

Wpływ czynników społeczno-demograficznych i klinicznych na jakość życia chorych na cukrzycę typu 2

The influence of socio-demographic and clinical factors on quality of life of patients with type 2 diabetes

Abstract

Background. The aim of our study was to evaluate quality of life in patients with diabetes of type 2 according to glycemia control and other social, demographic and clinical factors.

Material and methods. The study group included 37 patients (12 females and 25 males) at the age over 40, suffering from diabetes for 1–20 years. The study was conducted with survey techniques connected with social health survey and 36-Item Short-Form Health Survey.

Results. The lowest quality of life estimation was observed in the group of patients with fasting plasma glucose levels 140–200 mg/dl. In the group of patients aged 40–50 years the evaluation of the quality of life was much higher in comparison with older patients. Women reported poor quality of life more often than men. Evaluation of 'good' or 'satisfactory' quality of life was observed in 75% of patients who had completed elementary education, 67% of patient with basic

professional education, 50% patients with secondary education, and 33% of patient with higher education. In a group of patients suffering from diabetes for less than 5 years only 5% of negative scores were observed and the percentage of negative scores increased with the duration of the illness. The highest percentage of patients (almost 67%) reporting poor or very poor quality of life was observed in the insulin-treated group. In the lowest income group of patients 44% scores were negative, whereas in the group of patients with income 1000–1500 PLN there were only 25% of negative evaluations.

Conclusions. Socio-demographic and clinical factors such as age of the patients, duration of the illness, methods of therapy, economic status, and education, influence evaluation of the life quality by the diabetic patients. The patient's estimation of the quality of life may not depend on glycemic control.

key words: type 2 diabetes, quality of life

Wstęp

Cukrzyca jest jednym z najważniejszych problemów zdrowotnych współczesnej medycyny. Ocenia się, że w Polsce liczba chorych na cukrzycę przekracza 1 mln, przy czym u ponad 90% osób rozpoznaje się cukrzycę

typu 2 [1]. Choroba ta stanowi istotny problem nie tylko ze względu na jej przewlekły charakter, ale przede wszystkim z powodu występowania w jej przebiegu wielu powikłań, często groźnych dla życia chorego. Rozpoznanie cukrzycy istotnie wpływa na dotychczasowy tryb życia oraz może prowadzić do zmian emocjonalnych, w rezultacie powodując pogorszenie jakości życia chorego (QoL, *quality of life*).

Jakość życia jest pojęciem wieloznacznym i opisywanym bardzo różnie, między innymi w zależności od zawodu i specjalności osoby, która ją definiuje (filozof, poeta, lekarz, ksiądz itd.) [2]. Większość badaczy zajmujących się tą problematyką przyznaje, że nie istnieje jednoznaczna, ściśle sprecyzowana definicja tego poję-

Adres do korespondencji: lek. Joanna Pufal
Katedra i Klinika Endokrynologii i Diabetologii AM
ul. M. Skłodowskiej-Curie 9, 85-094 Bydgoszcz
tel. +48 (0 52) 585 40 20, +48 (0 prefiks 52) 585 42 44
faks +48 (0 52) 585 40 41



Diabetologia Doświadczalna i Kliniczna 2004, 4, 2, 137–143
Copyright © 2004 Via Medica, ISSN 1643–3165

cia. Według Delkey i Rurke jakość życia to odczuwanie przez człowieka pomyślności, satysfakcji lub braku satysfakcji z życia, szczęścia lub nieszczęścia [3]. W medycynie pojęcie jakości życia pojawiło się dopiero w latach 70. ubiegłego stulecia. Wcześniej określała je definicja zdrowia, sformułowana przez Światową Organizację Zdrowia: „Jakość życia określamy jako sposób postrzegania przez jednostki swojej pozycji w życiu w kontekście kultury i systemu wartości, w których egzystują, i w powiązaniu z własnymi celami, oczekiwaniami, standardami i obawami. Jest to szeroko pojęta koncepcja, na którą w kompleksowy sposób wpływają: zdrowie fizyczne jednostki, jej stan psychiczny, relacje społeczne, stopień niezależności oraz jej stosunek do znaczących cech otaczającego środowiska.”

Uważa się, że QoL jest zjawiskiem wielowymiarowym, a do jej podstawowych obszarów zalicza się wymiary: fizyczny, psychologiczny, społeczny [4].

Większość chorych chce odzyskać dobre samopoczucie, uruchamiając podświadomie mechanizmy obronne: zaprzeczają, wypierają myśli o chorobie, zniekształcają jej obraz, czyniąc go mniej groźnym. Inni mniej lub bardziej świadomie wypracowują postawę optymizmu — szukają pozytywnych wartości w swojej sytuacji i po jakimś czasie zaczynają ją akceptować [5]. Wraz z poszerzeniem przez pacjenta zasobu wiadomości na temat choroby i leczenia zmniejsza się lęk [6]. Celem niniejszej pracy była odpowiedź na pytanie, czy wartość glikemii oraz czynniki społeczno-demograficzne i kliniczne wpływają na ocenę jakości życia chorych na cukrzycę typu 2.

Materiał i metody

Do analizy włączono 37 chorych na cukrzycę typu 2 leczonych w Miejskim Szpitalu Zespolonym w Olsztynie. Każdego chorego poinformowano o dobrowolności uczestnictwa w prowadzonych badaniach oraz o ich anonimowości. Ocenianą grupę tworzyło 12 kobiet i 25 mężczyzn w wieku powyżej 40 lat, których czas trwania choroby zawierał się w przedziale 1–20 lat. Dobór pacjentów był losowy.

Badania opinii chorych prowadzono za pomocą techniki ankiety środowiskowej oraz Kwestionariusza SF-36 (*36-Item Short-Form Health Survey*). Ankieta zawierała 14 pytań, dotyczących między innymi: wieku, płci, wykształcenia, czasu trwania choroby, metody leczenia oraz sytuacji materialnej. Kwestionariusz SF-36 składał się z 36 pytań, na temat jakości życia obejmującej możliwość funkcjonowania i wykonywania codziennych czynności w zakresie życia społecznego oraz aktywności fizycznej i psychicznej.

Odpowiedzi oceniano w skali 0–100. Punktacja 100 odpowiadała najwyższej ocenie, punktacja 0 — najniższej.

Wyniki

W badanej grupie nie stwierdzono żadnej osoby charakteryzującej się wartością glikemii na czczo poniżej 120 mg/dl. Najniższy poziom oceny QoL podawali chorzy, u których glikemia wynosiła 140–200 mg/dl. Aż 50% ankietowanych w tej grupie oceniło jakość życia jako bardzo złą lub złą, stosunkowo niski jest także wskaźnik dobrej oceny jakości życia w tej grupie (13%). Chorzy cechujący się wartością glikemii powyżej 200 mg/dl najczęściej oceniali QoL jako dobrą (56%) (ryc. 1).

W grupie najmłodszych chorych na cukrzycę typu 2 (w wieku 40–50 lat) występuje znacznie wyższa ocena QoL niż u starszych pacjentów. Aż 57% respondentów z tej grupy ocenia jakość życia jako dobrą, podczas gdy w grupie 50–60-latków oraz wśród chorych powyżej 60 roku życia odsetek takich osób wynosi odpowiednio 25% oraz 18%. W grupie pacjentów powyżej 60 lat prawie 60% badanych ocenia QoL jako złą lub bardzo złą (ryc. 2).

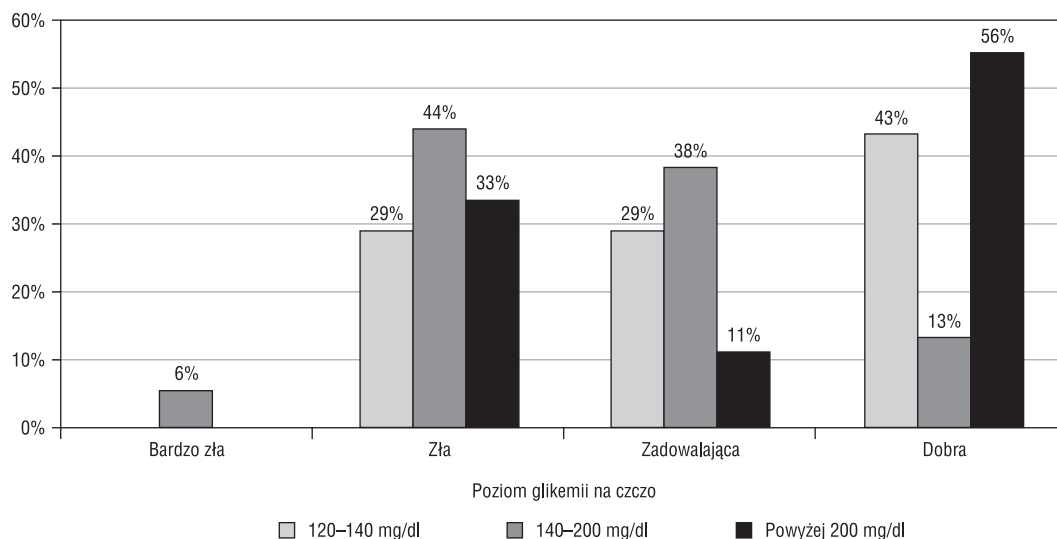
Ponad połowa kobiet ocenia jakość życia jako złą, podczas gdy w grupie mężczyzn zła i bardzo zła ocena występuje tylko u 32% osób. Wskaźniki dobrych ocen QoL są porównywalne i wynoszą odpowiednio 25% dla kobiet i 28% dla mężczyzn (ryc. 3).

Dobra i zadowalająca ocena jakości życia w grupie osób z wykształceniem podstawowym dotyczy aż 75% chorych, w grupie osób posiadających wykształcenie zawodowe 67%, a następnie spada do 50% u pacjentów mających wykształcenie średnie i do 33% u osób z wykształceniem wyższym. Żadna osoba posiadająca wykształcenie wyższe nie oceniła QoL jako dobrej, a wskaźnik ocen negatywnych w tej grupie był najwyższy i wyniósł prawie 67% (ryc. 4).

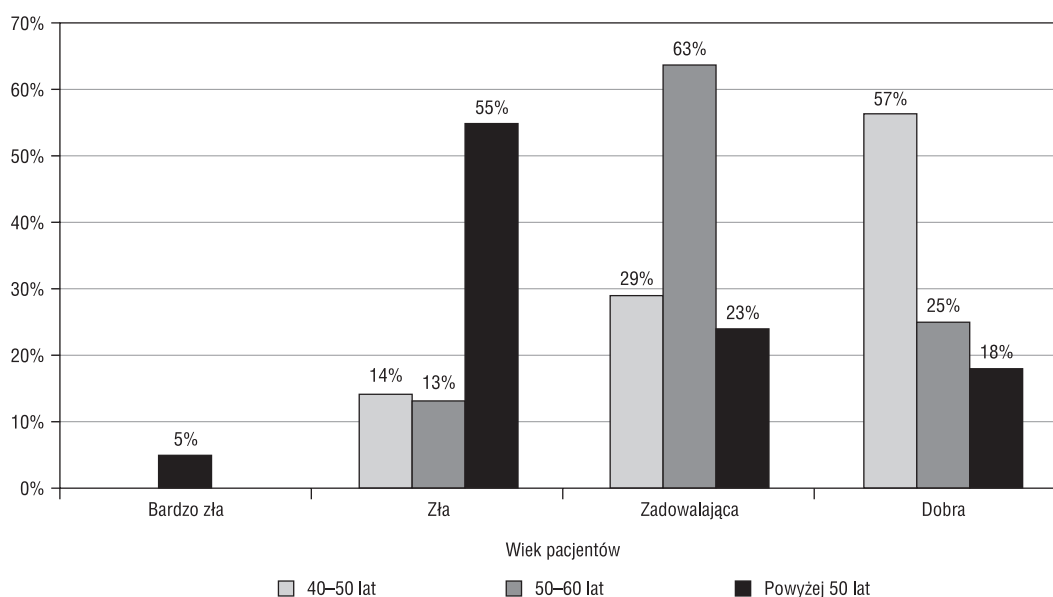
U pacjentów, u których czas trwania cukrzycy wynosi do 5 lat, występuje tylko 10% negatywnych ocen, a odsetek ten wzrasta wraz z czasem trwania choroby. Bardzo istotny wzrost negatywnych odpowiedzi występuje w grupach osób, które chorują na cukrzycę dłużej niż 10 lat, gdzie wskaźniki te wynoszą odpowiednio 64% u osób, których choroba trwa 10–20 lat, oraz aż 100% (łącznie ocena bardzo zła i zła) u pacjentów, u których cukrzyca utrzymuje się dłużej niż 20 lat (ryc. 5).

W grupie osób stosujących insulinę występują najwyższe wskaźniki ocen złych i bardzo złych, które wynoszą w sumie 67%. Wśród chorych leczonych dietą oraz lekami doustnymi wskaźniki te wynoszą odpowiednio 20% oraz 24%. Najwięcej dobrych ocen QoL (47%) zgłosili pacjenci leczeni doustnymi lekami hipoglikemizującymi, chociaż ogólny wskaźnik ocen pozytywnych (zadowalającej i dobrej) jest w tej grupie podobny jak w grupie stosującej wyłącznie dietę (ryc. 6).

Wśród chorych o najniższych dochodach miesięcznych wskaźnik ocen negatywnych wyniósł aż 44%, pod-



Rycina 1. Jakość życia a wartość glikemii na czczo
Figure 1. Quality of life and fasting blood glucose



Rycina 2. Jakość życia a wiek pacjentów
Figure 2. Quality of life and patient's age

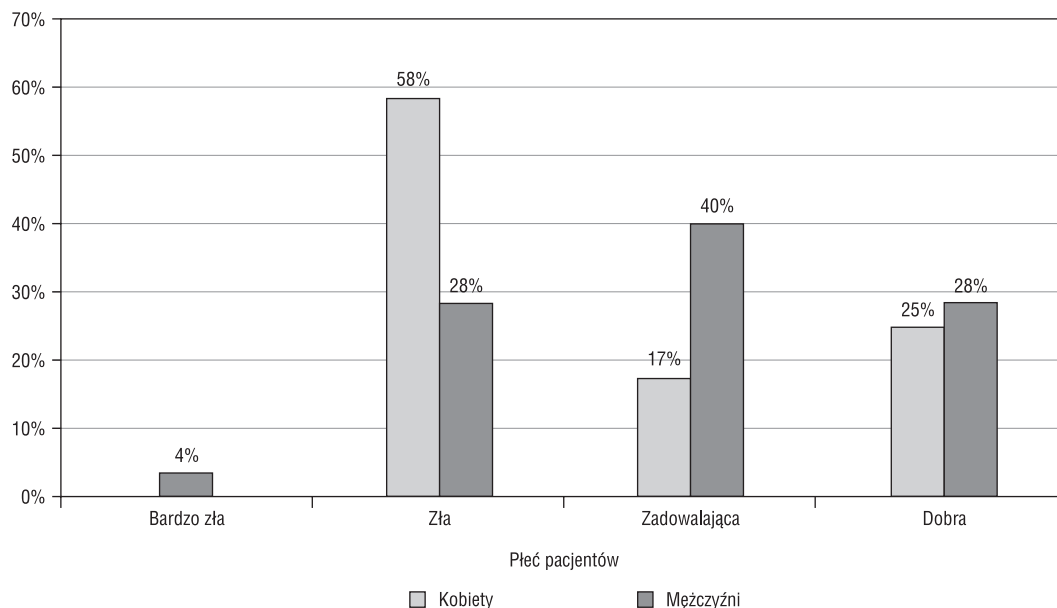
czas gdy w grupie pacjentów wskazujących dochody w przedziale 1000–1500 zł — zaledwie 25%. Wskaźniki ocen pozytywne (zadawalająca i dobra) wynosiły odpowiednio 55% i 76% (ryc. 7).

Dyskusja

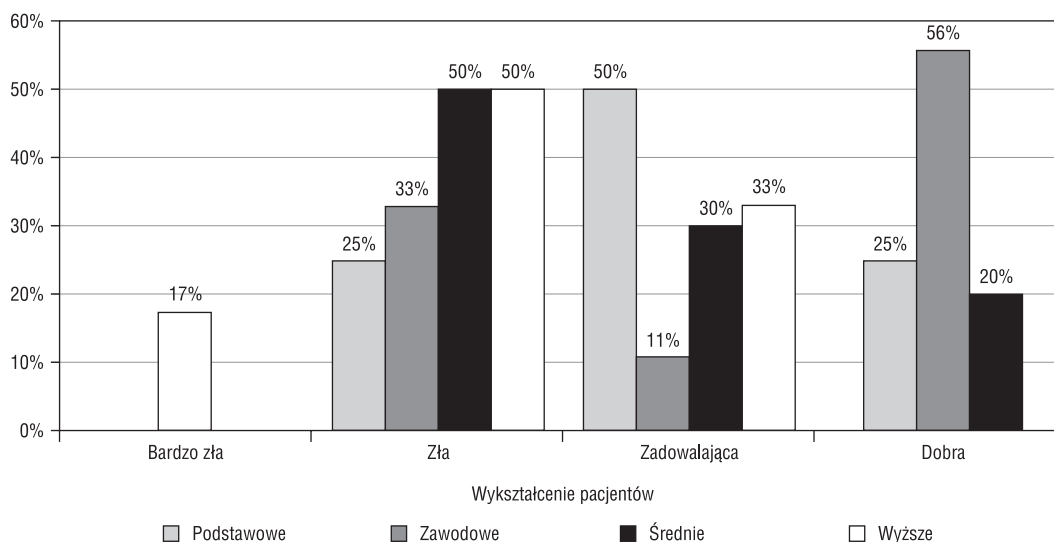
Cukrzyca — schorzenie przewlekłe, bardzo rozpowszechnione w populacji — jest uznawana za chorobę społeczną, dlatego tak ważne jest badanie jakości życia

osób nią dotkniętych. Na ocenę QoL może wpływać wiele czynników — zarówno klinicznych, jak i demograficznych. Identyfikacja czynników, które w istotny sposób pogarszają komfort życia chorych, umożliwi wyodrębnienie grup pacjentów wymagających szczególnie troskliwej opieki [1].

Badania przeprowadzone przez autorów niniejszej pracy wykazały, że ocena QoL przez chorych zmienia się wraz z wiekiem. Pacjenci w wieku 40–50 lat oceniali znacznie wyżej swoją jakość życia niż osoby starsze. W grupie powyżej 60 lat prawie 60% badanych ocenia



Rycina 3. Jakość życia a płeć pacjentów
Figure 3. Quality of life and patient's gender



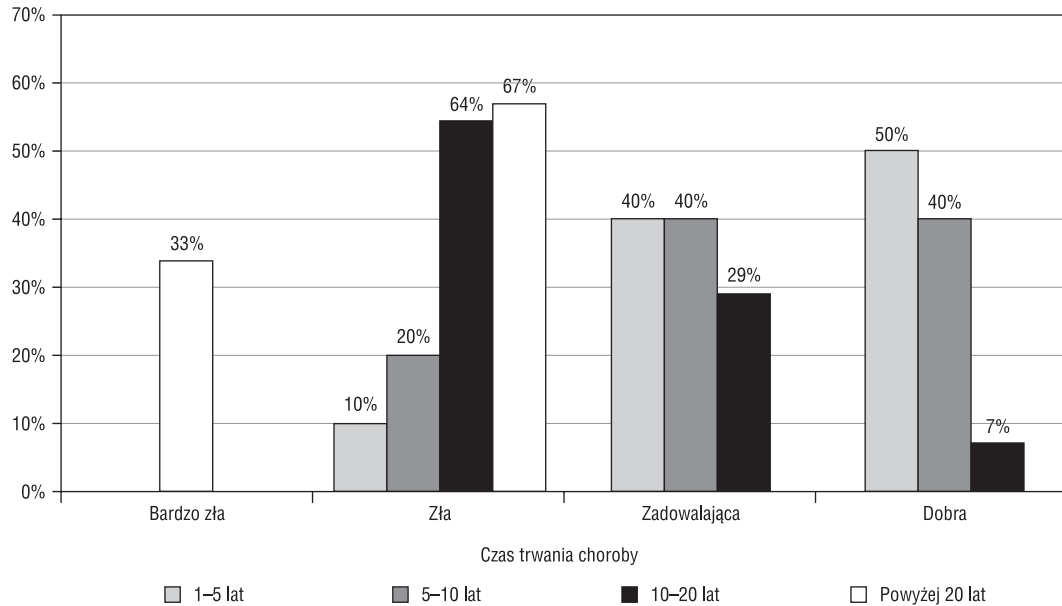
Rycina 4. Jakość życia a poziom wykształcenia pacjentów
Figure 4. Quality of life and level of education of patients

QoL jako złą lub bardzo złą. Pogarszanie się jakości życia chorych na cukrzycę wraz z wiekiem zaobserwowali też autorzy z innych ośrodków [7–9].

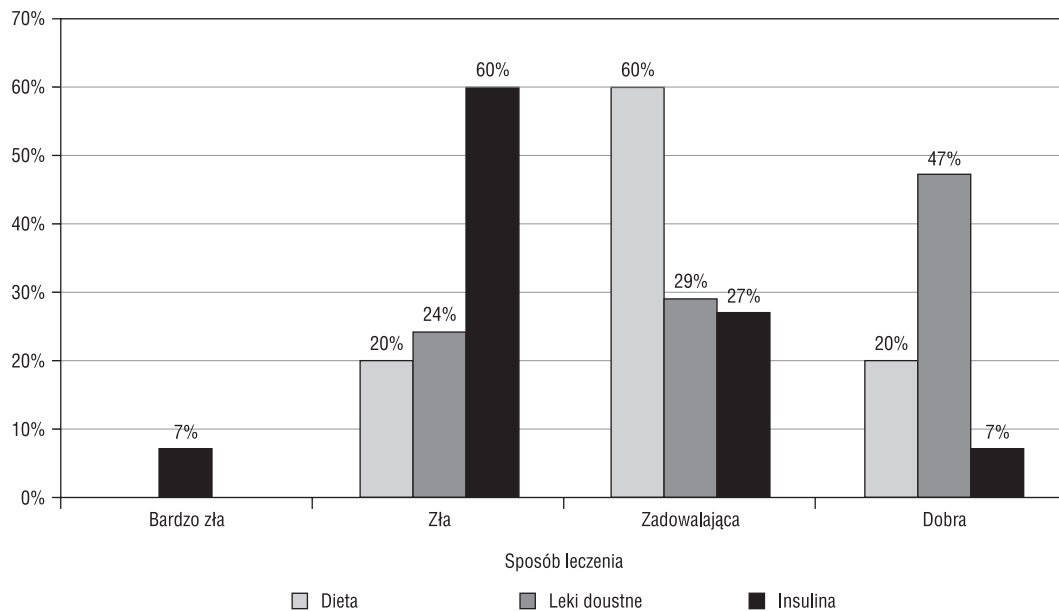
Podczas analizy wyników zależności od płci respondentów okazało się, że kobiety oceniają jakość swojego życia niżej niż mężczyźni. Prawie 60% określa ją jako złą, podczas gdy w grupie mężczyzn zła i bardzo zła ocena występuje tylko w 32%. W wypadku dobrej oceny QoL odpowiedzi są bardziej wyrównane. Uzyskane przez autorów niniejszej pracy wyniki, dotyczące gorszej oceny jakości życia wśród kobiet, znajdują potwier-

dzenie w piśmiennictwie światowym [7, 9, 10]. Coelho i wsp. uzyskali podobne wyniki, porównując ocenę QoL w dwóch grupach pacjentów: chorych na cukrzycę i osób bez cukrzycy. W obu grupach kobiety, w porównaniu z mężczyznami, gorzej oceniały jakość swojego życia [11]. Prawdopodobnie wynika to z faktu, że kobiety wydają się ogólnie bardziej skłonne do zaburzeń depresyjnych.

Kolejną zmienną niezależną, jaką poddano analizie, było wykształcenie chorych. Stwierdzono, że osoby ze średnim i wyższym wykształceniem niżej oceniają jakość



Rycina 5. Jakość życia a czas trwania choroby
Figure 5. Quality of life and disease duration

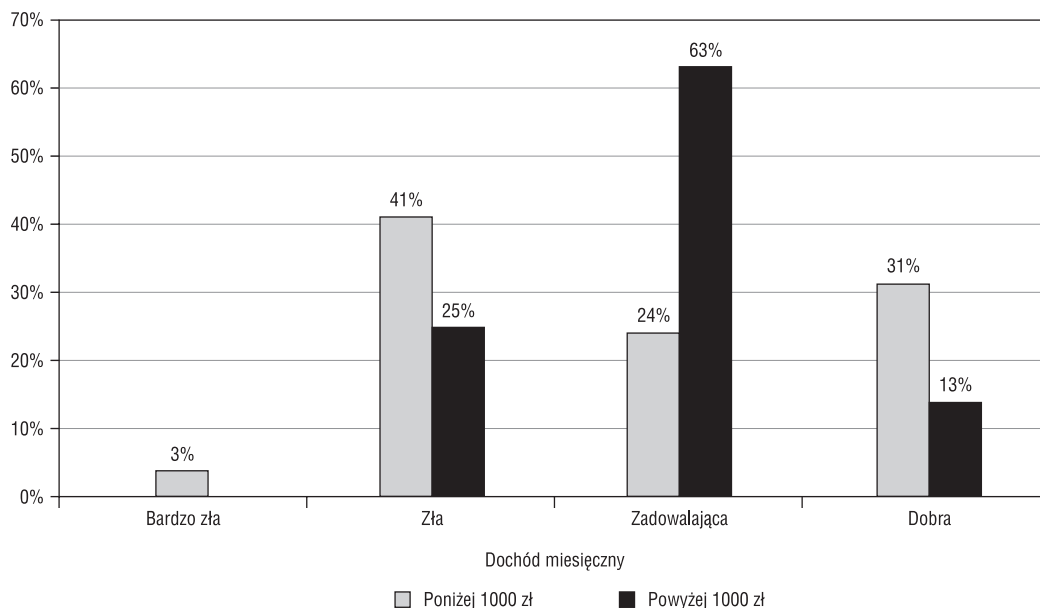


Rycina 6. Jakość życia a sposób leczenia
Figure 6. Quality of life and a way of patient's treatment

swojego życia niż pacjenci posiadający wykształcenie podstawowe i/lub zawodowe. Wśród osób mających wykształcenie średnie i wyższe negatywne oceny QoL są około 2-krotnie częstsze niż w dwóch pozostałych grupach. Autorzy stwierdzają, że wskaźnik pozytywnej oceny jakości życia spada wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia. Istotny jest także fakt, że żadna osoba posiadająca wykształcenie wyższe nie oceniła jakości swojego życia jako dobrej. Autorzy uważają, że wpływ wykształce-

nia na ocenę QoL może się wiązać ze wzrostem wymagań w stosunku do jakości życia wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia respondentów.

Również czas trwania choroby wpływa na ocenę jakości życia. Osoby, u których wykryto chorobę stosunkowo niedawno, znacznie lepiej oceniają QoL niż osoby, u których cukrzyca trwa dłużej. Uzyskane wyniki można tłumaczyć między innymi tym, że w miarę trwania choroby zwiększa się ryzyko rozwoju powikłań na-



Rycina 7. Jakość życia a sytuacja materialna pacjentów
Figure 7. Quality of life and economic status of patients

rządowych. Dostępne piśmiennictwo obejmuje wiele prac potwierdzających związek między gorszą oceną jakości życia chorych a obecnością powikłań cukrzycy [7, 9, 12]. Długi czas trwania choroby zwiększa prawdopodobieństwo rozpoczęcia insulinoterapii, co dodatkowo może pogarszać jakość życia chorych [7, 12]. Podczas analizy wyników uzyskanych przez autorów niniejszej pracy stwierdzono znaczny wzrost częstości negatywnych ocen QoL w wypadku osób leczonych insuliną. Ocena zła i bardzo zła występuje w tej grupie pacjentów prawie 3-krotnie częściej niż w grupach osób stosujących dietę oraz doustne leki hipoglikemizujące. Związek leczenia insuliną z obniżeniem QoL pacjentów wykazują również autorzy z innych ośrodków [7, 13]. Gorsza jakość życia jest najprawdopodobniej związana z ogólnym dyskomfortem wynikającym z zastosowania tego sposobu leczenia i z koniecznością większej samokontroli i samodyscypliny.

Kolejnym czynnikiem wywierającym istotny wpływ na ocenę QoL jest sytuacja materialna chorego. Im niższy poziom miesięcznego dochodu, tym większa częstość negatywnych ocen jakości życia. Związek między gorszą jakością życia a wielkością dochodów chorych wykazali również Glasgow i wsp. [9].

Wyniki oceny jakości życia w zależności od wartości glikemii na czczo są zaskakujące. Wskazują na fakt, że wzrost wartości glikemii na czczo ponad pewną granicę nie wpływa istotnie na jakość życia. Najniższy poziom oceny QoL występuje w grupie pacjentów charakteryzujących się glikemią na czczo w przedziale 140–200 mg/dl. Natomiast w grupie osób, u których stężenie glukozy wy-

nosi powyżej 200 mg/dl, obserwuje się wzrost wskaźnika dobrej jakości życia. Może to świadczyć o braku wpływu tego czynnika na QoL lub o gorszej edukacji pacjentów tej grupy.

Wnioski

1. Istotny wpływ na ocenę jakości życia chorych na cukrzycę typu 2 mają zarówno czynniki społeczno-demograficzne, jak i kliniczne, takie jak: wiek pacjenta, czas trwania choroby, sposób leczenia, status materialny oraz wykształcenie chorych.
2. Ocena jakości życia nie zawsze jest powiązana ze stopniem wyrównania cukrzycy.

Streszczenie

Wstęp. Celem pracy była ocena jakości życia chorych na cukrzycę typu 2 w zależności od występowania czynników społeczno-demograficznych oraz klinicznych.

Materiał i metody. Grupa badana obejmowała 37 pacjentów (12 kobiet i 25 mężczyzn) w wieku powyżej 40 lat, chorujących na cukrzycę przez okres 1–20 lat. Badania opinii prowadzono za pomocą ankiety środowiskowej oraz Kwestionariusza SF-36.

Wyniki. Najniższy poziom oceny jakości życia stwierdzono w grupie charakteryzującej się wartością glikemii na czczo w przedziale 140–200 mg/dl. W grupie chorych w wieku 40–50 lat występuje znacznie wyższa ocena jakości życia

w porównaniu z grupami osób w starszym wieku. Kobiety znacznie częściej niż mężczyźni oceniają swoją jakość życia jako złą. Dobrą i zadowalającą ocenę jakości życia obserwowano u 75% osób z wykształceniem podstawowym, u 67% z zawodowym, u 50% ze średnim i u 33% z wyższym. W grupie osób, których choroba trwała do 5 lat, stwierdzono tylko 10% negatywnych ocen; odsetek ten wzrastał wraz z czasem trwania cukrzycy. Wśród pacjentów leczonych insuliną obserwowano najwyższe wskaźniki ocen złych i bardzo złych, które wynoszą prawie 67%. W grupie o najniższych dochodach miesięcznych wskaźnik ocen negatywnych wynosił aż 44%, podczas gdy w grupie pacjentów wskazujących dochody w przedziale 1000–1500 zł oceny te stanowiły zaledwie 25%.

Wnioski. Istotny wpływ na ocenę jakości życia chorych mają czynniki społeczno-demograficzne oraz kliniczne, takie jak: wiek pacjentów, czas trwania choroby, sposób leczenia, status materialny oraz wykształcenie chorych. Ocena jakości życia nie zawsze jest powiązana ze stopniem wyrównania cukrzycy.

słowa kluczowe: cukrzyca typu 2, jakość życia

Piśmiennictwo

1. Czyżyk A. Patofizjologia i klinika cukrzycy. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1997: 30–59.
2. Bullinger M. Concepts and methods of quality of life assessments. W: Zittoun R. red. Quality of life of cancer patients. Laboratoire Roger Bellon, Beaune 1992: 16–33.
3. Misiuna M. Jakość życia, geneza i interpretacja w krajach cywilizacji zachodniej. Przegląd Socjologiczny 1979; 1: 11–14.
4. De Walden-Gałuszko K., Majkowicz M., Trojanowski L., Trzebiatowska I. Jakość życia z chorobą nowotworową gruczołu piersiowego. W: De Walden-Gałuszko K., Majkowicz M. red. Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994: 45–57.
5. De Walden-Gałuszko K. Jakość życia — rozważania ogólne. W: De Walden-Gałuszko K., Majkowicz M. red. Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994: 21–32.
6. De Barbaro B. Pacjent w swojej rodzinie. Springer PWN, Warszawa 1997.
7. Redekop W.K., Koopmanschap M.A., Stolk R.P., Rutten G., Wolffenbuttel B., Niessen L.W. Health-related quality of life and treatment satisfaction in Dutch patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2002; 25: 458–463.
8. Rubin R.R., Peyrot M. Quality of life and diabetes. *Diabetes Metab. Res. Rev.* 1999; 15: 205–218.
9. Glasgow R.E., Ruggiero L., Eakin E.G., Dryfoos J., Chobanian L. Quality of life and associated characteristics in a large national sample of adults with diabetes. *Diabetes Care* 1997; 20: 562–567.
10. Pita R., Fotakopoulou O., Kiosseoglou G. i wsp. Depression, quality of life and diabetes mellitus. *Hippokratia* 2002; 6: 44–47.
11. Coelho R., Amorim I., Prata J. Coping styles and quality of life in patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Psychosomatics* 2003; 44: 312–318.
12. Coffey J.T., Brandle M., Zhou H., Marriott D. Valuing health-related quality of life in diabetes. *Diabetes Care* 2002; 25: 2238–2243.
13. Maddigan S., Majumdar S., Toth E., Feeny D., Johnson J. Health-related quality of life deficits associated with varying degrees of disease severity in type 2 diabetes. *Health and Quality of Life Outcomes* 2003; 1: 78.