość życia zależna od stanu zdrowia jest dobrym markerem badawczym w ocenie postępowania terapeutycznego w schorzeniach alergicznych?. *Pielęg XXI w*, 2006, 3(16), 97-101.
- [9] Kruszewski J., Nowicki R., Śpiewak R. Pokrzywki rozpoznanie i leczenie. *Med Prakt*, 2011, 87-88.
- [10] Cegła B. Ocena jakości życia pacjentów zainfekowanych bakterią *Halicobacter pylori* przed i po jej eradykacji. Praca doktorska, Collegium Medium, Bydgoszcz, 2005, 50.
- [11] Trojanowska A. Znaczenie badań nad jakością życia w medycynie. *Zdrowie Publiczne*, 2011, 121(1), 99-103.
- [12] Jahnz-Różyk K. *Problemy w alergologii: od teorii do praktyki*. Wydanie jubileuszowe *Alergologii współczesnej*, Warszawa, 2011, 71-84.

- [13] Samoliński B. Epidemiologia alergii i astmy w Polsce — doniesienie wstępne badania ECAP. *Terapia*, 2008, 208, 127–131.
- [14] Kowalski M. Immunoterapia alergenowi. Wydawnictwo Mediton, Łódź, 2006, 11-149.
- [15] Hofman T. Immunoterapia całoroczna preparatem Allergovit, [Dostępne pod adresem]: [http://nexter.pl/alergologia_wspolczesna/index.php?action=6_2&rco=6]
- [16] Uchmanowicz I., Jankowska-Polańska B., Bronowicka A., i wsp. Determinanty jakości życia chorych na astmę oskrzelową, *Nursing Topics*, 2013, 21(4), 443–451.
- [17] Adelroth E, Rak S, Haahtela T, et al. Recombinant humanized mAb-E25, an anti-IgE, in birch pollen-induced seasonal allergic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol*, 2000, 106(2), 253-259.
- [18] Hejjaoui A, Knani H, Dhivert F.B. et al. Duration of efficacy of specific immunotherapy with standardized mite extract after its cessation. *J All Clin Immunol*, 1992, 89, 319.
- [19] Farnik-Brodzińska M., Pierzchała W. Badania jakości życia jako ocena skuteczności leczenia chorób alergicznych. *Alergologia współczesna*, 2002, 10, 5-9.
- [20] Grevers G., Rocken M. Ilustrowany podręcznik chorób alergicznych. Wydawnictwo Urban&Partner, Wrocław, 2009, 43-121.

