

IZABELA HADUCH-PIETRUSZKA¹, ŻANETA BRUDKOWSKA²⁻⁴, DARIUSZ MOCZULSKI¹

Życie pacjentów z cukrzycą typu 1 w kontekście wsparcia społecznego i psychologicznego – analiza wyników badań własnych

Patients with type 1 diabetes in the context of social and psychological support – analysis of own research results

¹Klinika Chorób Wewnętrznych i Nefrodiabetologii, Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej – Centralny Szpital Weteranów w Łodzi

²Klinika Neurologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

³Zakład Neuropsychiatrii Klinicznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

⁴Zakład Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

KEYWORDS

social support, type 1 diabetes, quality of life

SUMMARY

Introduction. Social and psychological support are important therapeutic factors that should be considered in the treatment of patients with type 1 diabetes. In the age of global computerization, modern communication methods should also be taken into account.

Aim. To assess the need and having social and psychological support in patients with type 1 diabetes.

Material and methods. The study involved 100 patients with type 1 diabetes hospitalized in the Department of Internal Diseases and Nephrodiabetology in Łódź. The personal questionnaire and psychological questionnaires – STAI, GSES and COPE were used for the study.

Results. In the study population, 61% reported the need for psychological support. In addition, 92% of the respondents confirmed having social support. There was also a correlation between the need for psychological support and the intensity of anxiety – the respondents who assessed the intensity of anxiety were more likely to report the need for support. Excessive anxiety and self-efficacy had a direct impact on the quality of life of patients. Respondents who showed greater anxiety and lower subjective self-efficacy were more likely to choose strategies for coping with emotional stressors and emotional stress.

Conclusions. Social and psychological support should be an indispensable component of the therapeutic process of a patient with chronic disease, e.g. type 1 diabetes, and the psychologist should be included in the healing team. Evaluation of quality of life, including anxiety and self-efficacy, should be performed on a regular basis during diabetologist visits, and the results should be taken into account when possible modification of therapy.

WSTĘP

Co roku wzrasta ilość nowych przypadków cukrzycy. Wczesne wykrycie ma na celu nie tylko opóźnienie wystąpienia powikłań przewlekłych, ale również uniknięcie powikłań ostrych. Ciągły postęp medycyny umożliwia lepszą kontrolę oraz wyrównanie metaboliczne cukrzycy. Stałe pomiary glikemii, reżim dietetyczny oraz zmiana stylu życia mają jednak istotny wpływ na jakość życia pacjentów. Od wielu lat w terapii pacjentów z chorobą przewlekłą zwraca się uwagę na istotną rolę ich jakości życia oraz na potrzebę, aby traktować pacjenta jako całość, a nie jedynie jednostkę

chorobową. Na całym świecie powstają programy edukacyjne dla personelu medycznego, mające na celu zwrócenie uwagi na psychospołeczne uwarunkowania choroby przewlekłej (2001 r. DAWN, 2003 r. Narodowy Program Wsparcia Osób z Cukrzycą) (1, 2).

Historia badań nad jakością życia opiera się na licznych skomplikowanych narzędziach badawczych, u których podłoża leżały w większości intuicyjne przeświadczenia, a nie solidne naukowe podstawy. Uważa się, że pojęcia „jakość” użył po raz pierwszy Platon (3). Badania nad satysfakcją z życia zakrojone na szeroką skalę rozpoczęły się w 1971 roku

w Stanach Zjednoczonych. Autorów badania interesowały jednak subiektywne odczucia badanej populacji, a nie obiektywne wyznaczniki jakości życia (4). Początek badań nad jakością życia w medycynie szacuje się na rok 1972 (4).

Obecnie istnieje wiele narzędzi do pomiarów jakości życia w każdej jego dziedzinie. W medycynie dostępne są liczne kwestionariusze psychologiczne standaryzowane dla konkretnego kraju, populacji wiekowej czy jednostki chorobowej.

W piśmiennictwie znaleźć można wiele badań analizujących jakość życia pacjentów z cukrzycą typu 2 oraz dzieci i młodzieży z cukrzycą typu 1. Opieka nad pacjentami pediatrycznymi oraz ich rodzinami – zarówno diabetologiczna, jak i psychologiczna – jest bardzo dobrze rozwinięta. Pacjent, który ukończy 18. r.ż., jest natomiast często pozostawiany sam ze swoją chorobą.

CEL PRACY

Poniższe badanie miało na celu ukazać istnienie potrzeby wsparcia zarówno społecznego, jak i psychologicznego wśród pełnoletnich pacjentów z cukrzycą typu 1 oraz ich subiektywną ocenę jakości życia.

MATERIAŁ I METODY

W badaniu wzięło udział 100 pacjentów z cukrzycą typu 1 hospitalizowanych w Klinice Chorób Wewnętrznych i Nefrodiabetologii USK im. WAM-CSW w Łodzi. Zastosowano dwa kryteria włączenia pacjentów do grupy badanej: zdiagnozowana cukrzyca typu 1 oraz wiek powyżej 18. roku życia.

Badanie przeprowadzono w oparciu o wzajemnie uzupełniające się kwestionariusze psychologiczne, uznane przez towarzystwa psychologiczne, oraz stworzoną własną ankietę osobową. Wykorzystane kwestionariusze psychologiczne to: kwestionariusz samooceny STAI, kwestionariusz COPE (w polskiej adaptacji Juczyńskiego i Ogińskiej-Bulik) oraz skala uogólnionej własnej skuteczności. Występowanie powikłań cukrzycy oceniono na podstawie pytań w ankiecie osobowej, co potwierdzono następnie w dostępnej dokumentacji medycznej.

WYNIKI

W badanej populacji 46% stanowiły kobiety w wieku 19-66 lat, a 54% mężczyźni w wieku 19-69 lat. 87% pacjentów posiadało wykształcenie średnie lub wyższe, a 58% pochodziło z miast liczących powyżej 25 tysięcy mieszkańców. Czas trwania cukrzycy typu 1 wynosił od 2 do 40 lat. U 52% badanych występowały choroby współistniejące – najczęściej nadciśnienie tętnicze i niedoczynność tarczycy. Zdecydowana większość pacjentów stosowała insulinoterapię za pomocą penów (69%), jedynie około 1/3 badanych miało prowadzoną insulinoterapię za pomocą osobistych pomp insulinowych. 18% pacjentów potwierdziło występowanie powikłań przewlekłych (najczęściej angiopatii cukrzycowej).

W badanej populacji 61% pacjentów potwierdziło potrzebę wsparcia psychologicznego. Zdecydowanie

częściej potrzebę taką zgłaszały kobiety (73,91%) niż mężczyźni (50%) ($p = 0,015$).

92% spośród badanych potwierdziło posiadanie wsparcia społecznego – zarówno psychicznego ze strony rodziny, jak i praktycznego w postaci podaży insuliny czy rozpoznawania i odpowiedniego reagowania w stanach hipo- i hiperglikemii. Pomimo tego 21% badanych pacjentów doznało zjawiska stygmatyzacji w swoim dotychczasowym środowisku – częściej problem ten dotyczył mężczyzn niż kobiet. 12% unikało miejsc publicznych z powodu cukrzycy (częściej kobiety niż mężczyźni).

W przeprowadzonych badaniach stwierdzono obecność korelacji pomiędzy nasileniem lęku a posiadaną wiedzą na temat choroby, obecnością powikłań oraz potrzebą wsparcia psychologicznego. Pacjenci oceniający swoją wiedzę jako wystarczającą odczuwali istotnie niższe nasilenie lęku jako stanu emocjonalnego w porównaniu z pacjentami oceniającymi swój poziom wiedzy jako niewystarczający ($p = 0,024$). Ponadto pacjenci, u których stwierdzono obecność powikłań przewlekłych, wykazywali istotnie wyższy poziom odczuwanego lęku zarówno jako stanu emocjonalnego ($p < 0,001$), jak i cechy osobowości ($p = 0,002$). Pacjenci odczuwający lęk o nasileniu wysokim zarówno jako stan emocjonalny ($p = 0,037$), jak i cechę osobowości ($p = 0,016$) wyrażali częściej potrzebę pomocy psychologicznej.

W badaniu poddano analizie zależność pomiędzy subiektywną oceną własnej skuteczności a obecnością powikłań przewlekłych cukrzycy. Pacjenci, u których nie stwierdzono obecności powikłań przewlekłych cukrzycy, wykazywali istotnie wyższy poziom własnej skuteczności, w porównaniu z pacjentami ujawniającymi powikłania (65,85 vs 44,44%) ($p = 0,041$). Poczucie własnej skuteczności w badanej populacji malało również wraz z wiekiem oraz wzrostem nasilenia lęku, zarówno jako stanu emocjonalnego, jak i cechy osobowości ($p < 0,001$).

Na podstawie uzyskanych wyników w przeprowadzonym badaniu stwierdzono istnienie zależności pomiędzy nasileniem lęku jako stanu emocjonalnego oraz cechy osobowości a preferencją określonych strategii radzenia sobie ze stresem. Wraz ze wzrostem poziomu odczuwanego lęku pacjenci częściej deklarowali poczucie bezradności w konfrontacji ze stresującą sytuacją (w tym przypadku z cukrzycą) i częściej wybierali strategie radzenia sobie, takie jak zaprzestanie działań, zaprzeczanie i koncentracja na emocjach i ich wyfadowanie. W konsekwencji pacjenci częściej rezygnowali z podejmowania aktywnych form radzenia sobie, wybierając mechanizm zaprzeczania i strategię o charakterze unikowym. Analizując natomiast zależność pomiędzy subiektywną oceną własnej skuteczności a wyborem strategii radzenia sobie, stwierdzono, że pacjenci prezentujący wyższe poczucie własnej skuteczności częściej wybierają formy aktywne, takie jak: planowanie, unikanie konkurencyjnych działań, pozytywne przewartościowanie i rozwój.

DYSKUSJA

Analizując dostępne piśmiennictwo, uważa się, że pacjenci z cukrzycą mają gorszą jakość życia niż ci niedotknięci żadną chorobą przewlekłą, ale lepszą niż chorzy z innymi schorzeniami przewlekłymi (5). Na subiektywną ocenę jakości życia u pacjentów z cukrzycą wpływa natomiast również rodzaj terapii – chorzy z cukrzycą typu 2 leczeni lekami doustnymi wykazują lepsze zadowolenie z życia niż leczeni insuliną. Pacjenci z cukrzycą typu 1 zawsze wykazują gorsze zadowolenie ze swojego życia (5). Ma to z pewnością związek z rozpoznaniem w okresie wczesnego dzieciństwa, intensywną insulinoterapią, częstą kontrolą glikemii oraz całkowitą zmianą stylu życia (6).

W badanej populacji 61% pacjentów deklaroowało potrzebę wsparcia psychologicznego, a 92% potwierdzało posiadanie wsparcia społecznego. W piśmiennictwie dostępne są badania potwierdzające pozytywny wpływ wsparcia na wyrównanie metaboliczne cukrzycy u dzieci i młodzieży z cukrzycą typu 1 (7). Podkreślana jest rola wsparcia społecznego również w aspekcie stygmatyzacji pacjenta. Wśród badanych 21% doznało odrzucenia ze strony swojego środowiska. Według Rose i wsp., którzy dowiedli, że posiadanie wsparcia przekłada się bezpośrednio na lepszą satysfakcję z życia, zjawisko stygmatyzacji w cukrzycy jest zbyt słabo zbadane (8).

W badanej grupie stwierdzono istotnie wyższe nasilenie lęku u pacjentów, którzy oceniali swój stan wiedzy na temat choroby jako niewystarczający lub posiadali powikłania przewlekłe. Chorzy odczuwający lęk o dużym nasileniu częściej zgłaszali również potrzebę wsparcia psychologicznego. Do podobnych wniosków doszli również inni badacze. Badania Aalto i Uutela wykazały, że im większe przekonanie o osobistej kontroli przebiegu cukrzycy (w tym posiadanej wiedzy) oraz przeświadczenie o dostępności wsparcia społecznego, tym częściej pacjenci postrzegają chorobę jako mniej zagrażającą, a w konsekwencji odczuwają poprawę ogólnej jakości życia (9).

W przeprowadzonych badaniach stwierdzono spadek subiektywnego poczucia własnej skuteczności wraz z wiekiem oraz obecnością powikłań przewlekłych. Niższe poczucie własnej skuteczności wykazywali również pacjenci z dużym nasileniem lęku. Analizując dostępne piśmiennictwo, zwraca uwagę fakt, że wielu autorów potwierdza wpływ dużego subiektywnego poczucia własnej skuteczności w kontroli cukrzycy na lepsze wyrównanie metaboliczne oraz lepszą jakość życia (10).

Na podstawie uzyskanych wyników stwierdzono, że im większe nasilenie lęku oraz niższe subiektywne poczucie własnej skuteczności, tym częściej pacjenci wybierali strategię radzenia sobie o charakterze unikowym oraz częściej koncentrowali się na własnych emocjach. Do podobnych wniosków doszli również inni badacze tego problemu. W piśmiennictwie dostępne są wyniki badań wskazujące, że osoby z niższym poczuciem własnej skuteczności częściej wybierają strategię o charakterze unikowym i skoncentrowanym na emocjach, co skutkuje gorszym wyrównaniem metabolicznym cukrzycy i gorszą jakością życia. Natomiast pacjenci z dużym poczuciem kontroli własnej choroby wybierają aktywne strategię radzenia sobie ze stresem, co wiąże się z lepszą kontrolą glikemii i lepszą jakością życia (11, 12).

WNIOSKI

Analizując wyniki przeprowadzonego badania oraz dostępne piśmiennictwo, stwierdzono, że pacjenci z cukrzycą typu 1 oczekują i potrzebują wsparcia zarówno społecznego, jak i psychologicznego. Jego obecność wpływa bezpośrednio na poprawę kontroli glikemii oraz jakości życia. Pacjenci i ich rodziny powinni pozostawać pod stałą opieką psychologa, a subiektywna ocena jakości życia powinna być składową każdej wizyty kontrolnej u diabetologa. Należy jednak również pamiętać, aby nie traktować pacjenta protekcyjnie i uwzględniać jego potrzeby również w zakresie nasilenia wsparcia. Zaniechanie takiej postawy może prowadzić u pacjentów do poczucia braku zaufania i szacunku.

KONFLIKT INTERESÓW CONFLICT OF INTEREST

Brak konfliktu interesów
None

PIŚMIENNICTWO

1. Skovlund SE, Peyrot M: The Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs Program: A new Approach to Improving Outcomes of Diabetes Care. *Diabetes Spectr* 2005; 18(3): 136-142.
2. Dudzińska M, Tarach J, Nowakowski A: Pomiar jakości życia zależnej od zdrowia w cukrzycy. *Diabetol Prakt* 2011; 12(2): 56-64.
3. Brzeziński J: Metodologiczny i etyczny kontekst badań nad jakością życia. [W:] Bańska A, Derbis R (red.): *Psychologiczne i pedagogiczne wymiary jakości życia*. UAM i WSP, Poznań-Częstochowa 1994: 13-18.
4. Kowalik S, Ratajska A, Szmaus A: W poszukiwaniu nowego wymiaru jakości życia związanego ze stanem zdrowia. [W:] Wołowicka L (red.): *Jakość życia w naukach medycznych*. Akademia Medyczna im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu 2001: 13-16.
5. Rubin R, Peyrot M: Quality of Life and Diabetes. *Diabetes Metab Res Rev* 1999; 15: 205-218.
6. Peasgood T, Brennan A, Mansell P et al.: The Impact of Diabetes-Related Complications on Preference-Based Measures of Health-Related Quality of Life in Adults with Type I Diabetes. *Med Decis Making* 2016; 36: 1020-1033.

ADRES DO KORESPONDENCJI

Izabela Haduch-Pietruszka
Klinika Chorób Wewnętrznych
i Nefrodiabetologii
Uniwersytecki Szpital Kliniczny
im. Wojskowej Akademii Medycznej
– Centralny Szpital Weteranów w Łodzi
ul. Pienista 41A/2, 94-109 Łódź
tel. +48 693-486-458
izabela_haduch@op.pl

nadesłano: 20.07.2017

zaakceptowano do druku: 16.08.2017

7. Kazemi S, Parvizy S, Atlasi R, Baradaran HR: Evaluating the effectiveness of peer-based intervention in managing type 1 diabetes mellitus among children and adolescents: A systematic review. *Med J Islam Repub Iran* 2016; 30: 442.
8. Rose M, Burkert U, Scholler G et al.: Determinants of quality of life of patients with diabetes under intensified insulin therapy. *Diabetes Care* 1998; 21: 1876-1883.
9. Aalto AM, Uutela A: Glycemic control, self-care behaviors and psychosocial factors among insulin treated diabetics: a test of an extended health belief model. *Int J Behav Med* 1997; 3: 191-214.
10. Andruszkiewicz A, Kubica A, Nowik M et al.: Poczucie koherencji i poczucie własnej skuteczności jako wyznaczniki akceptacji choroby w grupie pacjentów przewlekłe chorych. *Probl Pielęg* 2014; 22(2): 239-245.
11. Macrodimitris SD, Endler NS: Coping, control and adjustment in type 2 diabetes. *Health Psychol* 2001; 3: 208-216.
12. Kokoszka A, Sieradzki J: Styl radzenia sobie z chorobą a wybór wstrzykiwacza insuliny u chorych na cukrzycę typu 2 rozpoczynających insulinoterapię. *Diabetol Prakt* 2004; 5: 67-74.