

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Jakość życia pacjentów z cukrzycą – jakie znaczenie mają powikłania?

Quality of life in patients with diabetes – what do complications mean?

DONATA KURPAS^{1, 2, A, C-G}, TERESA CZECH^{3, B-F}, BOŻENA MROCZEK^{4, C-F}

¹ Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. med. Andrzej Steciwko

² Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu
Rektor: dr hab. n. med. Roman Kurzbauer

³ Instytut Pielęgniarstwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu
Dyrektor: dr n. med. Lucyna Sochocka

⁴ Zakład Zdrowia Publicznego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie
Kierownik: dr hab. n. med. Beata Karakiewicz, prof. nadzw. PUM

A – przygotowanie projektu badania, **B** – zbieranie danych, **C** – analiza statystyczna, **D** – interpretacja danych, **E** – przygotowanie maszynopisu, **F** – opracowanie piśmiennictwa, **G** – pozyskanie funduszy

Streszczenie **Wstęp.** Celem badań była ocena jakości życia u chorych na cukrzycę oraz określenie, w jakim stopniu powikłania wpływają na funkcjonowanie pacjenta w głównych dziedzinach życia.

Materiał i metody. W badaniach przeprowadzonych na 98 pacjentach Przychodni Diabetologicznej Wojewódzkiego Centrum Medycznego oraz Wojewódzkiego Szpitala Medycznego w Opolu wykorzystano kwestionariusz WHOQoL-Bref oraz pytania własne.

Wyniki. Subiektywna ocena jakości życia wykazana za pomocą WHOQoL-Bref nie pokrywa się z oceną stanu zdrowia. U wszystkich ankietowanych największe zadowolenie z życia zaobserwowano w dziedzinie społecznej, następnie fizycznej, środowiskowej, natomiast najmniejsze w psychologicznej. Chorzy bez powikłań najwyższą ocenę przyznali dziedzinie społecznej, następnie fizycznej, psychologicznej i środowiskowej. Wyższy stopień jakości w każdej dziedzinie życia stwierdzono w grupie badanych bez powikłań cukrzycy. Największe różnice określono w dziedzinie fizycznej i psychologicznej.

Wnioski. Ocena własnego zdrowia nie jest jedynym czynnikiem wpływającym na ogólną jakość życia chorych. Przebieg choroby i obecność powikłań określa stopień jakości życia w każdej dziedzinie życia – zwłaszcza fizycznej i psychologicznej.

Słowa kluczowe: jakość życia, cukrzyca, powikłania.

Summary **Background.** The aim of studies was quality of life assessment in patients with diabetes and determining how complications influence functioning of patients in main areas of life.

Material and methods. A WHOQoL-Bref questionnaire form and own questions were used in studies amongst 98 patients of Diabetes Clinics of the Regional Medical Centre and Regional Hospital in Opole.

Results. The subjective assessment of the quality of life demonstrated using WHOQoL-Bref is different from the assessment of the state of health. Amongst polled the highest life satisfaction was observed in social field, next physical, environmental, however, the smallest in psychological field. Patients without complications assess social field highly, next physical, psychological and environmental field. The higher level of the quality in every field of living was stated in the examined group without complications of diabetes. The biggest differences were determined in physical and psychological field.

Conclusions. The assessment of own health is not the only factor influencing the general quality of life. The course of illness and the presence of complications determine the level of quality of life in every field of living – especially physical and psychological ones.

Key words: quality of life, diabetes, complications.

Wstęp

Według prognoz WHO w 2025 r. na cukrzycę chorować będzie 8 miliardów ludzi na świecie [1].

Wystąpienie cukrzycy z powikłaniami, ale także w przypadku ich braku, istotnie wpływa na jakość życia pacjenta. Uwzględnienie w badaniach wpływu stanu zdrowia na odczuwaną przez pacjenta

satysfakcję z funkcjonowania w życiu codziennym zaowocowało wprowadzeniem do literatury przez H. Schipperera pojęcia *jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia* (*Health Related Quality of Life* – HRQoL). W tabeli 1 zamieszczono model jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia według Schipperera [2, 3].

Cel pracy

Celem badań była ocena jakości życia chorych na cukrzycę oraz wpływu powikłań na funkcjonowanie pacjenta w głównych dziedzinach życia (fizycznej, psychicznej, społecznej i środowiskowej) (tab. 2).

Materiał i metody

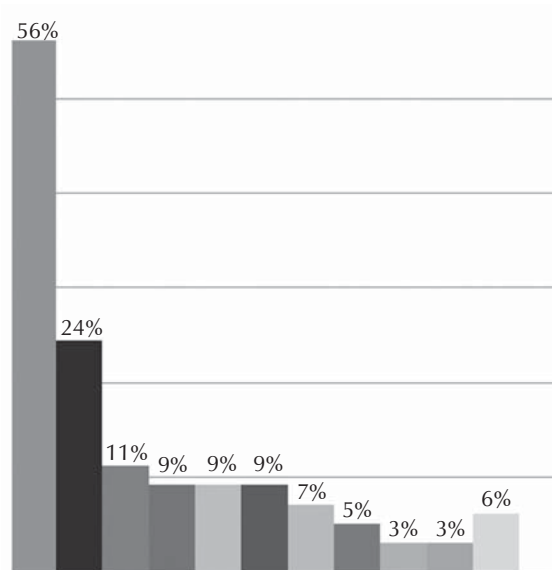
Do badań wykorzystano kwestionariusz WHO-QoL-Bref oraz pytania własne dotyczące typu cukrzycy, okresu jej trwania oraz zastosowanego leczenia farmakologicznego. Dodatkowo oceniano wiedzę pacjenta, jego aktywność fizyczną oraz występowanie chorób współistniejących i powikłań cukrzycy. Kwestionariusz ogólny WHOQoL-Bref jest wersją skróconą WHOQoL-100 stworzoną przez Grupę WHO do Badań Jakości Życia. WHO-QoL-Bref składa się z 26 pytań opierających się na 5-punktowej skali Likerta [2, 4]. W tabeli 2 przedstawiono dziedziny i ich podskale, na których opiera się kwestionariusz.

Tabela 1. H. Schipper: Model jakości życia zależnej od stanu zdrowia (opracowanie własne na podstawie [2])

Sfera życiowa pacjenta	Kryteria podlegające ocenie
Fizyczna	<ul style="list-style-type: none"> – podstawowe potrzeby fizjologiczne, – zdolność do samoobsługi, – możliwość poruszania się, – aktywność fizyczna, – pełnienie ról społecznych (w rodzinie, pracy)
Psychiczna	<ul style="list-style-type: none"> – stopień przystosowania do choroby, – odczuwanie negatywnych i pozytywnych uczuć, – obecność zaburzeń psychicznych
Spółeczna	<ul style="list-style-type: none"> – kontakty interpersonalne (rodzaj i jakość), – aktywność społeczna, – otrzymywanie wsparcia z najbliższego otoczenia
Somatyczna	<ul style="list-style-type: none"> – obecność objawów chorobowych (rodzaj, nasilenie i częstota), – ich możliwe działanie na zmianę dotychczasowej jakości życia

Tabela 2. Dziedziny i ich podskale zawarte w skali WHOQoL-Bref

Dziedzina	Fizyczna	Psychologiczna	Relacje społeczne	Środowiskowa
Podskale danej dziedziny	czynności życia codziennego	wygląd zewnętrzny	związki osobiste	zasoby finansowe
	zależność od leków i leczenia	negatywne uczucia		wolność/bezpieczeństwo fizyczne i psychiczne
	energia i zmęczenie	pozytywne uczucia	wsparcie społeczne	zdrowie i opieka zdrowotna: dostępność i jakość
	mobilność	samoocena		środowisko domowe
	ból i dyskomfort	duchowość/ /religia/osobista wiara	aktywność seksualna	możliwości zdobywania nowych informacji i umiejętności
	wypoczynek i sen	myślenie/ /uczenie się/pamięć/ /koncentracja		możliwości i uczestnictwo w rekreacji i wypoczynku
zdolność do pracy			środowisko fizyczne (zanieczyszczenie, hałas, ruch uliczny, klimat) oraz transport	



- Choroby układu krążenia
- Choroby reumatyczne
- Choroby tarczycy
- Choroby oczu
- Choroby układu moczowego
- Choroby układu nerwowego
- Choroby układu rozrodczego
- Choroba nowotworowa
- Amputacje
- Choroby układu oddechowego
- Inne (niedosluch, łuszczyca, choroba wrzodowa żołądka)

Rycina 1. Choroby współistniejące u pacjentów

Badanie przeprowadzono wśród pacjentów Przychodni Diabetologicznej należącej do Wojewódzkiego Centrum Medycznego oraz do Wojewódzkiego Szpitala Medycznego w Opolu.

Kwestionariusz wypełniło 98 osób chorych na cukrzycę spośród 180 zaproszonych do badania. Kobiety stanowiły 50%. Najliczniejsza grupa pacjentów (48%) przekroczyła 65. rok życia. Pozostali badani należeli do młodszych grup wiekowych (44% stanowili chorzy między 36. a 65. r.ż., 8% – między 19. i 35. r.ż.).

Powikłania występowały u 81% badanych. Były to: zaburzenia wzroku, polineuropatie, zaburzenia funkcji nerek, nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca oraz miażdżyca. Ponadto uwzględniono pacjentów z przebyłym zawałem mięśnia sercowego, udarem mózgu i po amputacjach w obrębie kończyn dolnych.

Wyniki

10% badanych nie zna typu własnej choroby. Dominujące grupy w populacji badanych stanowili respondenci z cukrzycą typu 2 (66%, w tym 53% chorzy z powikłaniami) oraz typu 1 (20%, z czego 15% z powikłaniami). U pozostałych występowała cukrzyca LADA i ciężowa (po 1%), a także cukrzyca wtórna (2%).

Wśród ankietowanych 38% jest leczonych insuliną, 35% – doustnymi lekami hipoglikemicznymi oraz 24% – doustnymi lekami hipoglikemicznymi w skojarzeniu z insuliną. U 3% badanych leczenie opierało się wyłącznie na zmianie stylu życia bez zastosowania farmakoterapii. W grupie z powikłaniami zastosowane leczenie przedstawia się podobnie. Natomiast w grupie chorych bez powikłania dominowała grupa osób leczonych doustnymi lekami hipoglikemicznymi, następnie insuliną i insuliną

w połączeniu z doustnymi lekami hipoglikemicznymi. Średni koszt prowadzonej farmakoterapii miesięcznie wynosi około 117 zł dla wszystkich badanych, 121 zł w grupie z powikłaniami oraz 96 zł w grupie bez powikłania. Ponad połowa wszystkich ankietowanych (60%) uważa, że koszty leczenia stanowią dla nich duże obciążenie finansowe, natomiast 5% pacjentów nie orientowało się co do kosztów własnego leczenia.

Średni okres trwania cukrzycy wynosił 11 (SD 11) lat. U 32% badanych cukrzyca trwa krócej niż 5 lat od chwili postawienia diagnozy, u 31% – od 11 do 20 lat, u 17% – od 21 do 30 lat, natomiast u 13% – od 6 do 10 lat. U 7% cukrzyca trwa ponad 30 lat. Średni czas trwania choroby z powikłaniami wynosi u respondentów 15 lat, a w przypadku przebiegu choroby bez powikłania – 10 lat.

95% pacjentów zalecono utrzymywanie prawidłowej masy ciała, a 98% zostało poinformowanych o istocie diety cukrzycowej. Jednak wśród badanych osoby z nadwagą stanowiły 41%, z otyłością – 37%, a z otyłością ogromną – 4%. Prawidłową masę ciała stwierdzono jedynie u 18% respondentów. Średnia wartość BMI w grupie chorych z powikłaniami wskazuje na występowanie otyłości (BMI o wysokości 30 kg/m²), natomiast wśród chorych bez powikłania na obecność nadwagi (BMI o wysokości 27 kg/m²). Wśród wszystkich badanych 43% spożywa alkohol, głównie okazjonalnie (33%) lub gdy odczuwają na niego ochotę (9%). 1% stanowią osoby regularnie pijące alkohol, natomiast 9% badanych pali nałogowo tytoń.

90% chorych posiadało wiedzę na temat samokontroli ciśnienia tętniczego w cukrzycy. Wartość ciśnienia tętniczego skurczowego w normie lub poniżej w dniu przeprowadzonego badania wykazano u 60% badanych, z kolei dla wartości ciśnienia tętniczego rozkurczowego – u 76% pacjentów [5]. Wartości te kształtowały się podobnie

w grupie badanych z powikłaniami, jak również bez nich.

56% badanych nie znalazło wartości stężenia hemoglobiny glikowanej we krwi. Prawidłowe stężenie hemoglobiny glikowanej (tj. $\leq 6,5\%$) osiągnęło 18% badanych, zaś stężenie tej substancji powyżej normy wykryto u 26% pacjentów [5].

Aktywność fizyczną zalecono u 89% badanych cukrzyków, jednak tylko 72% podjęło wykonywanie regularnego wysiłku fizycznego. Najczęściej był on realizowany przez spacer i marsz (55%), jazdę na rowerze (49%), bieg i ćwiczenia na urządzeniach siłowych (po 4%), aerobik (1%) oraz inne zajęcia (41%), zgodne z zainteresowaniami pacjenta, np. chodzenie po górach, praca w ogródku, gimnastyka, pływanie, jazda konna czy też uprawianie sztuk walki. Większość ankietowanych (68%) codziennie podejmuje aktywność fizyczną. Pozostali badani – kilka razy w ciągu tygodnia (28%), raz na

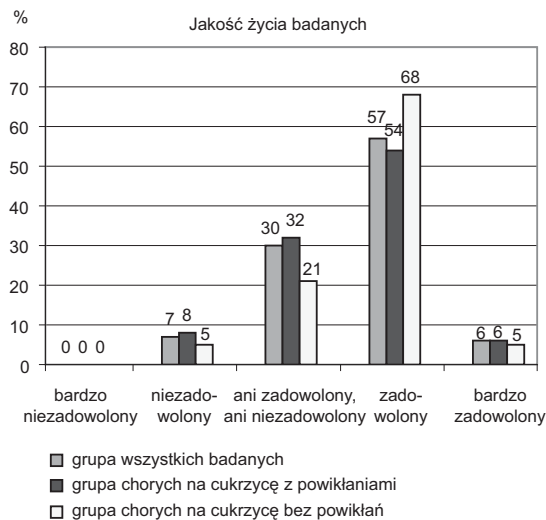
tydzień lub raz na dwa tygodnie (po 1% badanych). Czas trwania danego wysiłku fizycznego był różny: u 28% respondentów – około 120 minut, u 25% – około 60 minut, u 20% – około 30 minut, u 10% – około 45 minut, u 8% badanych – odpowiednio około 15 lub 90 minut.

Podczas prowadzonych badań wzięto również pod uwagę częstość występowania hipo- i hiperglikemii w przebiegu choroby (ocena własna pacjentów). Hipoglikemie występują rzadko w przebiegu cukrzycy u 58% ankietowanych (największa liczba badanych ma hipoglikemie kilka razy w roku), nigdy u 27%, natomiast często u 15% (największa liczba ma hipoglikemie 2–3 razy w tygodniu). Z kolei hiperglikemie pojawiają się 2–3 razy w miesiącu lub kilka razy w roku u 48% badanych, 2–3 razy w tygodniu u 32%, a nigdy u 20%.

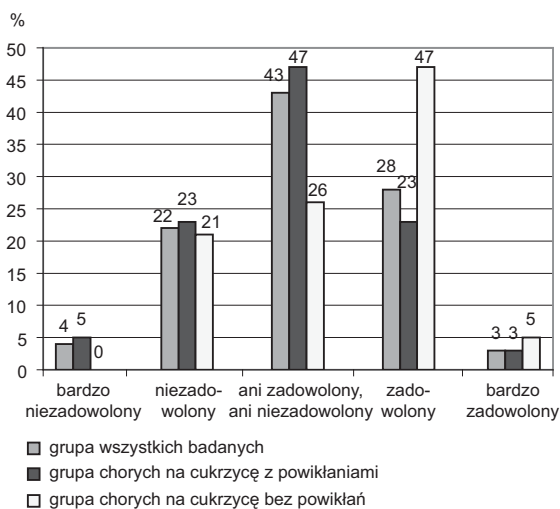
Załączone ryciny przedstawiają choroby współistniejące u pacjentów (ryc. 1) oraz ocenę ogólnej jakości życia i zdrowia z wykorzystaniem skali WHOQoL-Bref (ryc. 2 i 3).

Subiektywna ocena jakości życia nie pokrywa się z oceną stanu zdrowia. Większość ogółu badanych jest zadowolona z jakości życia (57%), podczas gdy ze swojego zdrowia tylko 28% badanych. W grupie chorych z powikłaniami ponad połowa pacjentów (57%) jest zadowolona z jakości życia, podczas gdy ze swojego zdrowia tylko 23% badanych. Największa liczba osób (47%) nie jest ani zadowolona, ani niezadowolona ze swojego stanu zdrowia. Wyłącznie w grupie z powikłaniami cukrzycy pojawiły się osoby bardzo niezadowolone ze swojego stanu zdrowia. Pacjenci bez powikłań w zdecydowanej większości są zadowoleni z jakości życia (68%), jak również ze zdrowia (47%). W tej grupie chorych nie pojawiły się osoby bardzo niezadowolone ze swojego stanu zdrowotnego. Przeprowadzono także analizę poziomu jakości życia w jego głównych dziedzinach (fizycznej, psychologicznej, środowiskowej i społecznej) (ryc. 4 i 5).

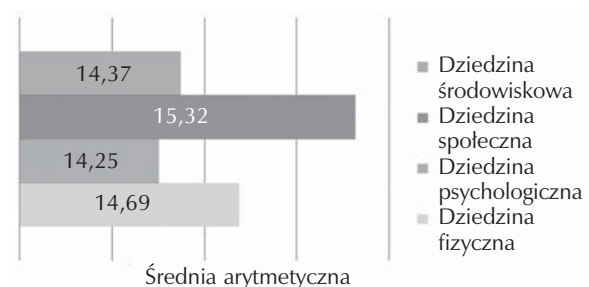
U wszystkich ankietowanych największe zadowolenie z życia zaobserwowano w dziedzinie społecznej, następnie fizycznej, środowiskowej, natomiast najmniejsze w psychologicznej. Rozpatrując różnice w wartościach średnich arytmetycznych dziedzin w zależności od przebiegu cukrzycy z po-



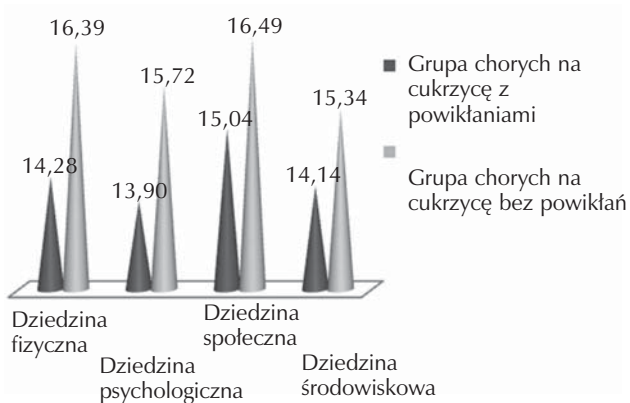
Rycina 2. Odpowiedzi pacjentów na pytanie: Jak zadowolony jesteś z jakości Twojego życia?



Rycina 3. Odpowiedzi pacjentów na pytanie: Jak zadowolony jesteś ze swojego zdrowia?



Rycina 4. Jakość życia wszystkich badanych w danej dziedzinie życia



Rycina 5. Jakość życia w zależności od występowania powikłań w przebiegu choroby

wikłaniami i bez powikłań obserwuje się wyższy stopień jakości w każdej dziedzinie życia w grupie osób bez powikłań niż u chorych z powikłaniami ($p \leq 0,05$). Największe rozbieżności między średnimi arytmetycznymi występują w dziedzinie fizycznej i psychologicznej ($p \leq 0,05$). W grupie chorych z powikłaniami poziom jakości życia we wszystkich dziedzinach kształtuje się podobnie jak w grupie wszystkich badanych. Natomiast chorzy bez powikłań najwyżej oceniają dziedzinę społeczną, następnie fizyczną, psychologiczną i środowiskową. Jakość życia w dziedzinie społecznej i fizycznej jest oceniana na podobnym poziomie – to samo dotyczy dziedziny psychologicznej i środowiskowej.

70% ankietowanych uznało, że cukrzyca wpływa na jakość życia, 16% uznało, że tylko czasami, 13% badanych uważa, że nie istnieje zależność między istnieniem choroby przewlekłej a odczuwanym poziomem jakości życia.

Dyskusja

W badaniach Aalto i Uutela stwierdzono, że poziom jakości życia obniżył się w wyniku zachorowania na cukrzycę [6]. Rubin i Peyrot podczas ogólnych badań jakości życia udowodnili, że u chorych na cukrzycę w porównaniu z populacją ogólną jest ona niższa w zakresie sfery somatycznej [7]. Potwierdziły to również nasze badania.

Wpływ współwystępowania w cukrzycy powikłań oraz chorób sercowo-naczyniowych wykazał w badaniach zespół Fala z wykorzystaniem kwestionariusza WHOQoL-Bref. Wykazano oddziaływanie powikłań i chorób sercowo-naczyniowych na stopień jakości życia w każdej rozpatrywanej dziedzinie. Innymi czynnikami, które miały istotny

wpływ na osiągnięte wyniki było zastosowanie leczenia farmakologicznego, długi okres trwania choroby, podwyższony wskaźnik masy ciała, niewyrównany poziom glikemii oraz miejsce zamieszkania badanych [8]. Podobne wyniki uzyskaliśmy w naszych analizach.

Lewko, prowadząc badania wśród diabetyków z polineuropatią i bez jej występowania w przebiegu choroby, nie wykazała różnic w ocenie jakości życia za pomocą kwestionariusza SF-36 v.2. W swoim porównaniu udowodniła natomiast występowanie gorszej subiektywnej oceny zdrowia wśród chorych z polineuropatią cukrzycową [9], co potwierdziły nasze obserwacje.

Na ocenę jakości życia w dziedzinie psychologicznej mają wpływ takie czynniki, jak: stopień akceptacji choroby, strategie radzenia sobie ze stresem, zachowania zdrowotne, a także otrzymywane wsparcie społeczne. W badaniach własnych z otrzymywanego wsparcia od najbliższych większość badanych było zadowolonych. Buławska i Talaga, prowadząc badania dotyczące oczekiwań edukacyjnych pacjentów diabetologicznych, wykazały, że największe wsparcie chorzy otrzymywali od rodziny, a następnie – w zależności od długości trwania choroby – wspierał ich personel medyczny (lekarz, pielęgniarka) [10]. W badaniach Kurowskiej wykazano, że chorym na cukrzycę typu 2 udziela się w największym stopniu wsparcia instrumentalnego związanego z edukacją chorego dotyczącą jego schematu postępowania w chorobie, natomiast w najmniejszym stopniu – wsparcia emocjonalnego. Powinno ono minimalizować przewlekły stres u chorego, wzbudzać u niego poczucie bezpieczeństwa, a także motywować do przestrzegania zaleceń, przez co kontakt terapeutyczny mógłby być łatwiejszy, a efekty leczenia skuteczniejsze [11]. Z badań Szcześniaka i Dziemidoka dotyczących edukacji diabetologicznej wynika, że pacjenci posiadający dużą wiedzę na temat cukrzycy zauważali wpływ tej choroby na jakość swojego życia. Wykazano, że dla 45,5% było to powodem do większej motywacji w zakresie wyrównania metabolicznego cukrzycy [12].

Wnioski

Wykazano, że stan zdrowotny nie jest jedynym czynnikiem wpływającym na ogólną jakość życia chorych, natomiast przebieg choroby ma wpływ na stopień osiągniętego zadowolenia z życia dopiero w konkretnych jego dziedzinach. Obecność powikłań cukrzycy obniża poziom jakości życia w każdej dziedzinie życia, najsilniej oddziałując jednak na dziedzinę fizyczną i psychologiczną.

Piśmiennictwo

1. Tatoń J, Czech A, Bernas M, Szczeklik-Kumala Z. *Cukrzyca w Polsce – można lepiej*. Warszawa: Warszawski Uniwersytet Medyczny; 2009.
2. Zboina B. *Jakość życia osób starszych*. Ostrowiec Świętokrzyski: Stowarzyszenie „Nauka Edukacja Rozwój”; 2008: 9–40.
3. Muszalik M, Kędziora-Kornatowska K. Jakość życia a stan zdrowia: subiektywna ocena stanu zdrowia przewlekłe chorych. *Mag Piel Położn* 2007; 6: 24–25.
4. Dudzińska M, Tarach JS, Nowakowski A. Pomiar jakości życia zależnej od zdrowia w cukrzycy. *Diabetol Prakt* 2011; 12(2): 56–64.
5. Pismo Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2011. *Diabetol Dośw Klinika* 2011; 11(Supl. A).
6. Starowicz A. Rola poznawczego obrazu własnej choroby w adaptacji do cukrzycy – charakterystyka zagadnienia i przegląd badań. *Diabetol Prakt* 2009; 10(3): 92–100.
7. Pietrzykowska E, Zozulińska D, Wierusz-Wysocka B. Jakość życia chorych na cukrzycę. *Po Merk Lek* 2007; XXIII(136): 311–314.
8. Fal AM, Jankowska B, Uchmanowicz I, i wsp. Type 2 diabetes quality of life patients treated with insulin and oral hypoglycemic medication. *Acta Diabetol* 2010 [DOI 10.1007/s00592-010-0244-y].
9. Lewko J, et al. Quality of life and its relationship to the degree of illness acceptance in patients with diabetes and peripheral diabetic neuropathy. *Adv Med Sci* 2007; 52(Suppl. 1): 144–146.
10. Filipiak K, Talarska D. Funkcja edukacyjna pielęgniarki wobec osób chorych na cukrzycę zorientowana na późne powikłania. *Pielęgniarstwo XXI Wieku* 2008; 4(25): 51–55.
11. Kurowska K, Frąckowiak M. Wsparcie społeczne a radzenie sobie w przewlekłej chorobie na przykładzie cukrzycy typu 2. *Diab Prakt* 2010; 11(3): 101–107.
12. Kurowska K, Lach B. Akceptacja choroby i sposoby radzenia sobie ze stresem u chorych na cukrzycę typu 2. *Diab Prakt* 2011; 12(3): 113–119.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Donata Kurpas

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej AM

ul. Syrokomli 1

51-141 Wrocław

Tel./fax: 71 325-43-41

E-mail: dkurpas@hotmail.com

Praca wpłynęła do Redakcji: 31.01.2012 r.

Po recenzji: 20.02.2012 r.

Zaakceptowano do druku: 15.03.2012 r.