

WPLYW CZYNNIKÓW SPOŁECZNO- -DEMOGRAFICZNYCH NA JAKOŚĆ ŻYCIA CHORYCH NA NIEDOCZYNNOŚĆ TARCZYCY

The impact of socio-demographic factors on the quality of life of patients with hypothyroidism

Katarzyna Rzatkowska, Izabella Uchmanowicz, Marta Wleklik

Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

adres do korespondencji: izabella.uchmanowicz@umed.wroc.pl

STRESZCZENIE

Wstęp. Niedoczynność tarczycy jest chorobą przewlekłą, wymagającą zazwyczaj dożywotniego leczenia hormonalnego. Pomimo terapii w jej przebiegu niejednokrotnie pojawiają się dokuczliwe objawy, takie jak: zmęczenie, senność, stany depresyjne, zaparcia, ciągłe uczucie zimna, a w przypadku stosowania zbyt dużych dawek – symptomy nadczynności tarczycy. Niedoczynność tego gruczołu może być przyczyną subiektywnie obniżonej jakości życia i zmian w dotychczasowym funkcjonowaniu biopsychosocjalnym.

Cel pracy. Określenie wpływu niedoczynności tarczycy na jakość życia.

Materiał i metody. W badaniu wzięło udział 60 osób (56 kobiet i 4 mężczyzn) w wieku powyżej 18 lat z rozpoznaną niedoczynnością tarczycy, będących pod kontrolą poradni endokrynologicznej w roku 2010 i grupa 40 osób zdrowych (35 kobiet i 5 mężczyzn) bez rozpoznanej choroby tarczycy. W pracy zastosowano analizę dokumentacji medycznej oraz kwestionariusz do oceny jakości życia WHOQoL-BREF.

Wyniki. Średnia jakości życia chorych jest gorsza niż grupy kontrolnej i wynosi odpowiednio ($3,4 \pm 0,83$ vs. $3,8 \pm 0,56$), przy czym nie stwierdzono tutaj zależności statystycznej. Samoocena stanu zdrowia w grupie osób chorych jest zdecydowanie gorsza ($2,8 \pm 0,89$) i jest istotna statystycznie. W każdej z domen choroby na niedoczynność tarczycy osiągnęli gorsze wyniki niż grupa kontrolna. Różnice istotne statystycznie $p < 0,05$ zaobserwowano w domenie somatycznej, psychologicznej i socjalnej kwestionariusza WHOQoL-BREF.

Wnioski. Badania nie wykazały zależności między subiektywną oceną jakości życia osób chorych na niedoczynność tarczycy a faktem zachorowania. Natomiast choroba oddziałuje na jakość życia zależną od zdrowia i na poszczególne dziedziny życia. Czynniki społeczno-demograficzne wpływają na wyniki jakości życia w tej grupie chorych.

Słowa kluczowe: niedoczynność tarczycy, jakość życia.

SUMMARY

Background. Hypothyroidism is a chronic disease requiring lifelong treatment which is usually hormonal. Despite its progress in therapy often appear bothersome symptoms such as fatigue, sleepiness, depression, constipation, constant feeling of cold. Hypothyroidism can cause subjectively reduce in quality of life and changes in the functioning of the biopsychosocial status.

Objectives. The aim of the study was to determine the effect of hypothyroidism on quality of life.

Material and methods. The study involved 60 patients (56 women and 4 men) aged over 18 years diagnosed with who were under the control of the endocrine clinic. In the study we used medical data analysis and the WHOQoL-BREF questionnaire to assess the quality of life in patients with hypothyroidism.

Results. The average quality of life of patients with hypothyroidism is worse than in the control group (3.4 ± 0.83 vs. 3.8 ± 0.56). Self-assessment of health status in the group of patients with is much worse (2.8 ± 0.89) than in the control group and it is statistically significant. In each domain, patients with hypothyroidism have achieved worse results than the control group. Differences statistically significant $p < 0.05$ was observed in the somatic, psychological and social domain of the WHOQoL-BREF.

Conclusions. The study found no relationship between subjective assessment of the quality of life of people with hypothyroidism and the fact of illness. In contrast, the disease affects the quality of life, health and dependent on individual areas of life. The socio-demographic factors influence the results.

Key words: hypothyroidism, quality of life.

WSTĘP

Niedoczynność tarczycy należy do jednej z najczęstszych endokrynopatii, na którą zapadalność wzrasta wraz z wiekiem. U dorosłych osób 5 razy częściej występuje u kobiet. Prawdopodobieństwo, że hipotyreoza rozwinie się samoistnie u kobiet w wieku 20–25 lat wynosi 1,4/1000 osób rocznie, natomiast w wieku 75–80 lat wzrasta do 14/1000 osób [1]. W Polsce według danych Głównego Urzędu Statystycznego z 2004 r., na choroby tarczycy cierpi około 25%, a tylko w latach 2004–2006 zdiagnozowano 1 202 000 przypadków [2]. Najczęstszymi przyczynami niedoczynności gruczołu tarczowego są: choroba Hashimoto, stan po strumektomii oraz leczenie jodem [3]. Postawienie właściwej diagnozy w tej jednostce chorobowej bywa trudne ze względu na szereg niespecyficznych objawów, jakie jej towarzyszą. Wśród nich wymienia się: zmęczenie, senność, osłabienie pamięci, skłonność do depresji, zaparcia, nietolerancję zimna, przyrost masy ciała [4]. Choroba przyczynia się także do spadku libido, trudności z zacięciem w ciążę, niepłodności czy też do samoistnych poronień [5]. Mówi się również o wpływie hipotyreozy na niewydolność serca [6].

Określenie „jakość życia” pojawiło się po II wojnie światowej, za prekursora badań w tej dziedzinie uznaje się Campbella [7]. Pierwotnie oznaczało „dobre życie” w sensie materialnym [8]. Z czasem zaczęto dostrzegać inne wyznaczniki, takie jak: szczęście, satysfakcję, zaspokajanie potrzeb i spełnianie marzeń [2]. Od tamtej pory problematyka jakości życia uległa dynamicznemu rozwojowi.

Wraz z pojawieniem się wyrażenia „jakość życia” w Index Medicus dostrzeżono wagę tego tematu w zakresie nauk medycznych [7]. Zaczęto wówczas odchodzić od biologicznego modelu zdrowia na rzecz holistycznego, biorącego odpowiedzialność za całego człowieka, co niewątpliwie miało związek z przyjętą w 1948 r. definicją, traktującą zdrowie jako pełen dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, a nie tylko brak choroby [9]. Na tym fundamencie powstał model jakości życia uwarunkowany zdrowiem HRQoL – *Health Related Quality of Life*. Jakość życia związana ze zdrowiem jako pojęcie wielowymiarowe zostało wprowadzone przez Shippera w 1990 r., który uznał ją za „funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia, odbierany przez pacjenta” [10].

Choroba poza sferą fizyczną człowieka warunkuje także działania w pozostałych obszarach: psychicznym, społecznym, ekonomicznym. Niejednokrotnie jest przyczyną smutku, przygnębienia, a nawet depresji. Oddziałuje na dotychczasowe odgrywanie ról: w domu, rodzinie, pracy. Wiąże się także z ponoszeniem kosztów terapii, rehabilitacji, diety, a także okresem absencji w pracy, co automatycznie wpływa na sytuację finansową chorego. Obiektywna ocena jakości życia łączy się więc z kliniczną oceną choroby i czynnikami społeczno-ekonomicznymi, a subiektywna – z satysfakcją i zadowoleniem z życia [2].

Choroby tarczycy, w tym niedoczynność, należą do częstych. Doniesienia medyczne pokazują, że nie każdy pacjent leczony na niedoczynność tarczycy jest zadowolony z terapii [11]. Ponadto przewlekły charakter hipotyreozy, niespecyficzność objawów, powikłania i konieczność prowadzenia przewlekłej terapii niewątpliwie w istotny sposób oddziałują na funkcjonowanie chorych, tym samym determinując ich jakość życia. Według badania Watt i wsp. [12], problemy i odczucia pacjentów wynikające z choroby nie pokrywają się pod względem ważności z opinią lekarzy, dlatego celem rozpoznawania potrzeb pacjentów i podejmowania właściwych decyzji terapeutycznych badania dotyczące jakości życia nabierają dużego znaczenia. Niestety, jest niewiele publikacji na temat wpływu hipotyreozy na jakość życia człowieka, większość z nich skupia się na czynnikach klinicznych czy na oddziaływaniu choroby na parametry biomedyczne. Niemniej jednak zainteresowanie tą problematyką daje nadzieję na nowy kierunek zmian.

CEL PRACY

Celem pracy była ocena jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (HRQoL) wśród chorych na niedoczynność tarczycy oraz określenie wpływu wybranych cech demograficznych, takich jak: płeć, wiek, wykształcenie, stan cywilny na profil jakości życia.

MATERIAŁ I METODY

Badaniem zostało objętych 60 pacjentów (56 kobiet, 4 mężczyzn) powyżej 18. roku życia z rozpoznaną niedoczynnością tarczycy, pozostających pod kontrolą poradni endokrynologicznej we Wrocławiu. Do badania wybrano zgodną pod względem płci, wieku i wykształcenia grupę kontrolną złożoną z 40 osób (35 kobiet, 5 mężczyzn) bez zdiagnozowanej choroby tarczycy. Wszystkie osoby biorące dobrowolny udział w badaniu otrzymały pisemną informację na temat jego przebiegu oraz zostały zapewnione o pełnej anonimowości.

W badaniu posłużono się metodą kwestionariuszową z zastosowaniem:

- ankiety socjodemograficznej własnego opracowania, która zawierała pytania dotyczące: wieku, płci, wykształcenia, stanu cywilnego, przyczyn choroby, czasu jej trwania oraz zadowolenia z wyników leczenia;
- kwestionariusza do oceny jakości życia WHOQoL-BREF, opracowanego przez Światową Organizację Zdrowia w 1991 r., zaadaptowanego do warunków polskich przez Jaracz i Wołowicką. WHOQoL-BREF to kwestionariusz ogólny, pozwalający na ocenę jakości życia w wielowymiarowym ujęciu, zarówno u osób zdrowych, jak i chorych. Składa się z 26 pytań, odpowiedzi natomiast udzielane są za pomocą 5-stopniowej skali i dotyczą ostatnich czterech tygodni. W kwestionariuszu pierwsze dwa pytania analizuje się oddzielnie: pierwsze ocenia zadowolenie z życia, natomiast drugie – zadowolenie ze stanu zdrowia. Ponadto uzyskuje się profil jakości życia, na który składają się cztery domeny: somatyczna, psychologiczna, socjalna, środowiskowa. Uzyskana punktacja odzwierciedla subiektywnie odczuwaną jakość życia: im większa liczba punktów, tym większa jakość życia. Transformacja wyników surowych w przekształcone pozwala na zawarcie ich w zakresie od 4 do 20 punktów, przez co są one porównywalne z wynikami uzyskanymi za pomocą WHOQoL-100. Klucz do obliczeń manualnych i komputerowych wyników znajduje się w publikacji Wołowickiej [13].

Analizę statystyczną przeprowadzono przy użyciu programu komputerowego StatSoft – STATISTICA 8. Posłużono się testem *t*-Studenta dla zgrupowanych zmiennych ciągłych oraz testem χ^2 – największej wiarygodności dla zmiennych dyskretnych. Za istotne statystycznie uznano różnice na poziomie $p < 0,05$.

WYNIKI

Zarówno wśród chorych, jak i w grupie kontrolnej przeważały kobiety (93,33% vs. 87,50%). Najlicniejszą grupą w obu przypadkach były osoby w wieku 30–49 lat (30,00% vs. 45,00%). Najmniej liczną grupę wśród chorych stanowiły osoby w wieku 18–29 lat (18,33%), natomiast w grupie kontrolnej osoby w wieku ≥ 70 lat (2,50%). Blisko połowa osób z niedoczynnością tarczycy ma wykształcenie średnie (41,67%), jedna czwarta osób posiada wykształcenie wyższe magisterskie (26,67%), 21,67% to osoby z wykształceniem zawodowym, najmniej w grupie badawczej znajduje się osób z wykształceniem podstawowym (1,67%). W przypadku grupy kontrolnej wykształcenie średnie ma 45% osób, a podstawowe zaledwie 5%. Wśród chorych na tarczycę 33,3% to osoby samotne, w grupie kontrolnej jest ich 40% (tab. 1).

Najczęstszą przyczyną niedoczynności tarczycy (41,67%) jest choroba Hashimoto, następnie zaburzenia rozwojowe tarczycy (26,67%). Najrzadszą diagnozą są zaburzenia funkcji podwzgórza i choroba de Quervaine'a (5%). U najlicniejszej grupy osób chorobę rozpoznano w przedziale od 1 do 5 lat, osoby chorujące do roku stanowią 10,17%, natomiast powyżej 10 lat – 33,90%. Wśród badanych większość (62,07%) jest zadowolona z efektów terapii, jedynie 10,34% osób było niezadowolonych, a 27,59% nie potrafiło stwierdzić (tab. 2).

Tabela 1. Charakterystyka socjodemograficzna badanych grup

Cecha socjodemograficzna		Grupa badawcza z niedoczynnością tarczycy (T)	Grupa kontrolna (K)
Płeć	kobiety	56 (93,33%)	35 (87,50%)
	mężczyźni	4 (6,67%)	5 (12,50%)
Razem		60 (100%)	40 (100%)
Grupa wiekowa	18–29	11 (18,33%)	16 (40,00%)
	30–49	17 (28,33%)	18 (45,00%)
	50–69	18 (30,00%)	5 (12,50%)
	≥ 70	14 (23,33%)	1 (2,50%)
Razem		60 (100%)	40 (100%)
Stan cywilny	samotna/y	20 (33,33%)	16 (40,00%)
	zamężna/żonaty	40 (66,67%)	24 (60,00%)
Wykształcenie	podstawowe	1 (1,67%)	2 (5,00%)
	zawodowe	13 (21,67%)	8 (20,00%)
	średnie	25 (41,67%)	18 (45,00%)
	wyższe licencjackie	5 (8,33%)	5 (12,50%)
	wyższe magisterskie	16 (26,67%)	7 (17,50%)

Tabela 2. Charakterystyka kliniczna grupy badawczej z niedoczynnością tarczycy

Cecha kliniczna		Grupa pacjentów z niedoczynnością tarczycy (T)
Przyczyny niedoczynności tarczycy	choroba Hashimoto	25 (41,67%)
	choroba de Quervaine'a	3 (5,00%)
	zaburzenia rozwojowe tarczycy	16 (26,67%)
	niedoczynność przysadki	13 (21,67%)
	zaburzenia funkcji podwzgórza	3 (5,00%)
Czas trwania choroby	< 1 rok	6 (10,17%)
	1–5 lat	21 (35,59%)
	5–10 lat	12 (20,34%)
	≥ 10 lat	20 (33,90%)
Zadowolenie z wyników leczenia	tak	36 (62,07%)
	nie	6 (10,34%)
	trudno powiedzieć	16 (27,59%)

Szczegółową charakterystykę socjodemograficzną grupy badawczej i kontrolnej oraz charakterystykę kliniczną osób z niedoczynnością tarczycy przedstawiają tabele 1 i 2.

Subiektywna ogólna ocena zadowolenia z życia u chorych na niedoczynność tarczycy jest nieco niższa aniżeli u osób znajdujących się w grupie kontrolnej ($3,4 \pm 0,83$ vs. $3,8 \pm 0,56$). W przypadku samooceny stanu zdrowia stwierdza się istotną statystycznie różnicę: osoby z hipotyreozą uzyskały gorszy średni wynik niż grupa kontrolna ($2,8 \pm 0,89$ vs. $3,6 \pm 0,81$). Wyniki zestawiono w tabeli 3.

Tabela 3. Ogólna ocena jakości życia i zadowolenia ze stanu zdrowia, porównanie grupy badawczej z grupą kontrolną

	Mean $\pm$ SD		p-value
	Grupa badawcza (T)	Grupa kontrolna (K)	
Pytanie 1	$3,4 \pm 0,83$	$3,8 \pm 0,56$	0,07
Pytanie 2	$2,8 \pm 0,89$	$3,6 \pm 0,81$	< 0,05

Mean $\pm$ SD – średnia $\pm$ odchylenie standardowe; p-value – współczynnik istotności statystycznej.

W ocenie profilu jakości życia osoby z niedoczynnością tarczycy uzyskały we wszystkich domenach niższe średnie wartości w porównaniu z grupą kontrolną. Różnice istotne statystycznie występują w domenie somatycznej, psychologicznej i socjalnej. Najniższe średnie wartości grupa badawcza uzyskała w domenie środowiskowej ($12,76 \pm 2,83$), najwyższe w domenie socjalnej ($13,93 \pm 3,03$). Wyniki obrazuje tabela 4.

Tabela 4. Ocena profilu jakości życia grupy badawczej oraz grupy kontrolnej

Domena	Grupa badawcza (T)	Grupa kontrolna (K)	p-value
	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD	
Somatyczna	$12,77 \pm 2,87$	$15,44 \pm 2,33$	< 0,05
Psychologiczna	$13,76 \pm 2,89$	$15,68 \pm 2,10$	< 0,05
Socjalna	$13,93 \pm 3,03$	$15,30 \pm 2,16$	< 0,05
Środowiskowa	$12,76 \pm 2,83$	$13,52 \pm 1,70$	> 0,05

Mean $\pm$ SD – średnia $\pm$ odchylenie standardowe; p-value – współczynnik istotności statystycznej.

Ocenę jakości życia w zależności od płci przedstawia tabela 5. Kobiety chore na niedoczynność tarczycy gorzej oceniają swoją jakość życia od kobiet zdrowych we wszystkich domenach, przy czym różnice istotne statystycznie występują w domenie somatycznej, psychologicznej i socjalnej. W przypadku mężczyzn ze zdiagnozowaną hipotyreozą średnie wartości są niższe niż grupy kontrolnej we wszystkich podskalach, z wyjątkiem środowiskowej. Istotną statystycznie niższą jakość życia odnotowano u mężczyzn w podskali somatycznej. Kobiety chore na tarczycę uzyskały ponadto niższe średnie wyniki we wszystkich domenach w porównaniu z chorymi mężczyznami. Wyjątkiem jest dziedzina psychologiczna, gdzie odnotowano nieznacznie wyższy wynik dla kobiet (tab. 5).

Tabela 5. Ocena jakości życia w zależności od płci

Płeć	Kobiety			Mężczyźni		
Domena	T	K	p-value	T	K	p-value
Somatyczna	12,65	15,30	< 0,05	14,43	16,43	< 0,05
Psychologiczna	13,77	15,60	< 0,05	13,67	15,60	> 0,05
Socjalna	13,86	15,43	< 0,05	15,00	14,40	> 0,05
Środowiskowa	12,73	13,47	> 0,05	13,25	13,90	> 0,05

T – grupa badawcza z niedoczynnością tarczycy; K – grupa kontrolna; p-value – współczynnik istotności statystycznej.

Analizując średnie wyniki osób chorych na tarczycę, można zauważyć, że w grupach wiekowych 18–29 i 30–49 uzyskały one gorsze wyniki we wszystkich domenach aniżeli grupa kontrolna. Dla grupy wiekowej 18–29 odnotowuje się istotną statystycznie niższą jakość życia w domenach: somatycznej, psychologicznej, socjalnej. W grupie wiekowej 30–49 istotna statystycznie różnica dotyczy jedynie dziedziny somatycznej.

W grupie wiekowej 50–69 grupa badawcza uzyskała wyższe wyniki we wszystkich dziedzinach od grupy kontrolnej, przy czym brak różnic istotnych statystycznie. Chorzy w wieku ≥ 70 lat lepiej ocenili swoją jakość życia w domenie somatycznej i socjalnej, gorsze wyniki uzyskali w domenie psychologicznej, gdzie stwierdzono istotność statystyczną oraz w domenie środowiskowej. Ponadto osoby z niedoczynnością tarczycy ≥ 70 . roku życia uzyskały najniższe średnie wyniki we wszystkich domenach profilu jakości życia. W domenie somatycznej, socjalnej i środowiskowej najwyższą jakość życia odnotowano dla osób w wieku 50–69, natomiast w domenie psychologicznej – dla osób w przedziale wiekowym 30–49. Szczegółowe zestawienie wartości średnich przedstawiają tabele 6, 7.

Tabela 6. Ocena jakości życia w zależności od grupy wiekowej

Wiek	18–29			30–49		
Domena	T	K	p-value	T	K	p-value
Somatyczna	12,83	15,93	< 0,05	13,34	15,90	< 0,05
Psychologiczna	13,88	16,17	< 0,05	14,47	15,85	> 0,05
Socjalna	13,09	15,42	< 0,05	14,67	15,78	> 0,05
Środowiskowa	12,68	13,78	> 0,05	13,53	13,61	> 0,05

T – grupa badawcza z niedoczynnością tarczycy; K – grupa kontrolna; p-value – współczynnik istotności statystycznej.

Tabela 7. Ocena jakości życia w zależności od grupy wiekowej

Wiek	50–69			≥ 70		
Domena	T	K	p-value	T	K	p-value
Somatyczna	13,73	13,26	> 0,05	10,78	10,29	> 0,05
Psychologiczna	14,33	12,80	> 0,05	12,08	19,33	< 0,05
Socjalna	15,00	13,87	> 0,05	12,33	12,00	> 0,08
Środowiskowa	13,66	12,60	> 0,05	10,74	12,50	> 0,05

T – grupa badawcza z niedoczynnością tarczycy; K – grupa kontrolna; p-value – współczynnik istotności statystycznej.

Stan cywilny jest czynnikiem istotnym statystycznie w przypadku oceny jakości życia chorych. Zarówno osoby samotne, jak i pozostające w związkach ze zdiagnozowaną niedoczynnością tarczycy gorzej oceniają swoją jakość życia we wszystkich domenach aniżeli grupa kontrolna. Różnice istotne statystycznie dotyczą dziedziny somatycznej, psychologicznej i środowiskowej w przypadku osób samotnych, natomiast domeny somatycznej, psychologicznej, socjalnej – w przypadku osób w związkach. Ponadto osoby samotne z niedoczynnością tarczycy mają gorsze wyniki we wszystkich domenach od osób pozostających w związkach. Obie grupy najniższe wyniki osiągnęły w domenach somatycznej i środowiskowej. Dane zostały zestawione w tabeli 8.

Tabela 8. Ocena jakości życia a stan cywilny

Stan cywilny	Samotna/y			Zamężna/żonaty		
Domena	T	K	p-value	T	K	p-value
Somatyczna	12,44	14,86	< 0,05	12,93	15,83	< 0,05
Psychologiczna	13,35	16,04	< 0,05	13,97	15,44	< 0,05
Socjalna	13,70	14,75	> 0,05	14,05	15,67	< 0,05
Środowiskowa	12,11	13,88	< 0,05	13,09	13,29	> 0,05

T – grupa badawcza z niedoczynnością tarczycy; K – grupa kontrolna; p-value – współczynnik istotności statystycznej.

W tabelach 9 i 10 przedstawiono wyniki jakości życia w zależności od wykształcenia. Obniżenie jakości życia w sposób istotny statystycznie obserwuje się w domenie somatycznej u ludzi z wykształceniem wyższym licencjackim, magisterskim i zawodowym. Chorzy po szkole zawodowej mają znacznie gorsze wyniki od grupy kontrolnej we wszystkich dziedzinach. Zależność między odczuwaną jakością życia a niedoczynnością tarczycy, w ich przypadku poza domeną somatyczną, występuje także w sferze psychologicznej i środowiskowej. Osoby z wykształceniem wyższym również osiągnęły gorsze średnie we wszystkich domenach. Jednak tylko w domenie psychologicznej u magistrów różnica ta jest istotna statystycznie. U osób z wykształceniem średnim i podstawowym nie obserwuje się w żad-

nej domenie istotnej statystycznie zależności między jakością życia a chorobą.

Tabela 9. Wpływ wykształcenia na ocenę jakości życia

Wykształcenie	Podstawowe			Zawodowe			Średnie		
	T	K	p	T	K	p	T	K	p
Somatyczna	14,86	13,14	>0,05	10,79	15,14	<0,05	14,01	14,98	>0,05
Psychologiczna	14,67	17,00	>0,05	12,15	15,00	<0,05	14,91	15,11	>0,05
Socjalna	16,00	14,67	>0,05	13,08	14,83	>0,05	14,61	15,19	>0,05
Środowiskowa	14,00	13,50	>0,05	11,15	13,56	<0,05	13,94	12,94	>0,05

T – grupa badawcza z niedoczynnością tarczycy; K – grupa kontrolna; p – współczynnik istotności statystycznej.

Tabela 10. Wpływ wykształcenia na ocenę jakości życia

Wykształcenie	Wyższe licencjackie			Wyższe magisterskie		
	T	K	p-value	T	K	p-value
Somatyczna	11,77	16,80	<0,05	12,61	16,65	<0,05
Psychologiczna	14,53	16,80	>0,05	12,98	16,76	<0,05
Socjalna	15,20	16,80	>0,05	13,04	15,24	>0,05
Środowiskowa	12,70	14,80	>0,05	12,17	14,07	>0,05

T – grupa badawcza z niedoczynnością tarczycy; K – grupa kontrolna; p-value – współczynnik istotności statystycznej.

DYSKUSJA

W literaturze istnieje wiele doniesień dotyczących niedoczynności tarczycy, jej korelacji z ryzykiem chorób sercowo-naczyniowych, poziomami frakcji cholesterolu, ciśnieniem tętniczym, funkcjami poznawczymi i depresją w przeciwieństwie do oceny wpływu tej jednostki chorobowej na zmianę jakości życia. W Polsce brakuje badań podejmujących to zagadnienie, tymczasem na świecie w licznych publikacjach określa się wpływ niedoczynności tarczycy na życie człowieka.

W literaturze nie znajduje się badań przeprowadzanych wśród chorych na tarczycę z zastosowaniem kwestionariusza WHO-QoL-BREF. Najczęściej wybieranymi narzędziami badawczymi są: SF-36, GHQ-30, ThyDQoL, ThySRQ.

W niniejszej pracy w pytaniu o postrzeganie jakości życia chorzy uzyskali wynik nieznacznie niższy od grupy kontrolnej oraz nieistotny statystycznie. Pytając natomiast o zadowolenie ze zdrowia, odnotowano znacznie gorszy rezultat od grupy kontrolnej. Może świadczyć to o umiejętności rozróżnienia przez chorych obu tych zagadnień. Analizując profil jakości życia i poszczególne domeny kwestionariusza WHOQoL-BREF, można jednak zauważyć, że we wszystkich podskalach wśród osób chorych wyniki są niższe i wykazują istotność statystyczną w porównaniu z ludźmi zdrowymi, z wyjątkiem dziedziny środowiskowej.

Razvi i wsp. ocenili jakość życia u 71 pacjentów w wieku 18–64 lat z subkliniczną postacią niedoczynności tarczycy [14]. Wyniki we wszystkich podskalach kwestionariusza SF-36 były istotnie niższe niż grupy kontrolnej. Szczególnie widoczną różnicę odnotowano w przypadku vitalności, na wyniki istotny wpływ miał tutaj wiek badanych. Analizując rezultaty we wszystkich

dziedzinach uzyskane przez 27 osób w wieku 65–80 lat w porównaniu z grupą osób młodszych, były one zdecydowanie gorsze w podskalach związanych z funkcjonowaniem fizycznym, psychicznym i dolegliwościami bólowymi.

Niniejsza analiza ukazuje również wpływ wieku na ocenę jakości życia i jakości życia związanej ze zdrowiem. Wśród osób w przedziale wiekowym 50–69 lat odnotowano spadek wyników we wszystkich dziedzinach, natomiast w wieku ≥ 70 lat niskie wyniki średnie uzyskano w domenie psychologicznej i środowiskowej.

W badaniu Razvi i wsp. [14] kobiety osiągały zdecydowanie gorsze wyniki we wszystkich domenach niż mężczyźni, z wyjątkiem funkcjonowania fizycznego. W badaniu własnym również widoczna jest zależność między płcią a wynikami osiągniętymi w poszczególnych dziedzinach. Kobiety z niedoczynnością tarczycy osiągały gorsze wyniki od chorych mężczyzn oprócz domeny psychologicznej, gdzie wynik był wyższy. Kobiety chore uzyskują niższe wyniki od kobiet zdrowych we wszystkich domenach, z wyjątkiem środowiskowej. W przypadku mężczyzn obserwuje się podobną tendencję.

Badania nad postrzeganiem własnego stanu zdrowia wyłącznie wśród kobiet prowadzili Vigário i wsp. za pomocą kwestionariusza SF-36 [15]. 232 kobiety zostały podzielone na 3 grupy: kobiet z jawną postacią niedoczynności tarczycy, postacią subkliniczną i grupę kontrolną. Pacjentki z niedoczynnością tarczycy, zarówno jawną, jak i subkliniczną, osiągały gorsze wyniki w skalach w porównaniu z osobami zdrowymi. Co ciekawe, we wszystkich grupach najniższą średnią punktów uzyskano w domenie dolegliwości bólowe, w której oceniano częstość bólu i zakres jego ingerencji w codzienne życie. Jest to najniższy wynik osób z subkliniczną postacią niedoczynności. Natomiast najniższy rezultat u chorych z jawną postacią niedoczynności obserwuje się w domenie dotyczącej ograniczeń aktywności z powodu problemów emocjonalnych. Wnioski płynące z tej pracy są jednoznaczne i świadczą o pogorszeniu jakości życia osób z niedoczynnością tarczycy.

Odmienne stanowisko prezentują Bell i wsp. Oceniali oni również wyłącznie kobiety ze względu na dobre samopoczucie, jakość życia zależną od stanu zdrowia i profil ryzyka chorób sercowo-naczyniowych za pomocą kwestionariusza SF-36 [16]. Pacjentki z subkliniczną niedoczynnością nie uzyskały znacznie gorszych wyników od osób w stanie eutyreoz. Biorąc pod uwagę porównanie wyników osób z nadczynnością i niedoczynnością, również są one podobne.

WNIOSKI

1. Nie zaobserwowano wpływu niedoczynności tarczycy na subiektywnie odczuwaną jakość życia, jakkolwiek chorzy zgłaszają znaczne pogorszenie stanu zdrowia w porównaniu z grupą kontrolną.
2. Jakość życia chorych jest w sposób istotny statystycznie gorsza w domenach: somatycznej, psychologicznej, społecznej.
3. Na jakość życia osób z niedoczynnością tarczycy wpływają takie czynniki socjodemograficzne, jak: płeć, wiek, wykształcenie, a także stan cywilny.

BIBLIOGRAFIA

1. Daroszewski J. *Niedoczynność tarczycy u osób dorosłych*. W: Milewicz A, red. *Endokrynologia kliniczna: podręcznik dla studentów*. Wrocław: Akademia Medyczna; 2007.
2. Chrobak M. Ocena jakości życia zależnej od stanu zdrowia. *Probl Piel* 2009; 17: 123–127.
3. Jorde R, Waterloo K, Storhaug H, et al. Neuropsychological function and symptoms in subjects with subclinical hypothyroidism and the effect of thyroxine treatment. *J Clin Endocrinol Metab* 2006; 91: 145–153.
4. Łącka K. *Choroby tarczycy – diagnostyka i leczenie*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2001: 13–25, 97–108, 142–148.
5. Syrenich A, Syrenich M, Sworczak K, i wsp. Choroba Hashimoto i niedoczynność tarczycy w okresie rozrodczym – istotny problem dla kobiety i jej dziecka. *Endokrynol Pol* 2005; 6: 1008–1015.
6. Fater-Dębska A, Gworys P, Brzeziński J, i wsp. Zaburzenia tyreoid-

metaboliczne a niewydolność serca. *Endokrynol Pol* 2007; 58: 228–235.

7. Samuels MH, Schuff KG, Carlson NE, et al. Health status, mood and cognition in experimentally induced subclinical hypothyroidism. *J Clin Endocrinol Metab* 2007; 92: 2545–2551.
8. de Walden-Gałuszko K, Majkiewicz M. *Jakość życia w chorobach nowotworowych*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego; 1994: 13–22, 65–77.
9. Daszykowska J. Jakość życia w koncepcjach związanych ze zdrowiem. *Przegl Med* 2006; 2: 122–128.
10. Michalak A, Krawczyk K, Bocian R, i wsp. Jakość życia. *Gin Prakt* 2009; 2: 33–37.
11. McMillan C, Bradley C, Razvi S, et al. Psychometric evaluation of a new questionnaire measuring treatment satisfaction in hypothyroidism: the ThyTSQ. *Value in Health* 2006; 9: 132–139.

12. Watt T, Hegedüs L, Rasmussen AK, et al. Which domains of Thyroid-Related Quality of Life are most relevant patients and clinicians provide complementary perspectives. *Thyroid* 2007; 17: 647–654.
13. Jaracz K. *Whoqol-Bref*. W: Wołowicka L, red. *Jakość życia w naukach medycznych*. Poznań: Akademia Medyczna; 2001.
14. Razvi S, McMillan CV, Weaver UJ. Instruments Used in Measuring Symptoms, Health Status and Quality of Life in Hypothyroidism: a systematic qualitative review. *Clin Endocrinol* 2005; 63: 617–624.
15. Vigário P, Teixeira P, Reuters V, et al. Perceived Health Status of women with overt and subclinical hypothyroidism. *Med Princ Pract* 2009; 18: 317–322.
16. Bell RJ, Rivera-Woll L, Davisom SL, et al. Well-being, health-related quality of life and cardiovascular disease risk profile in woman with subclinical thyroid disease – a community-based study. *Clin Endocrinol* 2007; 66: 548–556.

Adres do korespondencji:

Katarzyna Rzatowska
Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
ul. Bartła 5
51-617 Wrocław
Tel.: 71 348 42 10
E-mail: izabella.uchmanowicz@umed.wroc.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 15.09.2013 r.

Po recenzji: 20.11.2013 r.

Zaakceptowano do druku: 20.12.2013 r.