

Dissertationes Laudatissimae  
Universitas Gedanensis

**Agata Rudnik**

---

**Jelita – Mózg – Jelita**

Zasoby psychologiczne a jakość

życia pacjentów z chorobami

przewodu pokarmowego

---

Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego

---

# **Jelita – Mózg – Jelita**

Zasoby psychologiczne a jakość

życia pacjentów z chorobami

przewodu pokarmowego

---

**Dissertationes Laudatissimae**  
**Universitas Gedanensis**

**Agata Rudnik**

---

**Jelita – Mózg – Jelita**

Zasoby psychologiczne a jakość

życia pacjentów z chorobami

przewodu pokarmowego

---

Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego

Gdańsk 2019

Recenzje  
prof. dr hab. Nina Ogińska-Bulik  
dr hab. Małgorzata A. Basińska, prof. UKW

Redakcja wydawnicza  
Agnieszka Kołwzan

Projekt okładki i stron tytułowych  
Karolina Zarychta  
[www.karolined.com](http://www.karolined.com)

Skład i łamanie  
Mariusz Szewczyk

Publikacja sfinansowana ze środków  
Prorektora ds. Nauki i Współpracy z Zagranicą Uniwersytetu Gdańskiego  
w ramach konkursu na wyróżniające się prace doktorskie  
oraz z działalności statutowej Wydziału Nauk Społecznych  
Uniwersytetu Gdańskiego

© Copyright by Uniwersytet Gdański  
Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego

ISBN 978-83-7865-773-6

Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego  
ul. Armii Krajowej 119/121, 81-824 Sopot  
tel./fax 58 523 11 37, tel. 725 991 206  
e-mail: [wydawnictwo@ug.edu.pl](mailto:wydawnictwo@ug.edu.pl)  
[www.wyd.ug.edu.pl](http://www.wyd.ug.edu.pl)

Księgarnia internetowa: [www.kiw.ug.edu.pl](http://www.kiw.ug.edu.pl)

Druk i oprawa  
Zakład Poligrafii Uniwersytetu Gdańskiego  
ul. Armii Krajowej 119/121, 81-824 Sopot  
tel. 58 523 14 49; fax 58 551 05 32

## Spis treści

Wstęp .....	13
Rozdział 1	
Medyczne aspekty przewlekłych chorób przewodu pokarmowego na przykładzie zaburzeń czynnościowych oraz nieswoistych zapalnych chorób jelit .....	17
1.1. Ogólna charakterystyka zaburzeń czynnościowych układu pokarmowego .....	17
1.1.1. Zespół jelita drażliwego .....	20
1.2. Ogólna charakterystyka nieswoistych zapalnych chorób jelit .....	27
1.2.1. Wrzodziejące zapalenie jelita grubego .....	33
1.2.2. Choroba Leśniowskiego-Crohna .....	36
1.3. Przewlekłe choroby układu pokarmowego jako globalny problem zdrowotny .....	41
1.3.1. Światowa Organizacja Gastroenterologiczna (WGO) .....	43
1.4. Zespół jelita drażliwego, wrzodziejące zapalenie jelita grubego i choroba Leśniowskiego-Crohna jako zaburzenia psychosomatyczne .....	48
Podsumowanie .....	53
Rozdział 2	
Zasoby psychospołeczne i ich rola w zmaganiu się z chorobą przewlekłą ..	55
2.1. Choroba przewlekła jako sytuacja stresowa .....	55
2.1.1. Doświadczanie choroby przewlekłej i bólu .....	57
2.1.1.1. Akceptacja choroby .....	58
2.1.2. Transakcyjna teoria stresu oraz teoria zachowania zasobów (COR) i ich implikacje dla problematyki chorób przewlekłych .....	59
2.2. Rola zasobów psychologicznych w przebiegu chorób przewlekłych .....	64
2.2.1. Definicja pojęcia .....	64
2.2.2. Wybrane zasoby psychospołeczne chorych przewlekłe .....	66
2.2.2.1. Czynniki społeczno-kulturowe .....	68
2.2.2.2. Typ osobowości .....	70
2.2.2.3. Kontrola emocji .....	73

2.2.2.4. Poczucie własnej skuteczności	74
2.2.2.5. Kontrola bólu	77
Podsumowanie	79
Rozdział 3	
Jakość życia w przewlekłych chorobach układu pokarmowego	81
3.1. Pojęcie jakości życia – definicja i wybrane modele teoretyczne	81
3.1.1. Satysfakcja z życia	88
3.2. Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia (HRQL)	89
3.3. HRQL w przewlekłych chorobach układu pokarmowego	92
Podsumowanie	100
Rozdział 4	
Metodologia badań własnych	103
4.1. Cel badań oraz pytania i hipotezy badawcze	103
4.2. Modele badawcze	109
4.3. Charakterystyka grupy badanej	112
4.3.1. Statystyka społeczno-demograficzna grupy badanej	113
4.4. Metody badawcze	118
4.4.1. Ankieta własna	119
4.4.2. Skala Typu A-Framingham (grupa badawcza w ramach Framingham Heart Study, adapt. Juczyński, 2001)	120
4.4.3. Skala Kontroli Emocji (CECS) (Watson, Greer, adapt. Juczyński, 2001)	121
4.4.4. Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES) (Schwarzer, Jerusalem, Juczyński, 2001)	123
4.4.5. Kwestionariusz Przekonań na Temat Kontroli Bólu (BPCQ) (Skevington, adapt. Juczyński, 2001)	124
4.4.6. Skala Akceptacji Choroby (AIS) (Felton, Revenson, Hinrochsen, adapt. Juczyński, 2001)	126
4.4.7. Skala Satysfakcji z Życia (SWLS) (Diener, Emmons, Larson, Griffin, adapt. Juczyński, 2001)	127
4.4.8. Kwestionariusz Oceny Jakości Życia SF-36v2	128
4.5. Analizy statystyczne	133
Rozdział 5	
Wyniki badań własnych	137
5.1. Charakterystyka stopnia akceptacji choroby, zasobów psychologicznych oraz poczucia satysfakcji z życia i jakości życia	137
5.2. Zasoby psychologiczne, stopień akceptacji choroby oraz jakość życia i poczucie satysfakcji z życia w zależności od rozpoznania	152

---

5.3. Związek pomiędzy zmiennymi demograficznymi a czynnikami biomedycznymi, zasobami psychologicznymi i jakością życia oraz poczuciem satysfakcji z życia . . . . .	155
5.3.1. Czynniki psychologiczne, ocena jakości życia i poczucie satysfakcji z życia w zależności od miejsca zamieszkania . .	160
5.4. Związek pomiędzy zasobami psychologicznymi a poczuciem satysfakcji z życia i oceną jakości życia . . . . .	162
5.5. Związek pomiędzy zasobami psychologicznymi a czynnikami biomedycznymi . . . . .	166
5.6. Związek pomiędzy czynnikami biomedycznymi a jakością życia i poczuciem satysfakcji z życia . . . . .	168
5.7. Identyfikacja biopsychospołecznych predyktorów dla oceny jakości życia, poczucia satysfakcji z życia i akceptacji choroby . . .	171
5.8. Znaczenie stopnia akceptacji choroby dla zasobów psychologicznych i oceny jakości życia . . . . .	178
5.9. Podsumowanie – zasoby psychologiczne jednostki a jakość życia pacjentów w przebiegu chorób układu pokarmowego . . . . .	185
Rozdział 6	
Dyskusja wyników i wnioski końcowe . . . . .	191
6.1. Ograniczenia badań . . . . .	198
6.2. Implikacje praktyczne . . . . .	199
6.3. Dalsze plany badawcze: interpretacyjna analiza fenomenologiczna i medycyna narracyjna . . . . .	200
Zakończenie . . . . .	207
Wykaz skrótów . . . . .	209
Piśmiennictwo . . . . .	213
Spis rysunków, schematów, tabel i wykresów . . . . .	239





Szanowni Państwo,

do rąk Państwa zostaje przekazana wyjątkowa pozycja naukowa będąca rezultatem interdyscyplinarnych działań z pogranicza medycyny praktycznej i psychologii. Stanowi ona wnikliwą ocenę badań związanych z próbą odnalezienia metodyki i sposobów wpływania poprzez psychologię na kształtowanie szeroko rozumianego procesu diagnostycznego i leczniczego chorych gastroenterologicznych. Istota unikatowej roli niniejszej pozycji zawiera się w tym, że autorka jako czynna badaczka o bardzo dobrym przygotowaniu teoretycznym jednocześnie osobiście brała udział w pracach zespołu badawczego złożonego z naukowców różnych dziedzin nauki. Skład Zespołu, skala przeprowadzonych badań oraz ich wyniki stanowią o wyjątkowości niniejszej pracy naukowej. Życzę przyjemnej lektury.

dr n. med. Grażyna Piotrowicz  
Kierownik Oddziału Gastroenterologicznego  
Szpitala MSWiA w Gdańsku



*Niniejszą książkę dedykuję Mamie i Tacie,  
z nadzieją, że byłiby ze mnie dumni...*



## Wstęp

„Muminek siedział z oczami wbitymi w lód i nagle poczuł, że wzbiera w nim złość. Zaczęło się to w brzuchu. Jak wszystkie silne uczucia”.

T. Jansson, *Zima Muminków*, tłum. I. Szuch-Wyszomirska, Warszawa 2018, s. 69

„Im więcej wiemy o przewodzie pokarmowym, tym piękniejszym nam się wydaje” – to zdanie z książki *Historia wewnętrzna. Jelita – najbardziej fascynujący organ naszego ciała* autorstwa badaczki z zakresu gastroenterologii Giulii Enders (2014). Pozycja szybko stała się międzynarodowym bestsellerem, gdyż w sposób zabawny, a jednocześnie rzetelny ukazuje ten „wstydlivy” fragment naszego ciała i kłopoty, które mogą go dotyczyć. Na wyjątkową uwagę zasługuje tu rozdział pt. *Mózg i trzewia*, w którym wskazano, że to, co czujemy w naszym brzuchu, wpływa znacząco na ogólne samopoczucie, a o naszym „ja” decyduje nie tylko sam mózg. Kto z nas nie doświadczył „motylków w brzuchu” czy „ucisku w żołądku”? Najważniejszym szlakiem prowadzącym z jelit do mózgu jest nerw błędny. Jak podaje Enders, od 2010 r. w Europie pobudzanie tego nerwu stanowi oficjalną metodę terapeutyczną w efektywnym leczeniu depresji. Lekarka porusza również tematykę trzech schorzeń omawianych w niniejszej pracy. Pisze m.in., że u osób z zespołem jelita drażliwego występują zakłócenia w komunikacji na linii jelita–mózg, co niesie za sobą poważne konsekwencje, w tym m.in. nasilenie negatywnych emocji. Podkreśla też, że lekarze często traktują tę grupę pacjentów jako hipochondryków, gdyż brak u nich wyraźnych śladów uszkodzenia jelita. Wrzodziejące zapalenie jelita grubego oraz chorobę Leśniowskiego-Crohna Enders nazywa za to „klasycznymi” chorobami jelit, w przypadku których w fazach ostrych tworzą się rany na jelicie, a uszkodzona błona śluzowa również utrudnia proces wymiany informacji między jelitami a mózgiem. Autorka zwraca też uwagę na to, że stres jest „niehigieniczny”, bo zmienia warunki, jakie panują w jelicie, sprzyjając rozwojowi niekorzystnych bakterii jelitowych, wpływających

też na nasze samopoczucie (Enders, 2014). Powiązania pomiędzy jelitami a naszym funkcjonowaniem psychologicznym są więc ogromne, a lektura przedstawionej książki stanowiła inspirację do podjęcia przeze mnie badań empirycznych.

W badaniach naukowych wzrasta zainteresowanie terminem „mózg jelitowy”, zwanym też „drugim mózgiem”. Autorem pojęcia jest Michael Gershon z Columbia University Medical Center. Szacuje on, że nasze jelita mogą mieć nawet 100 milionów neuronów, to więcej niż np. w rdzeniu kręgowym. Dowodzi to tego, że funkcją jelit nie jest jedynie trawienie. Pozostają one w związku z mózgiem i pełnią rolę pewnego rodzaju centrum dowodzenia, będąc współodpowiedzialne za reakcje stresowe i reakcje immunologiczne (Gershon, 1999). O wpływie jelitowej flory bakteryjnej na ośrodkowy układ nerwowy (dalej: OUN) oraz jej znaczeniu w leczeniu zaburzeń psychicznych pisał m.in. Rudzki i Szulc (2013) oraz Nowakowski, Chrobak i Dudek (2016). Podobnie jak wcześniej cytowana Enders wskazują oni na częste współwystępowanie chorób zapalnych jelit (w tym wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, ang. *ulcerative colitis*, dalej: UC, czy choroby Leśniowskiego-Crohna, ang. *Crohn's disease*, dalej: CD) lub zaburzeń w obrębie jelit (jak w zespole jelita drażliwego, ang. *irritable bowel syndrome*, dalej: IBS) z zaburzeniami psychicznymi, w tym głównie depresyjnymi lub lękowymi. Jednocześnie jelitowa flora bakteryjna – mikrobiota – oddziałuje na OUN, a także na nastrój i zachowanie, ma więc potencjał przeciwdepresyjny i przeciwlękowy (Pusceddu, Murray, Gareau, 2018). Odgrywa ona również kluczową rolę w profilaktyce zwiększonej przez stres psychologiczny przepuszczalności bariery jelitowej, co również ma znaczenie w patogenezie depresji (Binek, 2012; Rudzki, Szulc, 2013). Masa mikrobioty może wynosić 1–2 kg, zaś nasze jelita zamieszkuje  $10^{13}$ – $10^{14}$  mikroorganizmów – 10 razy więcej niż wszystkich komórek ludzkiego organizmu (za: Rudzki, Szulc, 2013). Mikroflora jelitowa współpracuje również z tkanką limfatyczną przewodu pokarmowego, w której powstaje nawet 80% wszystkich komórek układu immunologicznego. Dzięki temu, że bakterie jelitowe wpływają na opisane mechanizmy, mogą m.in. pozytywnie oddziaływać na jakość życia pacjentów cierpiących na choroby przewodu pokarmowego (Hollister i in., 2018), a nawet stanowią wsparcie w walce z zaburzeniami psychicznymi, zaś badacze nieustannie pracują nad rozwiązaniami w zakresie stosowania suplementacji probiotykami m.in. w terapii depresji (Rudzki, Szulc, 2013; Dudzińska, 2016). Powyższe argumenty świadczą o potrzebie głębszej analizy czynników psychologicznych, jakie mogą wiązać się z przebiegiem chorób układu pokarmowego i pełni

rolę zasobów w ich skutecznej terapii oraz podniesieniu jakości życia chorych, taki też cel towarzyszył podjętym przeze mnie badaniom.

Pierwszy rozdział niniejszej książki obejmuje część teoretyczną, która zawiera charakterystykę medycznych aspektów przewlekłych chorób przewodu pokarmowego, takich jak: zespół jelita drażliwego, wrzodziejące zapalenie jelita grubego oraz choroba Leśniowskiego-Crohna, a także omówienie ich w kontekście globalnym i psychosomatycznym. W rozdziale drugim choroba ukazana została jako sytuacja stresowa, której mechanizm działania tłumaczą transakcyjna teoria stresu oraz teoria zachowania zasobów. Omówiono tu również potencjalne zasoby psychologiczne pacjentów, takie jak: czynniki społeczno-kulturowe, typ osobowości, kontrola emocji, poczucie własnej skuteczności czy kontrola bólu oraz znaczenie akceptacji choroby. Ostatni z rozdziałów teoretycznych zawiera definicje i wybrane modele jakości życia oraz poczucia satysfakcji z życia, a także opisuje pojęcie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia, również w odniesieniu do chorób układu pokarmowego. W części metodologicznej zawarto modele przedstawiające cel i główne założenia badań, w oparciu o które postawiono pytania i hipotezy badawcze, scharakteryzowano tu także grupę badaną i metody analizy statystycznej (rozdział 4). Kolejny rozdział zawiera wyniki badań własnych, zaś całość zamyka rozdział 6. Obejmuje on podsumowanie i dyskusję uzyskanych wyników, wskazuje ograniczenia podjętych badań oraz ich implikacje praktyczne, a także zawiera zarys dalszych planów badawczych, w tym metody jakościowe w kontekście interpretacyjnej analizy fenomenologicznej oraz medycyny narracyjnej.

\* \* \*

Dziękuję wszystkim, którzy wspierali mnie w dążeniu do celu. Szczególne podziękowania składam Pani prof. zw. dr hab. Marioli Bidzan za ogrom życzliwości i przekazaną wiedzę oraz za motywację i poświęcony czas. Dziękuję tym najbliższym i bliskim za to, że dzielnie towarzyszyli mi podczas wszystkich etapów mojej pracy naukowej i nie tylko. Pragnę podziękować również Pani dr n. med. Grażynie Piotrowicz oraz Pani dr n. med. Małgorzacie Pujanek i Pani dr Annie Rasmus oraz personelowi medycznemu z Oddziału Gastroenterologicznego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Gdańsku za pomoc w przeprowadzeniu badań oraz wsparcie merytoryczne. Wreszcie chciałabym podziękować pacjentom, którzy, biorąc udział w badaniach, podzielili się ze mną swoimi emocjami i historiami, ucząc jednocześnie cierpliwości i pokory.





# Rozdział 1

## Medyczne aspekty przewlekłych chorób przewodu pokarmowego na przykładzie zaburzeń czynnościowych oraz nieswoistych zapalnych chorób jelit

Niniejszy rozdział traktuje o wybranych chorobach czynnościowych przewodu pokarmowego oraz nieswoistych zapalnych chorobach jelit u osób dorosłych. Spośród schorzeń przewlekłych opisane zostaną: zespół jelita drażliwego (IBS) jako przykład zaburzenia czynnościowego oraz nieswoiste choroby zapalne jelit: wrzodziejące zapalenie jelita grubego (UC) i choroba Leśniowskiego-Crohna (CD).

Dziedziną medycyny zajmującą się zarówno funkcjonowaniem, jak i leczeniem schorzeń układu pokarmowego jest gastroenterologia (Socha, red., 1999). Jej działalność obejmuje leczenie chorób przełyku, jelit, żołądka, gruczołów trawiennych – trzustki i wątroby oraz dróg żółciowych. Umieralność wśród pacjentów cierpiących na schorzenia układu trawiennego jest znacznie mniejsza w porównaniu np. do tej wśród osób z chorobami serca czy nowotworami, lecz choroby układu pokarmowego rozpoznaje się coraz częściej, a w Polsce choruje na nie nawet kilkadziesiąt tysięcy osób (Książczyńska, 2007; Ślędek, Ćmiel, 2011).

### 1.1. Ogólna charakterystyka zaburzeń czynnościowych układu pokarmowego

Pojęcie zaburzeń czynnościowych przewodu pokarmowego (ang. *functional gastrointestinal disorders*, dalej: FGD) wprowadził do medycyny w 1932 r. Gustav von Bergmann w publikacji *Funktionelle Pathologie*:

*eine klinische Sammlung von Ergebnissen und Anschauungen einer Arbeitsrichtung* (1932). Obecnie ich mianem określa się te schorzenia, które przez długie miesiące, a nawet lata nie znajdują odzwierciedlenia w wynikach badań laboratoryjnych, endoskopowych czy obrazowych, choć osoby nimi dotknięte na co dzień borykają się z dolegliwościami, których konsekwencje niekiedy są dla nich przykre i znacząco wpływają na jakość życia (Marcinkowska-Bachlińska, Małecka-Panas, 2007). Choroby tego typu wyraźnie różnicuje się od tych, których źródłem są zmiany organiczne, widoczne w obrębie określonych narządów (Bartnik, 2004; Bartnik i in., 2009).

Problem czynnościowych schorzeń układu pokarmowego dotyczy nawet 1–2% ogólnej populacji Stanów Zjednoczonych oraz krajów Europy Zachodniej. Aż 60% wszystkich przypadków stanowią chorzy z rozpoznaniem zespołu jelita drażliwego – liczba osób została oszacowana na podstawie liczby pacjentów zgłaszających się na konsultacje do gastroenterologów oraz lekarzy innych specjalności (Jerndal i in., 2010).

Osoba zgłaszająca się do lekarza wymienia zwykle szereg niepokojących objawów, z których część nie ma swojego źródła w układzie pokarmowym, zaś te, które wiążą się bezpośrednio z funkcjonowaniem gastrycznym, mogą być dla diagnosty mniej lub bardziej alarmujące (Yamada, 2006). Obraz choroby w zaburzeniach czynnościowych kształtuje się przede wszystkim na podstawie danych pochodzących z badania podmiotowego. Po dokonaniu szczegółowej analizy objawów zgłaszanych przez osobę, która ich doświadcza, lekarz może postawić wstępne rozpoznanie oraz zaplanować dalsze badania (Paradowski, 2012).

Do objawów świadczących o bezpośrednim zagrożeniu zdrowia lub życia pacjenta należą m.in.: występowanie stanów podgorączkowych, spadek masy ciała (jako konsekwencja zmniejszonego apetytu), zaburzenia połykania (szczególnie, jeśli połykaniu towarzyszy ból), odpluwanie resztek pokarmowych w czasie kaszlu, a także wymioty zawierające krew albo pokarm spożyty więcej niż trzy godziny wcześniej, stolce zawierające krew, tłuszcz lub tzw. stolce ołówkowate (Paradowski, 2012). Spośród objawów najczęściej zgłaszanych przez pacjentów z podejrzeniem schorzeń czynnościowych wymienić można: bóle, wzdęcia, uczucie pełności w nadbrzuszu, aerofagię (czyli nadmierne połykanie powietrza), uczucie wczesnej sytości, odbijania, nudności i wymioty, wracanie pokarmu, zaburzenia podczas oddawania stolca, tzw. uczucie gałki w gardle, czkawka, czynnościowe zaburzenia połykania, bóle dławicopodobne, zgaga lub pieczenie za mostkiem (Paradowski, 2012). Przewlekłe bóle w obrębie przewodu pokarmowego należą do dolegliwości

niespecyficznych, które niemal zawsze towarzyszą zaburzeniom czynnościowym. Często trudno jest wskazać ich dokładną lokalizację, gdyż bywa ona zmienna lub rozlana. Chorzy z rozpoznaniem zaburzeń czynnościowych zwykle skarżą się także na wzdęcia, którym towarzyszą też inne objawy, jak m.in. odbijanie, zaburzenia podczas wypróżniania czy różnorodne bóle brzucha (Bartnik, 2011). Jeśli wzdęcia wchodzą w skład zespołu objawów spełniających kryteria jednego ze schorzeń czynnościowych, wówczas mogą się one pojawiać bezpośrednio po posiłkach, nasilać się w ciągu dnia, zaś łagodnieć w porze nocnego odpoczynku. Źródłem powstawania wzdęć mogą być nieprawidłowe nawyki żywieniowe lub też niewystarczająca aktywność fizyczna, stąd też podczas diagnostyki różnicowej to właśnie tryb życia może być ważnym predyktorem rozwoju schorzeń, a próby jego korygowania stanowią istotny element terapii (Paradowski, 2012).

Najważniejszym kryterium diagnostycznym jest jednak czas, w którym obserwowane są dolegliwości. Zgodnie z założeniami klasyfikacji medycznej Kryteria Rzymskie III<sup>1</sup> objawy powinny występować w sposób ciągły przez minimum trzy miesiące w półrocznym okresie poprzedzającym wizytę u specjalisty (Krzyżowski, 2004; Lach i in., 2009).

Mechanizmy patofizjologiczne w zaburzeniach czynnościowych układu pokarmowego wciąż nie zostały do końca poznane. Literatura przedmiotu wskazuje jednak na pewne obszary funkcjonowania organizmu, w których dostrzec można źródła dolegliwości trzewnych o charakterze nieorganicznym (Mulak, 2012). Wiadomo jednak, że istotną rolę w powstawaniu tego typu zaburzeń odgrywają nieprawidłowości w zakresie funkcjonowania osi mózgowo-jelitowej (zwanej też mózgowo-trzewną), z której działaniem związane są zmiany reaktywności motorycznej w obrębie przewodu pokarmowego oraz zmiany dotyczące wrażliwości trzewnej (Mulak, 2012).

Zaburzenia czynnościowe przewodu pokarmowego to jedno z najpowszechniej występujących schorzeń w gastroenterologii, zaś najczęstszą jednostką chorobową jest zespół jelita drażliwego (Bednarczuk i in., 2005).

---

<sup>1</sup> W 2016 r. opublikowane zostały Kryteria Rzymskie IV, jednak prezentowane badanie empiryczne obejmowało osoby zdiagnozowane w oparciu o Kryteria Rzymskie III (przed rokiem 2016).

### 1.1.1. Zespół jelita drażliwego

Zespół jelita drażliwego to najczęściej diagnozowane schorzenie spośród wszystkich chorób czynnościowych układu pokarmowego. Po raz pierwszy zostało dokładnie opisane w 1892 r. przez kanadyjskiego lekarza Williama Olsera. Wówczas nazywano je *mucous colitis*, lecz od tego czasu nazwa zmieniała się wielokrotnie, funkcjonując pod takimi terminami, jak np. biegunka neurogenna, biegunka funkcjonalna, jelito niestabilne, jelito nieszczęśliwe czy jelito pełne troski lub neurogeny śluzowy nieżyt jelita grubego. Nazwy te często podkreślały jeden przeważający objaw, a ich mnogość ukazuje złożone podłoże choroby, obejmujące także czynniki psychologiczne (Krzyżowski, 2004).

Na zespół jelita drażliwego cierpi prawie 3-krotnie więcej kobiet niż mężczyzn i dotyka on ludzi w każdym wieku, choć przeważanie rozwija się w 3. i 4. dekadzie życia (Camilleri, 2001; Bednarczuk i in., 2005; Nehring i in., 2011). Zaobserwowano, że zachorowalność jest większa w krajach wysoko rozwiniętych, co prawdopodobnie związane jest z odmiennym stylem życia. I tak, np. w Wielkiej Brytanii choroba ta dotyka aż 22% populacji, zaś we Francji, Hiszpanii, Niemczech, Szwecji, USA i Kanadzie do 12% (Jarosz, Dzieniszewski, 2006). Co ciekawe, prowadzonych jest coraz więcej badań dotyczących zarówno częstości występowania, jak i przewencji IBS w różnych rejonach świata, w tym m.in. w Indiach (Ghoshal i Singh, 2017) czy Iranie (Khademvatan i in., 2017). W polskiej populacji odsetek ten wynosi około 13% (Ziółkowski i in., 2012). Zespół jelita drażliwego to drugi co do częstości, po przeziębieniu, powód nieobecności w pracy oraz jedna z najczęstszych przyczyn wizyty u lekarza rodzinnego (Thoua, Emmanuel, 2006). Szacuje się, że chorzy cierpiący z powodu zespołu jelita drażliwego stanowią 30–50% wszystkich osób leczonych w poradniach gastroenterologicznych (Jarosz, Dzieniszewski, 2006).

Zespół jelita drażliwego charakteryzuje się zaburzeniami oddawania stolca, takimi jak biegunki i/lub zaparcia. Zaburzeniom tym towarzyszy ból i/lub wzdęcia, zaś ból ten przechodzi lub jego siła maleje po wypróżnieniu. U pacjentów cierpiących na tę chorobę nie wykrywa się nieprawidłowości anatomicznych przewodu pokarmowego (Jarosz, Dzieniszewski, 2006). W przeszłości proces diagnostyczny IBS przebiegał w oparciu o wykluczanie możliwych organicznych chorób układu pokarmowego, co wiązało się z czasochłonną i uciążliwą diagnostyką. Obecnie kolejno opracowywane kryteria diagnostyczne służą oparciu rozpoznania na objawach klinicznych, przy równoczesnym poszukiwaniu

---

Seria wydawnicza *Dissertationes Laudatissimae Universitas Gedanensis* została utworzona w celu wspierania osiągnięć młodych naukowców, nowo wypromowanych doktorów Uniwersytetu Gdańskiego. Składają się na nią prace doktorskie wyróżnione przez władze dziekańskie i rektorskie Uniwersytetu Gdańskiego. W ramach serii ukazują się książki z bardzo różnych dziedzin i o różnej tematyce, a łączy je wszystkie fakt, że autor każdej z nich jest laureatem Konkursu Prorektora ds. Nauki i Współpracy z Zagranicą Uniwersytetu Gdańskiego na dofinansowanie wydania wyróżniających się prac doktorskich w Wydawnictwie Uniwersytetu Gdańskiego. Seria ta jest zatem wyrazem wsparcia młodych naukowców, a także docenienia często bardzo ciekawych badań prowadzonych przez nich na etapie drogi do uzyskania stopnia doktora nauk.

---

