

Ocena wybranych elementów psychicznej jakości życia pacjentów leczonych z powodu cukrzycy typu 2

Assessment of chosen elements of physical quality of life in patients treated due to type 2 diabetes.

Anna Dąbrowska¹, Barbara Jurkowska², Grzegorz Nowicki³,
Andrzej Prystupa⁴, Jerzy Bednarski⁵, Elżbieta Pietryka – Michałowska⁶

¹Katedra i Klinika Endokrynologii, Uniwersytet Medyczny, Lublin

²Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki, Lublin

³Pracownia Ratownictwa Medycznego, Uniwersytet Medyczny, Lublin

⁴Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Uniwersytet Medyczny, Lublin

⁵Katedra i Klinika Ortopedii i Rehabilitacji, Uniwersytet Medyczny, Lublin

⁶Zakład Matematyki i Biostatystyki Medycznej, Uniwersytet Medyczny, Lublin

Streszczenie

Wstęp

Cukrzyca jest chorobą przewlekłą, prowadzącą do wielu powikłań, wpływających na subiektywne poczucie jakości życia. W medycynie jakość życia określana jest w kontekście stanu zdrowia (HRQOL ang. health-related quality of life). Decyzje medyczne, podejmowane na różnych etapach leczenia, prowadzą się do wspólnego celu, jakim jest optymalne wykorzystanie dostępnych środków dla zapewnienia jak najlepszego stanu zdrowia ludzi, których dana decyzja dotyczy. Jednak nie wszystkie aspekty zdrowia dadzą się ująć w takie parametry. Stąd też przy wyborze metody leczenia powinno się uwzględniać wyniki badań klinicznych, własne doświadczenie oraz oczekiwania pacjenta. Na podstawie systematycznej i wielowymiarowej oceny jakości życia pacjentów chorych na cukrzycę można uzyskiwać cenną informację o deficytach w tym obszarze funkcjonowania chorego, w którym konieczne jest wprowadzenia zmian.

Cel pracy

Celem pracy jest ocena wpływu rodzaju terapii cukrzycy na komponenty psychicznej jakości życia pacjentów.

Materiał i metoda

Przebadano 77 osób chorych na cukrzycę typu 2, leczonych ambulatoryjnie w lubelskich poradniach. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety, oceniający niektóre elementy psychicznej jakości życia pacjenta.

Wyniki i wnioski

Subiektywne poczucie psychicznej jakości życia u osób chorych na cukrzycę jest zależne od rodzaju terapii, jakiemu poddawani są pacjenci. Chorzy leczeni za pomocą leków doustnych lepiej znoszą trudy dnia codziennego. Osoby chore na cukrzycę powinny zostać objęte stałą opieką psychologiczną, której celem byłoby m.in. podniesienie ich jakości życia przez profesjonalne wsparcie.

Słowa kluczowe: jakość życia, cukrzyca, doustne leczenie cukrzycy, insulinoterapia

Abstract

Introduction

Diabetes is a persistent disease, leading to many complications, in which it is possible to assess subjective sense of the quality of life in patients. In medicine, the quality of life is defined in the context of health condition (HRQOL health-related quality of life). Medical decisions, made at various levels of treatment, come down to common aim, which is optimum employment of available resources to provide the best health conditions in patients, to whom the decisions apply. However, not all aspects of health can be subsumed in such parameters, hence while choosing treatment method, the results of clinical tests, one's own experience, and expectations of the patient should be taken into account. On the basis of systematic and many-sided assessment of the quality of life of the patients suffering from diabetes, treasure trove can be acquired about the deficit in the area of patient's functioning, in which it is necessary to implement changes.

The aim of the study

The aim of the paper is to assess the influence of diabetes therapy on elements of the quality of life of the patients treated because of type 2 diabetes.

The research and the method

A group of 77 patients with type 2 diabetes, treated in Outpatients Clinics in Lublin, were examined. Research tool was the self-made questionnaire, evaluating certain elements of psychic quality of life of the patient.

Results and Conclusions

Subjective sense of psychic quality of life of diabetes patients depends on the therapy type. Patients treated with oral medications are better in coping with difficulties of everyday life. People suffering from diabetes should be under permanent psychological treatment which aim would be to i.e., improve their quality of life by professional support.

Keywords: quality of life, diabetes, oral diabetes treatment, insulin therapy

Wstęp

Cukrzyca jest chorobą coraz częściej rozpoznawaną, a wzrost chorobowości i zapadalności na nią obserwuje się na całym świecie. Niebezpieczeństwo zwiększonego występowania cukrzycy związane jest przede wszystkim z liczbowym przyrostem ogólnej populacji, starzeniem się społeczeństw, skutkami urbanizacji oraz rozprzestrzenianiem się otyłości i nasilaniem wśród ludności państw rozwiniętych zjawiska hipokinezy [1]. Szacuje się, że obecnie od około 6% do 9% populacji dorosłych choruje na cukrzycę. Dane te wskazują na epidemię cukrzycy, a literatura przedmiotu pokazuje, że dotyczy to przede wszystkim krajów rozwijających się, co oznacza, że cukrzyca jest chorobą cywilizacyjną [2]. Szybki rozwój gospodarczy i zmiana stylu życia powoduje, że np. w Chinach w przeciągu 30 lat nastąpi wzrost zachorowalności na cukrzycę nawet o 35% [3]. Przeprowadzone w 2002 roku badanie NATPOL PLUS wśród reprezentatywnej grupy Polaków w wieku 18-94 lat wykazało 12,4% chorobowość z powodu cukrzycy u osób powyżej 50 roku życia. Nieprawidłowa tolerancja glukozy wystąpiła u 0,8% badanych, natomiast nieprawidłową glikemię na czczo stwierdzono u 1,7% osób [4]. Na przełomie lat 2003 – 2004 przeprowadzono pod patronatem Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego badanie SCREEN-POL 2, obejmujące swym zasięgiem 11418 pacjentów w wieku powyżej 45 lat, z nierozpoznaną uprzednio cukrzycą, zgłaszających się do lekarzy pierwszego kontaktu w 16 województwach kraju. Jego celem była ocena częstości występowania nierozpoznanej cukrzycy typu 2. Otrzymane wyniki dowiodły istnienia stanu przedcukrzycowego u 3% pacjentów, wśród których 1,7% stanowiły osoby z nieprawidłową glikemią na czczo, natomiast 1,3% osób charakteryzowało się nieprawidłową tolerancją glukozy. Zaburzenia gospodarki węglowodanowej ogółem rozpoznano u 8,4% pacjentów objętych badaniem [5]. Dane dotyczące chorobowości z powodu cukrzycy w Polsce, opublikowane przez International Diabetes Federation (IDF) w 2006 roku, informują o 9,1% osób w wieku 20-79 lat, których dotyczy ta jednostka chorobowa. Prognozy przewidują, że odsetek ten ulegnie zwiększeniu do 11% w roku 2025 [6].

Analizując tylko dane epidemiologiczne warto zastanowić się nad jakością życia pacjentów z chorobami przewlekłymi, w tym z cukrzycą typu 2. Ocena jakości życia stanowi przedmiot badań z zakresu filozofii, psychologii, socjologii oraz medycyny [7]. W wartość życia wpisana jest jego jakość. T. Pszczołowski „jakość” definiuje jako sumę cech wytworu, w szczególności wyrobu

lub samego działania do niego prowadzącego, najczęściej z oceną: dobra jakość – zła jakość. Ocenę wydaje się ze względu na istniejący obiektywnie lub idealnie wzorzec rzeczowy lub wzorzec działania. W drugim przypadku, tj. w przypadku działania jakość utożsamiana jest ze sprawnością w sensie syntetycznym [8]. Patrząc na życie przez pryzmat tak pojmowanej jakości, można je określić jako: dobre lub złe, radosne lub smutne, szczęśliwe lub nieudane itd. Przykładem teoretycznego modelu jakości życia są: zaproponowany przez Lawtona „Model dobrego życia” oraz „Model jakości życia” Centrum Promocji Zdrowia Uniwersytetu w Toronto. „Model dobrego życia” zakłada, że jakość życia obejmuje cztery podstawowe obszary:

- kompetencje behawioralne,
- obiektywne środowiska,
- psychologiczny dobrostan,
- postrzeganie jakości życia.

„Model jakości życia” składa się z trzech dziedzin:

- „istnienie” dziedzina opisująca fizyczną, psychiczną i duchową egzystencję człowieka,
- „przynależność”, czyli kontakty ze środowiskiem zewnętrznym,
- „stawianie się”, czyli cele, nadzieje i aspiracje jednostki [9].

Sam termin „jakość życia” powinien być rozpatrywany jak najbardziej wielopoziomowo, czyli uwzględniać wszystkie aspekty życia pacjentów, na które rzutuje choroba. Na początku lat 90 XX wieku wprowadzono pojęcie jakości życia uwarunkowane stanem zdrowia - HRQOL (ang. health-related quality of life) [10], a które wiąże się z definicją zdrowia przyjętą w 1948 roku przez Światową Organizację Zdrowia. Pojęcie to pozwala na przyjrzenie się funkcjonowaniu chorego w trzech wymiarach: fizycznym, psychologicznym i społecznym. Światowa Organizacja Zdrowia definiuje jakość życia jako kompleksowy sposób oceniania przez jednostkę jej stanu zdrowia fizycznego, emocjonalnego, samodzielności w życiu i stopnia zależności od otoczenia, a także relacje ze środowiskiem, osobistych wierzeń i przekonań do środowiska [11].

Nasuwa się pytanie o celowość badania jakości życia pacjentów z cukrzycą. Odpowiedź wydaje się prosta, skupienie uwagi na trzech wymiarach funkcjonowania pacjenta, co jest predykatorem przewidywania efektywności leczenia cukrzycy, czyli nadrzędnego dążenia zarówno chorego jak i lekarza. Leczenie cukrzycy jest skomplikowaną, holistyczną procedurą, wymagającą od pacjentów pełnego zaangażowania. Podstawą jest znajomość i stosowanie przez chorych strategii radzenia sobie z cukrzycą. Przy braku tych umiejętności następu-

je przeciążenie i przytłoczenie pacjenta, co skutkuje zmniejszoną samokontrolą. W efekcie pojawiają się zaburzenia metaboliczne i powikłania. Skutkiem jest znaczne obniżenie jakości życia, prowadzące do zwiększenia kosztów społecznych cukrzycy [12].

Cukrzyca modyfikuje funkcjonowanie w każdym z trzech aspektów jakości życia. W aspekcie fizycznym są to skutki związane z hipoglikemią oraz stosowaną terapią. Nie bez znaczenia jest konieczność zmiany stylu życia, jako jeden z wymogów leczenia [12]. Dodatkowo występowanie powikłań związanych z cukrzycą obniża fizyczny aspekt jakości życia. W sferze psychicznej uwidaczniają się często oznaki zmęczenia, przygnębienia, obniżonej motywacji, stany depresyjne. Przy problemach z hipoglikemią mogą pojawić się stany lękowe i fobie. Cukrzyca wpływa także na ilość i jakość kontaktów społecznych. Nie zawsze najbliższe otoczenie jest w stanie zapewnić choremu wsparcie, jakiego potrzebuje. Część osób, nie potrafiąc odnaleźć się w tej sytuacji, odsuwa się lub otacza chorego nadmierną opieką lub kontrolą [12].

Cel pracy

Celem pracy jest ocena wpływu rodzaju terapii cukrzycy na komponenty psychicznej jakości życia leczonych pacjentów.

Materiał i metoda

Badanie ankietowe przeprowadzono wśród 77 osób chorych na cukrzycę typu 2, leczonych ambulatoryjnie w lubelskich poradniach. Dobór grupy badanej odbywał się w dwóch etapach. Respondenci dobierani byli celowo i losowo. Kryteria doboru celowego to:

- Pacjent leczony ambulatoryjnie
- Badany leczony na cukrzycę typu 2.

Jako metodę badawczą wybrano sondaż diagnostyczny, a narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety, badający wpływ stanu zdrowia oraz rodzaju leczenia na funkcjonowanie chorego w wymiarze psychicznym.

Kwestionariusz składał się z 10 zamkniętych pytań, w których badani mieli ocenić swoje samopoczucie przez ostatni miesiąc. Elementy podlegające ocenie to: poczucie animuszu, występowanie zdenerwowania, poczucie własnej wartości, czy badany czuł się wyciszony i spokojny, czy był pełen energii, czy czuł się załamany i smutny, czy czuł się zmarnowany, czy był szczęśliwy oraz czy był zmęczony. Ponadto badani oceniali wpływ swojego stanu zdrowia na kontakty towarzyskie, takie jak spotkania z rodziną lub przyjaciółmi. Respondenci do wyboru mieli następujące odpowiedzi o zróżnicowanym nasileniu czasowym: większość czasu, jakiś czas, wcale.

Na końcu ankiety umieszczono metryczkę, gdzie badani wpisywali swój status socjo – demograficzny

oraz czas trwania choroby i zastosowane leczenie. W ocenie statusu socjo-demograficznego pod uwagę brano następujące dane: płeć (K lub M), miejsce zamieszkania (wieś lub miasto), stan cywilny (mężatka/zonaty, rozwiedziona/rozwiedziony, panna/kawaler, inne), wykształcenie (podstawowe, średnie, wyższe), środki utrzymania (praca zawodowa, emerytura, renta, bezrobotny, inne). Określając czas trwania cukrzycy, respondenci mieli do wyboru jeden z trzech wariantów odpowiedzi: do 5 lat, od 6 do 15 lat i powyżej 15 lat. Natomiast w pytaniu, dotyczącym sposobu leczenia, badani mieli możliwość zaznaczenia następujących odpowiedzi: leki doustne, insulinoterapia oraz leki doustne i insulinoterapia. Respondenci wypowiadali się także na temat rodzinnych obciążeń cukrzycą (wywiad rodzinny obciążony lub nie). Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy.

Analiza statystyczna

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej w programie Statistica 8.0. Do badania zależności zastosowano Test U Manna – Whitneya, a jako poziom istotności przyjęto $p < 0,05$.

Wyniki

Charakterystyka badanej grupy

Badaniami objęto 77 osób, z czego 37 (48,05%) respondentów stanowiły kobiety. Przeważającą większością były osoby pochodzące z miasta (77,92%; $n=60$). Spośród badanych, 53 (68,83%) pacjentów było w związku małżeńskim, 15 (19,48%) – rozwiedzionych a 9 (11,68%) – to osoby stanu wolnego. Ponad połowa ankietowanych – 39 (50,64%) legitymowała się wykształceniem średnim, 21 (27,27%) osób miało wykształcenie wyższe, a 17 (22,07%) badanych – podstawowe. W większości (81,81%; $n=63$) respondenci utrzymywali się z renty lub emerytury, zawodowo pracowało zaledwie 9 (11,68%) badanych, pozostałych 5 (6,49%) to osoby bezrobotne. Najliczniejszą grupę stanowili pacjenci leczeni z powodu cukrzycy do 5 lat (38,96%; $n=30$), nieco mniejsza grupa to chorzy leczeni od 6 do 15 lat (32,46%; $n=25$). Najmniejsza spośród badanych grupa, to chorzy leczeni na cukrzycę powyżej 15 lat (28,57%; $n=22$). W przypadku 31 (40,25 %) osób zastosowano leczenie doustne, 27 (35,06%) – leczenie doustne i insulinoterapię, natomiast 19 (24,67%) badanych otrzymywało tylko insulinę. Dodatni wywiad rodzinny w kierunku występowania cukrzycy dotyczył ponad połowy badanych (68,83%; $n=53$).

Rodzaj terapii a jakość życia osób chorych na cukrzycę

Analiza wyników badań wskazała statystycznie istotne różnice pomiędzy dwiema grupami pacjentów:

leczonych jedynie preparatami doustnymi oraz stosujących insulinę (w monoterapii lub leczeniu skojarzonym). Rodzaj terapii wpływał zarówno na samoocenę zdrowia psychicznego, jak i na vitalność chorych.

Zdenerwowanie częściej odczuwali chorzy stosujący insulinoterapię: aż 52,17% badanych deklaroowało odczuwanie zdenerwowania przez jakiś czas, a 13,04% przez większość czasu. Osoby przyjmujące leki doustne nie odczuwały zdenerwowania w ciągu ostatniego miesiąca (58,06%) lub odczuwały je przez jakiś czas (41,94%). Żaden z pacjentów stosujących preparaty doustne nie czuł się zdenerwowany przez większość czasu. Różnice były istotne statystycznie ($Z = -2,371$, $p < 0,01$)

Wśród ankietowanych chorych z cukrzycą typu 2 żaden z leczonych preparatami doustnymi nie czuł się nic nie wart, a tylko 1/3 poczucie własnej bezwartościowości deklaroowała przez jakiś czas. Natomiast połowa chorych leczonych insuliną uskarżała się na odczuwanie braku własnej wartości przez jakiś czas, a 6,52% przez większość czasu. Różnice były istotne statystycznie ($Z = -3,014$, $p < 0,002$)

Poczucie energii różniło również grupy pacjentów: otrzymujących i nieotrzymujących insuliny. Na brak energii częściej uskarżali się chorzy stosujący insulinę – 43,48% nie miało jej wcale w ciągu ostatniego miesiąca; w porównaniu tylko 1/5 pacjentów stosujących leki doustne deklaroowała brak energii. Różnice były istotne statystycznie ($Z = 2,157$, $p < 0,05$).

Na poczucie zmarnowania częściej uskarżali się pacjenci leczeni insuliną: 56,52% z nich czuło się w ten sposób przez jakiś czas, 6,52% przez większość czasu. Natomiast aż 67,74% chorych przyjmujących preparaty doustne nie skarżyło się wcale na poczucie zmarnowania w ciągu ostatniego miesiąca, a tylko 1/3 czuła się zmarnowana przez jakiś czas. Różnice były istotne statystycznie ($Z = -2,572$, $p < 0,05$).

Pacjenci leczeni preparatami doustnymi czuli się szczęśliwsi od leczonych insuliną. 35,48% przyjmujących leki doustne deklaroowało poczucie szczęścia przez większość czasu, a tylko 16,13% nie czuło go wcale. Natomiast brak szczęścia doskwierał prawie połowie chorych leczonych insuliną, a tylko 13,04% czuła się szczęśliwa przez większość czasu. Różnice były istotne statystycznie ($Z = 2,9094$, $p < 0,003$).

Na zmęczenie częściej uskarżali się chorzy leczeni insuliną. 12,9% osób stosujących leki doustne nie odczuwała zmęczenia w ostatnim miesiącu, w przypadku stosujących insulinę – było to 8,7%. Zmęczenie przez jakiś czas odczuwało 74,19% chorych leczonych preparatami doustnymi i 56,52% chorych otrzymujących insulinę. Natomiast na ciągłe poczucie zmęczenia narzekało 12,9% osób otrzymujących preparaty doustne i 34,78% leczonych insuliną. Różnice były istotne statystycznie ($Z = -1,972$, $p < 0,04$).

Rodzaj terapii, stosowanej w leczeniu cukrzycy typu 2, wpływał także na kontakty towarzyskie. Zaob-

serwowano różnice statystycznie istotne w grupach: leczonych i nieleczonych insuliną. Pacjenci leczeni preparatami doustnymi nie mieli trudności, wynikających z ich zdrowia fizycznego lub stanu psychicznego, w spotykaniu się z rodziną lub przyjaciółmi. Natomiast chorzy stosujący insulinoterapię częściej uskarżali się na problemy w utrzymywaniu kontaktów towarzyskich: 26,09% przez większość czasu, a 29,26% przez jakiś czas. Różnice były istotne statystycznie ($Z = -2,423$, $p < 0,01$).

Osoby leczone preparatami doustnymi częściej opisywały się jako pełne animuszu: 38,71% przez większość czasu, 38,71% przez jakiś czas, 22,58% wcale. Natomiast wśród pacjentów stosujących insulinę: 21,74% było pełnych animuszu przez większość czasu, 32,6% przez jakiś czas, a 45,65% wcale. Różnice były istotne statystycznie ($Z = 2,279$, $p < 0,02$).

Osoby leczone preparatami doustnymi rzadziej odczuwały smutek lub załamanie, ponad 60% pacjentów nie czuła ich wcale. Natomiast ponad połowa chorych leczonych insuliną (52,17%) czuła się załamana przez jakiś czas lub większość czasu (17,39%). Różnice były istotne statystycznie ($Z = -2,49$, $p < 0,01$).

Omówienie

Każda choroba, która dotyczy człowieka, jest zjawiskiem zakłócającym i niekorzystnie wpływającym na życie i funkcjonowanie. Choroba przewlekła, jaką niewątpliwie jest cukrzyca, długotrwale obciąża życie osoby nią dotkniętej i może stanowić istotne zagrożenie dla rozwoju fizycznego, społecznego i emocjonalnego [13].

Choroby przewlekłe charakteryzuje się długim czasem trwania i wolnym postępowaniem zmian chorobowych, niejednokrotnie kończącym się w momencie śmierci pacjenta. Leczenie chorób przewlekłych ma na celu nie tylko wyeliminowanie objawów i opóźnienie wystąpienia powikłań, ale także uczynienie życia pacjenta jak najbardziej zbliżonym do życia osób zdrowych. Badania określające jakość życia są ważnym elementem oceny klinicznej i odgrywają kluczową rolę w przypadku chorób przewlekłych.

Problem jakości życia pacjentów leczonych z powodu cukrzycy zauważono już dawno. Dokumentem podkreślającym konieczność zwrócenia uwagi na ten element jest Deklaracja z St. Vincent podpisana w 1989 r., w której wyraźnie podkreślono konieczność dążenia do poprawy jakości życia tej grupy pacjentów [14]. Różne towarzystwa diabetologiczne m.in. Międzynarodowa Federacja Cukrzycy (International Diabetes Federation), za jeden z podstawowych celów opieki nad pacjentem leczonym z powodu cukrzycy, uważają dobrą jakość życia, równorzędną z wyrównaniem metabolicznym i zapobieganiem rozwojowi powikłań. Wiadomo, że wyniki badań biochemicznych są istotne dla pacjenta w takim stopniu, w jakim wpływają na funk-

cjonowanie fizyczne, emocjonalne i społeczne, czyli na jakość życia [15]. Nie wszystkie bowiem aspekty życia da się ująć w badaniach laboratoryjnych. Nie można zapominać o potrzebie normalnego funkcjonowania w domu, w rodzinie, w pracy, w społeczeństwie, a także o byciu wolnym od bólu, dolegliwości fizycznych lub psychicznych oraz problemów natury socjalnej i finansowej, związanych z chorobą i jej leczeniem [12].

Cukrzyca wpływa u chorych na funkcjonowanie w sferze psychicznej. Obniżenie jakości życia pacjentów chorych na cukrzycę związane jest z towarzyszącymi jej objawami oraz nieprzyjemnymi skutkami stosowania leków hipoglikemizujących. Cukrzyca wymaga zmiany dotychczasowego stylu życia oraz stosowania się do zaleceń lekarskich, które niejednokrotnie wpływają na życie pacjenta (odpowiednia dieta, aktywność fizyczna, kontrole lekarskie itd.). Dobór leczenia również ma wpływ na funkcjonowanie chorego. Jeśli pacjent przyjmuje insulinę, musi pamiętać o systematycznym oznaczaniu poziomu glikemii we krwi, przyjmowaniu zalecanej dawki insuliny o odpowiednich porach dnia, spożywaniu posiłków itd. Niejednokrotnie podanie insuliny jest dla pacjenta krępujące, zwłaszcza gdy znajduje się on w towarzystwie innych osób. Dodatkowo oznaczanie poziomu glikemii oraz wykonywanie iniekcji insuliny powoduje ból. Po kilku latach stosowania takiej terapii pacjenci mogą odczuwać niechęć, która przeradza się często w depresję, niższe poczucie własnej wartości, zdenerwowanie czy zmęczenie. Wielu pacjentów odczuwa frustrację, zniechęcenie i złość na chorobę, która mimo ich usilnych starań wymyka się spod kontroli. Niektórzy czują też bezradność i przygnębienie w związku z możliwością pojawienia się przewlekłych powikłań. Obniżenie psychicznej sfery jakości życia szczególnie widać w określonych momentach choroby: postawieniu diagnozy, rozpoznaniu powikłań oraz rozpoczęciu insulinoterapii. Przykładem mogą być wyniki badań, w których wykazano, że u chorych z typem 2 cukrzycy intensyfikacja leczenia, polegająca na dołączeniu do diety środków doustnych lub insuliny, powiązana jest z obniżeniem jakości życia [16]. W badaniach własnych zaobserwowano obniżoną jakość życia psychicznego u pacjentów leczonych preparatami doustnymi i stosujących insulinoterapię (w monoterapii lub leczeniu skojarzonym). Osoby przyjmujące insulinę częściej były zdenerwowane, miały mniejsze poczucie energii oraz własnej wartości, były bardziej zmęczone, mniej szczęśliwe, częściej odczuwały smutek i załamanie, rzadziej opisywały się jako pełne animuszu.

Dzieciuchowicz i wsp. [17] przeprowadzili badania wśród 32 chorych operowanych z powodu stopy cukrzycowej. Grupę badaną podzielono na cztery podgrupy ze względu na etiopatogenezę zmian i metodę leczenia. Grupa pierwsza (neuropatyczna stopa cukrzycowa, uratowana kończyna dolna) najwyższej oceniła swój stan zdrowia, natomiast grupa czwarta (niedo-

krwienna stopa cukrzycowa, amputacja powyżej stawu kolanowego) – najniższej. W grupie drugiej, trzeciej i czwartej zaobserwowano ograniczenie kontaktów społecznych. Tak więc widać wyraźnie, w jaki sposób przewlekłe powikłania cukrzycy, wpływają na codzienne funkcjonowanie chorych.

Jedną z form poprawienia jakości życia pacjentów chorujących na cukrzycę jest odpowiednia edukacja zdrowotna. Proces tej edukacji powinien być celowy oraz podnosić kompetencje jednostki i/lub rodziny w zmaganiu się z chorobą i zagrożeniami dla zdrowia [18]. Zdobywanie wiedzy na temat cukrzycy sprawia, że zmniejszają się: poczucie lęku i inwalidztwa oraz ograniczenia stylu życia. Szczególnym wyznacznikiem dla pacjenta chorego na cukrzycę typu 2 jest konieczność włączenia insulinoterapii. Właściwie przeprowadzone szkolenie poszerza wiedzę i umiejętności pacjenta, wpływając na poczucie niezależności, samodzielności oraz zmniejszenie obaw i lęku [19]. Ważnym jest, aby w zespole edukatorów, oprócz lekarza i pielęgniarki, znajdował się również psycholog, do którego pacjent będzie mógł się zwrócić o pomoc i nauczyć radzić sobie w chorobie i tym samym podnieść poziom psychicznej jakości życia.

Wnioski

1. Subiektywne poczucie psychicznej jakości życia u osób chorych na cukrzycę jest zależne od rodzaju terapii, jakiej są poddawani. Pacjenci leczeni za pomocą leków doustnych lepiej znoszą trudy dnia codziennego.
2. Osoby chore na cukrzycę powinny zostać objęte stałą opieką psychologiczną, której celem byłoby m.in. podniesienie ich jakości życia przez profesjonalne wsparcie.

Piśmiennictwo

1. Wild S., Roglic G., Green A., Sicree R., King H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*, 2004; 27(5): 1047-1053.
2. Fritschi C., Quinn L. Fatigue in patients with diabetes: a review *J Psychosom Res*, 2010; 69(1): 33-41
3. Kong D., Ding Y., Zuo X., Su W., Xiu L., Lin M., Rao S., Yu S. Adaptation of the Audit of Diabetes-Dependent Quality of Life questionnaire to people with diabetes in China. *Diabetes Res Clin Pract*, 2011 94(1): 45 – 52.
4. Zdrojewski T., Szpakowski P., Bandosz P., Pajk A., Wicek A., Krupa-Wojciechowska B., Wyrzykowski B. Arterial hypertension in Poland in 2002. *J Hum Hypertens*, 2004; 18: 557-562.
5. Sieradzki J., Wilkins A., Szczepański M. SCREEN-POL 2 - aktywne wyszukiwanie i wczesne rozpoznawanie cukrzycy typu 2 u pacjentów zgłaszających się do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce. Wyniki ogólnopolskiego, wielośrodkowego programu przesiewowego. *Diabetol Prakt*, 2005; 6(3): 103-114.

6. International Diabetes Federation: Diabetes Atlas. Third Edition, Brussels, 2006, 1-378.
7. Chrobak M. Ocena jakości życia zależna od stanu zdrowia. *Probl Pielęg*, 2009; 17(2): 123 – 127.
8. Pszczołowski T. Mała encyklopedia proksologii i teorii organizacji. Wrocław; Ossolineum: 1978: 92.
9. Dziurawicz-Kozłowska A. Wokół pojęcia jakości życia. *Psychologia jakości życia*, 2002; 1(2): 77 – 100.
10. Lewko J., Krajewska – Kułak E. Wielowymiarowa ocena jakości życia chorych na cukrzycę. *Pol Merk Lek*, 2010; 28(168): 486 – 489.
11. Tobiasz – Adamczyk B. Wybrane elementy zdrowia i choroby. Kraków; Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego: 2000: 233 – 251.
12. Pietrzykowska E., Zozulińska D., Wierusz – Wysocka B. Jakość życia chorych na cukrzycę. *Pol Merk Lek*, 2007; 23(136): 311 – 314.
13. Czechura J. Terapia ciągłym podskórnym wlewem insuliny z zastosowaniem pomp insulinowych a jakość życia pacjentów. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie*, 2010; 4: 435 – 443.
14. Krans H.M.J., Porta M., Kenn H. Staehr Johanson K. Diabetes care and research in Europe. The St. Vincent Declaration action programme: implementation document (WHO). *Giorn Ital Diabetol*, 1995; 10: 40 – 45.
15. Kovacs M., Goldston D., Obrosky D.S., Bonar L.K. Psychiatric disorder in youths with IDDM: rates and risk factors. *Diabet Care*, 1997; 20(1): 36 – 44.
16. Rubbin R.R., Peyrot M. Quality of life and diabetes. *Diabet Metab Res Rev*, 1999; 15: 205 – 218.
17. Dzieciuchowicz Ł., Pawlus M., Brzeziński J., Cerkaska K. Ocena wybranych elementów jakości życia u chorych leczonych z powodu stopy cukrzycowej. *Now Lek*, 2002; 71(6): 287 – 291.
18. Charońska E., Janus B., Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna. *Pielęgniarstwo* 2000; 99: 19 – 25.
19. Korzon – Burakowska A., Adamska K., Skuratowicz – Kubica A., Jaworska M., Świerblewska E., Kunica K. Wpływ edukacji na parametry wyrównania cukrzycy i jakość życia chorych na cukrzycę typu 2 leczonych insuliną. *Diabetol Prakt* 2010; 11(2): 46 – 51.

Correspondence address

Anna Dąbrowska
Katedra i Klinika Endokrynologii U M w Lublinie
ul. Jaczewskiego 8
20-954 Lublin
tel. (81) 72 44 668