

KATARZYNA KOCKA¹, AGNIESZKA BARTOSZEK¹, BARBARA ŚLUSARSKA¹, IRENA CURYŁA²

Sposób leczenia, czas trwania choroby oraz powikłania cukrzycy typu 2 a jakość życia osób chorych

The treatment, duration and complications of diabetes type 2 and the quality of life of the patients

¹Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

²Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu, kierunku Pielęgniarstwo, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

KEYWORDS

type 2 diabetes, quality of life, treatment method, complications

SUMMARY

Introduction. The St. Vincent declaration indicates the necessity of conducting studies on the quality of life of diabetic patients, which is a permanent element of diabetes care determining modifications of the treatment and education methods.

Aim. The objective of the study is to present the correlation between the treatment method, the duration of the disease and complications of type 2 diabetes and the quality of life of the patients.

Material and methods. The inclusion criteria for the surveyed group were the following: diagnosed type 2 diabetes, age over 18 years, and consent for participation in the study. 103 patients were covered by the study.

The diagnostic survey method was used to collect the research material, with the following research tools: a self-designed questionnaire and the standardised WHOQOL-BREF questionnaire. The results were subjected to statistical analysis.

Results. Having analysed the duration of the disease, it was possible to conclude that the majority of the patients suffered from type 2 diabetes for 1 to 5 years (54.4%); in half of the patients (48.5%) nutrition and physical activity were modified, 37.9% received oral anti-diabetic medications, 33.0% underwent a combination therapy, and in 12.6% of the patients insulin therapy was applied. Complications of type 2 diabetes were diagnosed in over 80% of the surveyed.

Half of the respondents (50.5%) assessed their quality of life as good, with the most favourable evaluations in the area of social relations ($M = 14.59$) and in the psychological sphere ($M = 13.76$).

Conclusions. More positive assessments of a general quality of life, satisfaction with one's health condition and higher quality of life results in all domains were obtained by patients with type 2 diabetes who did not use insulin therapy and who did not experience complications.

WSTĘP

Jakość życia (ang. *quality of life* – QOL) jest definiowana jako obraz swoistego położenia życiowego jednostki w danym okresie – ocena danego fragmentu życia, która zachodzi pomiędzy człowiekiem a środowiskiem zewnętrznym i wewnętrznym (1). Terminem przyjętym w naukach medycznych jest jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia (ang. *health-related quality of life* – HRQOL). Zakłada ona, że podstawowym warunkiem optymalnej jakości życia jest zdrowie (2, 3). Tylko człowiek, który choruje, może określić i porównać swoją

sytuację ze stanem, który pragnąłby osiągnąć. W tym celu do określenia jakości życia powinno się stosować analizę obiektywnej oceny stanu zdrowia i oceny subiektywnej pacjenta, na którą składają się komponenty fizyczne, psychiczne i społeczne. Wyniki takich badań pozwalają określić obszary funkcjonowania człowieka sprawiające najwięcej problemów, w powiązaniu z zaburzeniami stanu zdrowia (4). Dlatego też jakość życia w medycynie szczególnie w odniesieniu do chorób przewlekłych jest spójna z holistycznym podejściem do zdrowia obejmującym wszystkie wymiary ludzkiego życia (5-7).

Zmiany zachodzące i obserwowane we współczesnym społeczeństwie, do których możemy zaliczyć: wydłużanie czasu życia, starzenie populacji oraz rozpowszechnienie zjawiska hipokinezy, przyczyniają się do wzrostu zachorowań na choroby przewlekłe, w tym cukrzycy.

Według definicji Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego (PTD) cukrzyca „jest przewlekłą chorobą metaboliczną, charakteryzującą się wysokim poziomem glukozy we krwi wynikającym z defektu wydzielania i/lub działania insuliny” (8). W patogenezie cukrzycy typu 2 obserwuje się dwa współistniejące, podstawowe defekty patofizjologiczne – upośledzenie wydzielania insuliny oraz spadek wrażliwości na ten hormon tkanek obwodowych (9). Rozwój oporności na insulinę warunkuje szereg czynników o charakterze zarówno genetycznym, jak i środowiskowym (10). Jak podaje WHO, choroby przewlekłe, w tym cukrzyca typu 2, powodują ogólny spadek sprawności organizmu, a nieleczone mogą znacznie pogorszyć jakość życia oraz prowadzić do groźnych powikłań, a nawet zgonu (11).

W związku z powyższym, zgodnie ze wskazaniami zawartymi w literaturze przedmiotu oraz Deklaracją z St. Vincent istnieje konieczność realizacji badań dotyczących jakości życia osób chorych na cukrzycę, ponieważ jest to stały element opieki diabetologicznej warunkujący modyfikację leczenia oraz metod edukacji (12). Ponadto badanie subiektywnej oceny stanu zdrowia osób przewlekłe chorych stanowi istotny czynnik poznawczy i praktyczny, który przyczynia się do podniesienia jakości opieki sprawowanej nad pacjentem (13, 14).

CEL PRACY

Celem pracy jest ukazanie związku pomiędzy sposobem leczenia, czasem trwania choroby oraz powikłaniami cukrzycy typu 2 a jakością życia osób chorych.

MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadzono w okresie od stycznia do kwietnia 2016 roku, w czterech placówkach medycznych:

- Klinice Endokrynologii Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 4 w Lublinie,
- Przyklinicznej Przychodni Specjalistycznej przy Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 4 w Lublinie,
- Polskim Stowarzyszeniu Diabetyków Koło w Opolu Lubelskim,
- 1 Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką SPZOZ w Lublinie.

Uzyskano zgodę dyrekcji placówek oraz Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

Badaniem objęto 103 pacjentów. Respondenci zostali poinformowani o celu badania, jego przebiegu i zachowaniu anonimowości.

Kryterium włączenia do grupy badanej stanowiły: zdiagnozowana cukrzyca typu 2, wiek osoby powyżej 18 lat oraz zgoda na udział w badaniu.

W celu zgromadzenia materiału badawczego posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, przy użyciu następujących narzędzi badawczych:

- kwestionariusza ankiety własnego autorstwa składającego się z 13 pytań dotyczących czynników socjodemograficznych grupy badanej i klinicznych charakteryzujących przebieg cukrzycy typu 2,
- standaryzowanego kwestionariusza ankiety (WHO-QOL-BREF) składającego się z 26 stwierdzeń, które dotyczą ogólnej percepcji jakości życia i zdrowia respondentów oraz poszczególnych sfer ludzkiego funkcjonowania, m.in. fizycznej, psychologicznej, socjalnej oraz środowiskowej (15).

Wyniki badań poddano analizie statystycznej. Weryfikacji różnic między zmiennymi ilościowymi dokonano przy użyciu testów nieparametrycznych (oceny normalności rozkładów dokonano na podstawie testu Shapiro-Wilka). Grupy niezależne porównano za pomocą testu U Manna-Whitneya. Do porównania więcej niż dwóch grup użyto testu H Kruskala-Wallisa. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$. Obliczeń dokonano za pomocą programu IBM SPSS Statistics 21.

WYNIKI BADAŃ

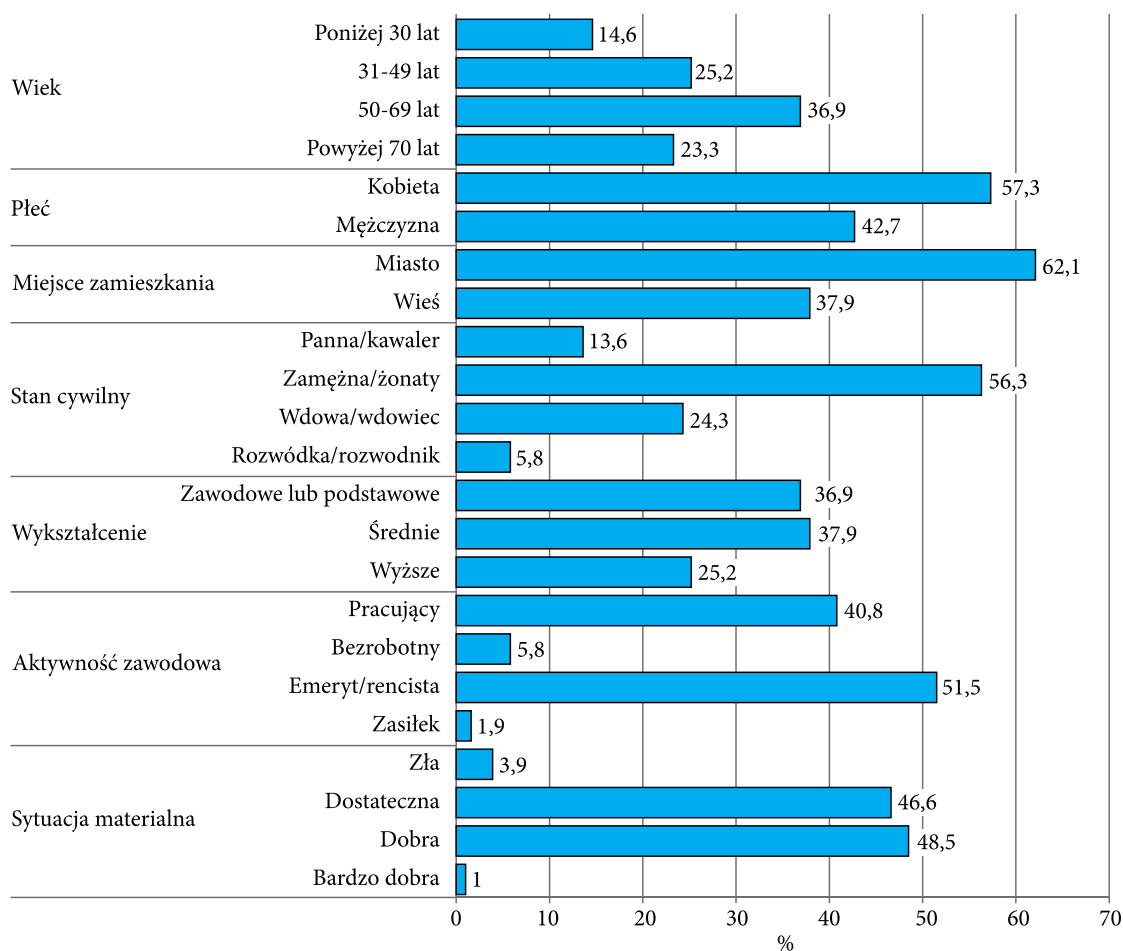
Charakterystyka grupy badanej

Grupa badana była zróżnicowana pod względem cech socjodemograficznych, tj. płeć, wiek, miejsce zamieszkania, aktywność zawodowa. Kobiety stanowiły 57,3% badanej populacji, zaś mężczyźni 42,7%. Najliczniejszą grupę (36,9%) stanowili respondenci w wieku od 50 do 69 lat. Większość osób to mieszkańcy miast – 62,1%, pozostali badani mieszkali na wsi – 37,9%. Ponad połowa ankietowanych (56,3%) była w związku małżeńskim, kolejnych 24,3% to osoby owdowiałe. Wśród badanych było 37,9% osób z wykształceniem średnim, 36,9% posiadało wykształcenie zawodowe lub podstawowe, zaś pozostałych 25,2% osób legitymowało się wykształceniem wyższym. Najliczniejszą grupę stanowili emeryci i renciści – 51,5%, nieco mniej było osób aktywnych zawodowo – 40,8%, zaś bezrobotnych – 5,8% badanych. Swoją sytuację materialną jako dobrą ocenili 48,5% ankietowanych, jako dostateczną niewiele mniej – 46,6%, pozostali respondenci ocenili ją jako złą (3,9%) lub bardzo dobrą (1,0%). Szczegółowe informacje dotyczące charakterystyki grupy badanej prezentuje rycina 1.

Charakterystyka chorobowa pacjentów z cukrzycą

Analizując czas trwania choroby, można stwierdzić, że najczęściej badanych chorowało na cukrzycę typu 2 od 1 roku do 5 lat – 54,4%, dla 29,1% czas trwania choroby wynosił 6-10 lat, zaś u 16,5% respondentów cukrzyca trwała powyżej 10 lat. Większość respondentów (69,9%) deklarowała, że w ich rodzinie występują przypadki cukrzycy typu 2, zaś pozostałych 30,1% ankietowanych odpowiedziało przeciwnie.

W badanej grupie u prawie połowy badanych (48,5%) stosowana była modyfikacja trybu życia w zakresie żywienia i aktywności fizycznej, u 37,9% chorych stosowano leczenie



Ryc. 1. Charakterystyka badanej grupy

doustnymi lekami przeciwcukrzycowymi, zaś u 33,0% prowadzona była terapia skojarzona; natomiast u 12,6% osób stosowano leczenie insuliną.

Powikłania cukrzycy typu 2 zdiagnozowano u ponad 80% badanych (tab. 1). Najczęstszym powikłaniem występującym u ponad połowy badanych osób (56,3%) była retinopatia, u kolejnych 42,7% ankietowanych zdiagnozowano chorobę niedokrwinną serca, stan hiperglikemii i hipoglikemii odpowiednio u 37,9% i 36,9% badanych.

Ocena jakości życia chorych na cukrzycę typu 2 według skali WHOQOL-BREF

Ocena jakości życia chorych na cukrzycę typu 2 dokonana skalą WHOQOL-BREF przedstawiała się następująco: połowa badanych (50,5%) oceniła ją jako dobrą, nieco mniej respondentów (42,7%) wskazało na ocenę „ani dobrze, ani źle”, zaś jako złą przedstawiło 5,8% ankietowanych. Ogólną jakość życia respondenci najwyżej oceniali w sferze relacji społecznych ($M = 14,59$) oraz w domenie psychologicznej ($M = 13,76$), natomiast najniższe wyniki przypisano dziedzinie funkcjonowania fizycznego ($M = 12,29$).

Pacjenci chorzy na cukrzycę typu 2 dokonali oceny jakości życia ze względu na zalecony sposób leczenia. W analizie

Tab. 1. Powikłania cukrzycy typu 2*

Powikłania	Tak		Nie	
	n	%	n	%
Retinopatia	58	56,3	45	43,7
Nefropatia	6	5,8	97	94,2
Neuropatia	29	28,2	74	71,8
Hipoglikemia	38	36,9	65	63,1
Hiperglikemia	39	37,9	64	62,1
Choroba niedokrwinną serca	44	42,7	59	57,3
Zespół stopy cukrzycowej	12	11,7	91	88,3

*wartości nie sumują się do 100%, ponieważ badani mogli wskazać na więcej niż jedną odpowiedź

uwzględniono leczenie: dietą i aktywnością fizyczną, doustnymi lekami p/cukrzycowymi, insulinoterapię oraz leczenie skojarzone (tab. 2).

Tab. 2. Jakość życia chorych a stosowany sposób leczenia

Domeny/sposób leczenia	Dieta i aktywność fizyczna				Leki przeciwcukrzycowe				Insulinoterapia				Leczenie skojarzone				
	n	średnia	wynik testu	istotność	n	średnia	wynik testu	istotność	n	średnia	wynik testu	istotność	n	średnia	wynik testu	istotność	
Ogólna percepcja jakości życia	tak	50	3,58	-1,960	0,050	3	3,30	-2,061	< 0,05*	13	3,07	-2,358	< 0,05*	34	3,41	-1,000	0,317
	nie	53	3,35			9	3,56			90	3,52			69	3,49		
Zadowolenie ze zdrowia	tak	50	3,22	-0,844	0,399	3	3,02	-1,607	0,108	13	2,61	-2,830	< 0,01**	34	3,02	-1,351	0,177
	nie	53	3,11			9	3,25			90	3,24			69	3,23		
Domena fizyczna	tak	50	12,88	-2,943	< 0,05*	3	12,02	1,397	0,163	13	10,75	2,868	< 0,01**	34	11,84	1,821	0,069
	nie	53	11,75			9	12,46			90	12,52			69	12,52		
Domena psychologiczna	tak	50	14,22	-1,979	< 0,05*	3	13,16	2,535	< 0,05*	13	12,00	3,258	< 0,001***	34	13,33	1,281	0,200
	nie	53	13,32			9	14,12			90	14,01			69	13,97		
Domena relacji społecznych	tak	50	15,52	-4,236	< 0,001***	3	14,66	-0,348	0,728	13	13,43	2,180	< 0,05*	34	13,76	-2,885	< 0,01**
	nie	53	13,71			9	14,54			90	14,75			69	14,99		
Domena środowiska funkcji	tak	50	13,98	-3,587	< 0,001***	3	12,92	-2,000	0,046*	13	12,07	2,587	< 0,05*	34	13,02	-1,478	0,139
	nie	53	12,66			9	13,53			90	13,48			69	13,44		

Poziomy istotności: *p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

Osoby nieleczone insuliną uzyskały istotnie statystycznie wyższe wartości w zakresie ogólnej percepcji jakości życia ($p < 0,05$; $Z = -2,35$), a także wskazywały na lepsze zadowolenie z własnego zdrowia ($p < 0,01$; $Z = -2,83$). Ponadto chorzy, u których nie stosowano insulinoterapii, wskazywali na wyższą jakość życia we wszystkich analizowanych obszarach. Najwyższą zależność statystyczną stwierdzono w domenie psychologicznej ($p < 0,001$; $Z = -3,25$) i fizycznej ($p < 0,01$; $Z = -2,86$), nieco niższą w dziedzinie relacji społecznych ($p < 0,05$; $Z = -2,18$) oraz funkcjonowania środowiskowego ($p < 0,05$; $Z = -2,58$).

Ankietowani, którzy nie stosowali leków p/cukrzycowych, uzyskali wyższe wartości ogólnej jakości życia ($p < 0,05$; $Z = -2,06$) oraz w domenach: psychologicznej ($p < 0,05$; $Z = -2,53$) i środowiska funkcjonowania ($p < 0,05$; $Z = -2,00$).

Osoby, które w stosowanym leczeniu cukrzycy typu 2 przestrzegają diety i realizują zalecenia terapeutycznej aktywności fizycznej, uzyskały na dużym poziomie znacimności statystycznej najwyższe wartości jakości życia w domenie relacji społecznych ($p < 0,001$; $Z = -4,23$) oraz środowiska funkcjonowania ($p < 0,001$; $Z = -3,587$). Niższą, ale istotną statystycznie zależność stwierdzono także w zakresie sposobu

leczenia a jakością życia w domenie fizycznej ($p < 0,05$; $Z = -2,943$) i psychologicznej ($p < 0,05$; $Z = -1,97$).

Badani, u których nie stosowano terapii skojarzonej, uzyskali istotnie statystycznie wyższe wartości jakości życia w domenie relacji społecznych ($p < 0,01$; $Z = -2,88$).

Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała także zależność między czasem trwania choroby osób z cukrzycą a zadowoleniem ze swojego zdrowia. Im dłuższy czas trwania choroby, tym niższa ocena zadowolenia z jakości swojego zdrowia ($p < 0,05$; $H = 6,88$). W przypadku analizy czterech domen jakości życia zaobserwowano istotny związek czasu trwania choroby z jakością życia w domenie relacji społecznych ($p < 0,05$; $H = 8,98$) i domenie środowiskowej ($p < 0,05$; $H = 7,07$). Badani, którzy dłużej chorowali, otrzymali znacząco niższe wyniki w porównaniu z osobami chorującymi krócej. Dane przedstawiono w tabeli 3.

W analizie badawczej dokonano także oceny zależności między obecnością powikłań cukrzycy a postrzeganiem jakości życia badanych we wszystkich jej obszarach. W zakresie ogólnej percepcji jakości życia istotnie statystycznie wyższe wyniki uzyskali respondenci, u których nie występują powikłania cukrzycy typu 2 ($p < 0,01$; $Z = -2,86$). Wyższą istotną statystycznie zależność uzyskano w grupie osób bez powikłań

Tab. 3. Czas trwania choroby a jakość życia ankietowanych

Domena	Czas trwania choroby	N	Średnia (M)	Odchylenie standardowe	Test H Kruskala-Wallisa	Istotność
Ogólna percepcja jakości życia	1-5 lat	56	3,5179	0,60275	4,551	0,103
	6-10 lat	30	3,5667	0,50401		
	powyżej 15 lat	17	3,1176	0,78121		
Zadowolenie ze zdrowia	1-5 lat	56	3,2679	0,67396	6,884	0,032*
	6-10 lat	30	3,2333	0,72793		
	powyżej 15 lat	17	2,7059	0,84887		
Domena fizyczna	1-5 lat	56	12,5000	2,26762	2,430	0,297
	6-10 lat	30	12,3810	1,75218		
	powyżej 15 lat	17	11,4958	2,51430		
Domena psychologiczna	1-5 lat	56	14,0357	2,02378	4,493	0,106
	6-10 lat	30	14,0000	1,77682		
	powyżej 15 lat	17	12,4314	2,95279		
Domena relacje społeczne	1-5 lat	56	15,1905	1,64145	8,985	0,011*
	6-10 lat	30	14,2222	2,11061		
	powyżej 15 lat	17	13,2549	2,72725		
Domena środowisko funkcjonowania	1-5 lat	56	13,5268	2,03251	7,068	0,029*
	6-10 lat	30	13,6500	1,35920		
	powyżej 15 lat	17	11,9706	2,43971		

Poziomy istotności: * $p < 0,05$

cukrzycy w następujących zakresach: ocena zadowolenia ze swojego zdrowia ($p < 0,001$; $Z = -3,35$), w domenie fizycznej ($p < 0,001$; $Z = -4,61$), psychologicznej ($p < 0,001$; $Z = -4,47$), środowisko funkcjonowania ($p < 0,001$; $Z = -3,33$) oraz relacji społecznych ($p < 0,05$; $Z = -2,03$) (tab. 4).

DYSKUSJA

Międzynarodowa Federacja Cukrzycy (International Diabetes Federation – IDF) wskazuje, że jednym z podstawowych celów terapii w opiece diabetologicznej jest ocena jakości życia osób chorych. Na wynik postrzegania własnej jakości życia w sytuacji choroby wpływa wiele czynników, zarówno środowiskowych, demograficznych, jak i klinicznych (16).

W niniejszej pracy podjęto próbę oceny zależności pomiędzy wybranymi czynnikami klinicznymi związanymi z przebiegiem cukrzycy typu 2, takimi jak: czas trwania choroby, zastosowany sposób terapii oraz występowanie powikłań a jakością życia osób chorych.

Badania własne wykazały istotną zależność pomiędzy czasem trwania choroby a oceną jakości życia ankietowanych. Respondenci chorujący powyżej 10 lat niżej ocenili jakość swojego życia w domenie środowiskowej i relacji społecznych oraz gorzej postrzegali jakość własnego życia w porównaniu z pacjentami chorującymi krócej. Najprawdopodobniej powyższa zależność jest spowodowana koniecznością dostosowania trybu życia do zaleceń terapeutycznych, które wraz z czasem trwania choroby są bardziej rygorystyczne i często obejmują leczenie wielokierunkowe.

Podobnie Walker stwierdził, iż pacjenci chorujący dłużej niżej oceniają jakość życia szczególnie w sferze fizycznej (17). Powyższą tezę potwierdzają wyniki badań Glińskiej i wsp., które wykazały, że cukrzyca, niezależnie od typu, obciąża głównie dwie sfery życia – fizyczną i psychiczną. Glińska i wsp. zaobserwowali też wpływ czasu trwania choroby na jakość życia, pacjenci chorujący powyżej 10 lat określili swoją jakość życia jako „złą” lub „bardzo złą” (12). Podobne wyniki uzyskano w badaniach przeprowadzonych w Miejskim Szpitalu Zespolonym w Olsztynie. Stwierdzono, że u respondentów, u których czas trwania choroby wynosił do 5 lat, występuje tylko 10% negatywnych ocen jakości życia. Jak zauważyli autorzy badań, wzrost negatywnych ocen był wprost proporcjonalny do czasu trwania cukrzycy typu 2 (18). Zależność tę potwierdza Grzeszczak, wykazując, że satysfakcja z życia pogarsza się w miarę trwania choroby i intensyfikacji leczenia (19).

Sposób leczenia jest niewątpliwie kolejnym czynnikiem wpływającym na jakość życia osób przewlekle chorych. Potwierdzają to wyniki badań własnych. Stwierdzono zależność w postrzeganiu jakości życia pomiędzy grupą osób, u których główną metodą leczenia była dieta i aktywność fizyczna, w porównaniu z badanymi leczonymi doustnymi lekami p/cukrzycowymi lub insuliną. Pacjenci stosujący w terapii dietę i aktywność fizyczną wyżej oceniali jakość życia we wszystkich domenach w porównaniu z pacjentami poddawanymi terapii farmakologicznej. Można przypuszczać, że powyższy fakt jest uwarunkowany zadowoleniem chorych, z możliwości wyrównania poziomu cukru za pomocą modyfikacji diety i aktywności fizycznej bez konieczności stosowania leków.

Tab. 4. Obecność powikłań cukrzycy typu 2 a ocena jakości życia badanych

Domena	Czy występują u Pana/i powikłania cukrzycy typu 2?	N	Średnia (M)	Odchylenie standardowe	Test U Manna-Whitneya	Istotność
Ogólna percepcja jakości życia	tak	84	3,3810	0,61907	-2,864	0,004**
	nie	19	3,8421	0,50146		
Zadowolenie ze zdrowia	tak	84	3,0476	0,70974	-3,354	0,001***
	nie	19	3,6842	0,67104		
Domena fizyczna	tak	84	11,8776	2,08040	-4,616	< 0,001***
	nie	19	14,1654	1,60021		
Domena psychologiczna	tak	84	13,3333	2,12337	-4,475	< 0,001***
	nie	19	15,6491	1,39432		
Domena relacje społeczne	tak	84	14,3968	2,20774	-2,031	0,042*
	nie	19	15,4386	1,28165		
Domena środowisko funkcjonowania	tak	84	13,0119	2,01497	-3,333	0,001***
	nie	19	14,6053	1,41989		

Poziomy istotności: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Wyniki badań niektórych autorów wskazują jednak, że zmiana diety u pacjentów z cukrzycą determinuje ich gorszą jakość życia. Bradley i Speight (20) w swoich badaniach stwierdzili, że stosowanie diety przez pacjentów ma negatywny wpływ na ocenę jakości ich życia. Podobne wyniki uzyskano w badaniach przeprowadzonych przez Kurowską i Szomszor – osoby, które stosowały dietę, w niższym stopniu oceniały jakość swojego życia, a gorsza satysfakcja była związana z koniecznością ciągłego dostosowywania się chorych do zaleceń dietetycznych. Ponadto stwierdzono, że pacjenci stosujący różne formy aktywności fizycznej znacznie wyżej oceniali jakość życia (21).

Wyniki badań własnych pokazują, że respondenci, u których przyjętym sposobem leczenia jest przyjmowanie doustnych leków przeciw cukrzycowym, w niższym stopniu oceniają swoją ogólną jakość życia i jakość życia w domenie środowiskowej i psychologicznej. Natomiast ankietowani leczeni insuliną niżej oceniali swoją jakość życia w każdej z badanych sfer.

Badania własne pokazują też, że pacjenci leczeni metodą skojarzeniową nisko oceniają jakość życia w domenie relacji społecznych.

Pufal i wsp. (18) stwierdzili, że u pacjentów ze zdiagnozowaną cukrzycą typu 2 leczonych insulinoterapią występuje duży wskaźnik bardzo złych i złych ocen jakości życia i wynosi on 67%, co świadczy o niskiej satysfakcji życiowej. Niska ocena najczęściej jest związana z koniecznością prowadzenia zwiększonej samokontroli oraz samodyscypliny, w związku z czym pacjenci odczuwają duży dyskomfort. Jednocześnie badania Pufal i wsp. wykazały, że w najwyższym stopniu jakość życia oceniali chorzy leczeni doustnymi lekami przeciw cukrzycowymi (18). Badania Dąbrowskiej i wsp. (22) również potwierdziły występowanie zależności pomiędzy rodzajem terapii a jakością życia osób chorych na cukrzycę typu 2. Jak zaobserwowali autorzy, stosowanie monoterapii lub leczenia skojarzonego wpływało głównie na samoocenę w zakresie funkcjonowania psychicznego oraz witalność pacjentów i kontakty towarzyskie (22).

Kolejnym czynnikiem związanym z przebiegiem klinicznym cukrzycy typu 2 wpływającym na jakość życia jest występowanie powikłań wynikających z choroby. Wyniki badań własnych potwierdziły, że osoby, u których stwierdzono powikłania cukrzycy, w niższym stopniu oceniały jakość życia we wszystkich badanych domenach.

Badania przeprowadzone wśród pacjentów Przychodni Diabetologicznej w Opolu również wykazały, że obecność powikłań znacznie obniża jakość życia chorych, najwyższe różnice zaobserwowano w ocenie sfery psychologicznej i fizycznej (23). Dzieciuchowicz i wsp. (24) stwierdzili, że przewlekłe powikłania cukrzycy wpływają na codzienne funkcjonowanie chorych i powodują między innymi ograniczenie kontaktów towarzyskich. Natomiast badania przeprowadzone przez Bac wykazały, że 10% pacjentów jest nieświadoma powikłań i konsekwencji wynikających z cukrzycy (25). Dlatego też istotnym elementem wpływającym na poprawę jakości życia osób przewlekłe chorych jest edukacja zdrowotna, która wpływa na wyrównanie metaboliczne i profilaktykę powikłań cukrzycy typu 2 oraz umożliwi pacjentom skuteczne radzenie sobie w chorobie.

WNIOSKI

1. Jakość życia u osób z cukrzycą typu 2 stosujących w terapii zalecaną dietę i aktywność fizyczną jest wyższa w domenie fizycznej, psychologicznej, relacji społecznych i funkcjonowania środowiskowego niż u osób niestosujących tych zaleceń terapeutycznych.
2. Wyższe wartości ogólnej jakości życia, zadowolenie z własnego zdrowia oraz wyższe wskaźniki jakości życia we wszystkich jej domenach uzyskali pacjenci z cukrzycą typu 2 niestosujący terapii insulinowej.
3. Pacjenci chorujący dłużej na cukrzycę typu 2 wskazali na niższą ocenę zadowolenia z własnego zdrowia oraz funkcjonowania w sferze środowiskowej i relacji społecznych.
4. Chorzy z powikłaniami cukrzycy mają niższą ogólną ocenę jakości życia oraz zadowolenia ze zdrowia, niżej oceniają własne funkcjonowanie w czterech badanych domenach.

KONFLIKT INTERESÓW CONFLICT OF INTEREST

Brak konfliktu interesów
None

PIŚMIENNICTWO

1. Wołowicka L: Jakość życia w naukach medycznych. Akademia Medyczna, Poznań 2001.
2. Tobiasz-Adamczyk B: Jakość życia w naukach społecznych i medycynie. Sztuka Leczenia 1996; 2: 33-40.
3. Witaszka G, Stępień R, Wrońska I: Badania jakości życia w naukach medycznych. Piel XXI wieku 2004; 2: 9-13.
4. Muszaliak M, Kędziora-Kornatowska K: Jakość życia przewlekłe chorych pacjentów w starszym wieku. Gerontol Pol 2006; 14(4): 185-189.
5. Ostrzyżek A, Marcinkowski JT: Jakość życia jako pozytywny wskaźnik zdrowia. Hygeia Public Health 2012; 47(4): 408-411.
6. Ostrzyżek A, Marcinkowski JT: Wymiary jakości życia w podeszłym wieku. Prob Hig Epidemiol 2009; 90(4): 465-469.
7. Trojanowska A: Znaczenie badań nad jakością życia w medycynie. Zdr Publ 2011; 121(1): 99-103.

ADRES DO KORESPONDENCJI

Katarzyna Kocka
Zakład Medycyny Rodzinnej
i Pielęgniarstwa Środowiskowego
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny w Lublinie
ul. Staszica 4/6, 20-081 Lublin
tel. +48 692-977-547
katarzyna48@op.pl

8. Polskie Towarzystwo Diabetologiczne: Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2016. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. *Diabetologia Kliniczna* 2016, tom 5, suplement A.
9. LeRoith D: Beta-cell dysfunction and insulin resistance in type 2 diabetes: role of metabolic and genetic abnormalities. *Am J Med* 2002; 113 (suppl. 6A): 3S-11S.
10. Małecki MT: Otyłość – insulinooporność – cukrzyca typu 2. *Kardiologia Polska* 2006; 64: 10 (supl. 6): 561-566.
11. Cukrzyca w Polsce – pierwsze kompletne i wiarygodne opracowanie. Komitet Zdrowia Publicznego PAN 2016.
12. Glińska J, Skupińska A, Lewandowska M et al.: Czynniki demograficzne a ogólna jakość życia chorych z cukrzycą typu 1 i 2. *Probl Pielęg* 2012; 20(3): 279-288.
13. Jaeschke R, Guyatt G, Cook D, Miller J: Określenie i mierzenie jakości życia związanej ze zdrowiem. *Med Prakt* 1999; 4: 155-162.
14. Sierakowska M, Krajewska Kułak E: Jakość życia w chorobach przewlekłych – nowe spojrzenie na pacjenta i problemy zdrowotne w aspekcie subiektywnej oceny. *Piel XXI wieku* 2004; 2: 23-27.
15. Wołowicka L, Jaracz K: Polska wersja WHOQOL 100 i WHOQOL Bref. [W:] Wołowicka L (red.): *Jakość życia w naukach medycznych*. Akademia Medyczna, Poznań 2001.
16. Krupa A, Wleklik M, Zborowska A, Uchmanowicz I: Wpływ czynników socjodemograficznych i klinicznych na jakość życia pacjentów z cukrzycą typu 2. *Med Health Sci Rev* 2015; 4: 3-11.
17. Walker AE: Multiple chronic diseases and quality of life: patterns emerging from a large national sample, Australia. *Chronic Illness* 2007; 3(3): 202-218.
18. Pufal J, Gierach M, Pufal M et al.: Wpływ czynników społeczno-demograficznych i klinicznych na jakość życia chorych na cukrzycę typu 2. *Diabetol Dośw Klin* 2004; 4: 137-143.
19. Grzeszczak W: Wpływ wyrównania glikemii na jakość życia u chorych na cukrzycę typu 1 oraz typu 2. *Wiad Lek* 2001; 11-12: 675-679.
20. Bradley C, Speight J: Patient perceptions of diabetes and diabetes therapy: assessing quality of life. *Diabetes Metab Res Rev* 2002; 18: S64-S69.
21. Kurowska K, Szomszor M: Wpływ zachowań zdrowotnych na jakość życia u osób z rozpoznaniem cukrzycy typu 2. *Diabetol Prakt* 2011; 4: 142-150.
22. Dąbrowska A, Jurkowska B, Nowicki G et al.: Ocena wybranych elementów psychicznej jakości życia pacjentów leczonych z powodu cukrzycy typu 2. *Curr Prob Psychiatry* 2012; 2: 128-133.
23. Kurpas D, Czech T, Mroczek B: Jakość życia pacjentów z cukrzycą – jakie znaczenie mają powikłania? *Fam Med Prim Care Rev* 2012; 14(2): 177-181.
24. 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.
25. Bac E: Jakość życia chorych na cukrzycę typu 2. *Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy* 2008: 79-89.

nadesłano: 07.02.2017

zaakceptowano do druku: 28.02.2017