

Anna Majda¹, Karolina Walas¹, Jolanta Morawa²

¹Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński, *Collegium Medicum* w Krakowie

²Szpital Uzdrawiskowy „Stary Dom Zdrojowy” w Krynicy Zdroju

Jakość życia osób z cukrzycą typu 2 leczonych w szpitalu uzdrawiskowym

The quality of life of persons with diabetes type 2 in health resort hospital

STRESZCZENIE

Wstęp. Na ocenę jakości życia osób chorych na cukrzycę typu 2 wpływa wiele czynników, między innymi: wiek, płeć, przebieg choroby, pełnienie funkcji społecznych, potencjał sił adaptacyjnych i radzenie sobie z chorobą. Wszystkie działania i interwencje medyczne mają na celu poprawę jakości życia pacjentów. Dużą rolę w tym zakresie może odegrać leczenie uzdrawiskowe.

Cel. Celem pracy była próba oceny jakości życia osób z cukrzycą typu 2 leczonych w szpitalu uzdrawiskowym.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono w Szpitalu Uzdrawiskowym „Stary Dom Zdrojowy” w Krynicy Zdroju wśród 101 chorych na cukrzycę typu 2. W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego i technikę ankiety. Posłużono się kwestionariuszem ankiety własnej konstrukcji oraz wystandaryzowanym Kwestionariuszem Oceny Jakości Życia WHOQOL-BREF.

Wyniki. Jakość życia ankietowanych po leczeniu uzdrawiskowym była na poziomie przeciętnym. Pomiędzy wszystkimi badanymi dziedzinami jakości życia istniały dodatnie korelacje. Im wyższa była percepcja zdrowia i życia, tym wyższa była jakość życia badanych osób. Osoby aktywne zawodowo i żyjące w związku małżeńskim lub będące w stanie wolnym odczuwały wyższą jakość życia. Wraz z wiekiem jakość życia badanych była coraz niższa. Pobyt w szpitalu uzdrawiskowym wpłynął na poprawę ogólnego stanu zdrowia oraz samopoczucia chorych na cukrzycę typu 2. U dużego odsetka badanych doszło do obniżenia masy ciała i poziomu glukozy we krwi oraz podniesienia wiedzy w zakresie cukrzycy typu 2. Badane osoby w większości były zadowolone z poziomu świadczonych usług medycznych.

Wnioski. W celu poprawy jakości życia chorych na cukrzycę typu 2 należy wdrożyć działania systemowe, na przykład zwiększyć nakłady finansowe dla Szpitali Uzdrawiskowych o profilu diabetologicznym, zwiększyć liczbę skierowań z NFZ dla chorych na cukrzycę typu 2.

Problemy Pielęgniarstwa 2013; 21 (2): 195–203

Słowa kluczowe: cukrzyca typu 2, jakość życia

ABSTRACT

Introduction. The appraisal of quality of life of patients with diabetes type 2 is affected by many factors: age, sex, course of the disease, performing of social roles, potential of adaptive forces and dealing with the disease. All activities and medical interventions are meant to improve the quality of patients' life. The big role in this range can play the treatment in health resort hospital.

Aim. The aim of this research was an attempt to evaluate the quality of life of the persons with type 2 diabetes healed in health resort hospital.

Material and methods. The research was conducted in Health Resort Hospital “Stary Dom Zdrojowy” in Krynica-Zdrój among 101 patients with diabetes type 2. The diagnostic survey and questionnaire were adopted in this study. An original questionnaire and the standardized WHO Quality of Life-Bref Questionnaire were used.

Results. The quality of the respondents' life after healing in health resort hospital was on the average level. Among all examined quality of life domains existed positive correlations. The higher was the perception of health and life, the higher

Adres do korespondencji: mgr piel. Karolina Walas, Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu UJ CM, ul. Michałowskiego 12, 31–126 Kraków, tel.: 12 634 33 93, tel. kom.: 663 673 554, faks 12 632 48 81, e-mail: walaskm@gmail.com

was the quality of life of patients. There was better life quality among economically active people which are married and unmarried. With age the quality of life was dropping. The stay in the health resort hospital influenced on improvement of well-being and overall health state of patients with diabetes type 2. In a great proportion of patients occurred: the reduction of body mass and blood glucose level, increase of knowledge about diabetes type 2. The most of the respondents were satisfied with the standard of the medical services.

Conclusions. In order to improve the quality of life of patients with type 2 diabetes there should be used system actions, for example: enhancement of financial expenditure for the Hospitals of the Health Resort with dialectological profile, enhancement of referrals from NFZ for patients with type 2 diabetes.

Nursing Topics 2013; 21 (2): 195–203

Key words: type 2 diabetes, quality of life

Wstęp

Przyczyna występowania cukrzycy typu 2 nie jest dotąd jednoznacznie określona. Schorzeniem tym zagrożone są przede wszystkim osoby otyłe, cierpiące na nadciśnienie i prowadzące siedzący tryb życia [1]. Obecnie cukrzycę zalicza się do chorób cywilizacyjnych, a ze względu na wzrastającą z każdym rokiem liczbę zachorowań, mówi się o jej epidemii. Dotyka dużej grupy społeczeństwa i stanowi wyzwanie dla współczesnej medycyny [2]. Przewlekłe powikłania cukrzycy prowadzą do pogorszenia jakości życia chorych, a także jego skrócenia. Głównym powikłaniem długotrwałej cukrzycy są zmiany w naczyniach określane jako angiopatia cukrzycowa, która dzieli się na: mikroangiopatię (retinopatia cukrzycowa, nefropatia cukrzycowa, neuropatia/polineuropatia cukrzycowa) i makroangiopatię (choroba wieńcowa, stopa cukrzycowa) [3–7].

W 1999 roku Schipper wprowadził nowe pojęcie jakości życia w medycynie, tak zwana jakość życia uwarunkowaną stanem zdrowia (HRQL, Health Related Quality of Life), jako indywidualną ocenę położenia życiowego przez pacjenta podczas choroby, leczenia i rehabilitacji [8]. Jakość życia stanowi ważny cel leczenia przewlekłych chorób, określa ona subiektywną ocenę zdrowia, objawów i powikłań choroby, według których dobry stan zdrowia czy dobre funkcjonowanie psychiczne, fizyczne i społeczne jest równoważne z dobrą jakością. Dlatego u chorych na cukrzycę typu 2 coraz częściej podkreśla się konieczność oceny jakości życia oraz potrzebę wpływu na jej zmianę, na przykład poprzez upowszechnienie leczenia uzdrowskiego.

W walce z chorobami cywilizacyjnymi ogromną rolę odgrywa leczenie uzdrowskie, zarówno przez działania profilaktyczne, jak i lecznicze chorób, zwłaszcza przewlekłych. Cukrzyca należy do klasycznych chorób przewlekłych klasyfikujących się do leczenia w warunkach uzdrowskich. Główne cele jej leczenia są następujące [9]:

— optymalne wyrównanie metaboliczne cukrzycy za pomocą diety, wysiłku fizycznego i leków hipoglikemizujących, w tym insuliny;

- leczenie przewlekłych powikłań za pomocą metod balneofizykalnych;
- normalizacja masy ciała u osób otyłych;
- poprawa wydolności fizycznej;
- zmniejszenie oporności tkankowej na insulinę;
- wytworzenie prozdrowotnych nawyków w zakresie żywienia i aktywności fizycznej;
- poprawa jakości życia;
- zmniejszenie dolegliwości bólowych związanych z polineuropatią lub chorobami stawów.

Udział leczenia uzdrowskiego w opiece nad chorym z cukrzycą typu 2 jest bardzo duży i ma za zadanie zmniejszenie lub zlikwidowanie dolegliwości spowodowanych przewlekłymi powikłaniami. W walory klimatyczne i krajoznawcze oraz zabiegi fizjoterapeutyczne wykorzystujące naturalne tworzywa lecznicze mają korzystny wpływ na podniesienie jakości życia chorych. Prowadzenie rehabilitacji fizycznej i psychicznej oraz profilaktyki diabetologicznej oddziałuje na wyrównanie metaboliczne cukrzycy. W uzdrowsku stopniowo zwiększa się aktywność chorego, w związku z tym wymaga to odpowiedniego korygowania dawki insuliny i diety. U pacjentów z cukrzycą typu 2 ćwiczenia fizyczne pomagają obniżyć stężenie glukozy we krwi, wzmacniają wrażliwość na insulinę, zmniejszają ryzyko wystąpienia choroby niedokrwiennej serca i naczyń obwodowych. Spadek stężenia glukozy we krwi pozwala zmniejszyć dzienną dawkę insuliny nawet o 20–30%. Leczenie cukrzycy typu 2 i przewlekłych powikłań cukrzycowych za pomocą metod fizjoterapeutycznych pozwala na osiągnięcie wyników nie tylko lepszych, ale i długotrwałych. Dotyczy to zwłaszcza choroby naczyniowej nóg i polineuropatii. Inne przewlekłe późne powikłania, w których leczenie fizykalne przynosi poprawę, to choroby cukrzycowe nerek, skóry, choroby przyzębia, zmiany cukrzycowe w układzie kostno-stawowym, otyłość, nadciśnienie, choroby sercowo-naczyniowe [10, 11]. Kuracja uzdrowskowa jest kontynuacją leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego. Jej zadaniem jest przystosowanie pacjenta do czynnego życia w chorobie [12].

Cel badań

Celem pracy była próba oceny jakości życia osób z cukrzycą typu 2 leczonych w szpitalu uzdrowiskowym.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w Szpitalu Uzdrowiskowym „Stary Dom Zdrojowy” w Krynicy Zdroju wśród 101 losowo wybranych chorych na cukrzycę typu 2, ze zróżnicowanym stopniem zaawansowania choroby, na dwa dni przed zakończeniem w nim pobytu na 21-dniowym turnusie. Były to osoby z turnusów organizowanych w okresie trzech miesięcy. Badani mieli określić swoje odczucia dotyczące określonej sfery życia odnosząc się do ostatnich 2 tygodni. Wszyscy ankietowani wyrazili świadomą zgodę na przeprowadzenie badań.

W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego i technikę ankiety. Posłużono się samodzielnie opracowanym kwestionariuszem ankiety oraz wystandaryzowanym Kwestionariuszem Oceny Jakości Życia WHOQOL-BREF. Autorski kwestionariusz składał się z 39 pytań, z czego 8 pytań umożliwiło określić dane socjodemograficzne badanej grupy, 6 pytań dotyczyło czasu zdiagnozowania cukrzycy typu 2, występowania przewlekłych powikłań, stosowania farmakoterapii oraz diety przed przybyciem do szpitala uzdrowiskowego. Pozostałe pytania dotyczyły: zadowolenia badanych z pobytu, zabiegów leczniczych, opieki lekarskiej i pielęgnarskiej oraz pozostałych usług medycznych, aktywności fizycznej i edukacji terapeutycznej prowadzonej w szpitalu uzdrowiskowym. Kwestionariusz Oceny Jakości Życia WHOQOL-BREF zawierał 26 pytań, na które badani odpowiadali w 5-stopniowej skali Likerta. Każde pytanie miało przyporządkowaną liczbę punktów od 1 do 5: 1 — bardzo źle, 2 — źle, 3 — ani źle ani dobrze, 4 — dobrze, 5 — bardzo dobrze. W celu analizy pytania 3, 4 i 26 dokonano zgodnie z kluczem odwrócenia negatywnie ukierunkowanych odpowiedzi, stosując następującą punktację: 1 = 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2, 5 = 1. W trakcie analizy danych uzyskane wyższe wartości odpowiadały lepszej jakości życia. Kwestionariusz ten umożliwiał ocenę jakości życia w czterech jego dziedzinach: fizycznej, psychologicznej, środowiskowej i relacji społecznych. Ponadto zawierał dwa oddzielnie analizowane pytania dotyczące zadowolenia z życia oraz aktualnego stanu zdrowia.

Analizę statystyczną zebranego materiału badawczego opracowano za pomocą testu U Manna-Whitneya, ANOVA F, testu kolejności par Wilcoxon, testu niezależności χ^2 , współczynnika korelacji liniowej Pearsona (rp), wykorzystując komputerowy pakiet statystyczny Statistica v. 5.1 oraz program Microsoft Excel 2000 i Microsoft Excel 2007 [13].

Wyniki

Grupę badanych stanowiło 101 osób (53 kobiety i 48 mężczyzn). Badane osoby były w wieku 29–81 lat, średnia wieku wynosiła 62 lata. Wśród badanych największy odsetek stanowiły osoby żyjące w związkach małżeńskich (43%). Większość ankietowanych to osoby mieszkające w miastach wojewódzkich (40%) lub powiatowych (32%). Prawie połowa badanych posiadała wykształcenie średnie (49%), wykształcenie wyższe posiadało 26% ankietowanych, szkołę zawodową ukończyło 17% osób, a wykształcenie podstawowe miało tylko 9% badanych. Większość badanych to renciści (50%) lub emeryci (19%), tylko niespełna co trzecia badana osoba (31%) była czynna zawodowo. Ponad połowa ankietowanych to osoby średnio zamożne (53%).

Jakość życia ankietowanych osób po leczeniu uzdrowiskowym była na poziomie przeciętnym. W poszczególnych dziedzinach przedstawiała się następująco: w dziedzinie fizycznej i środowiskowej — po 13,4 pkt., w dziedzinie psychologicznej wynosiła 13,3 pkt., a w relacjach społecznych — 12,9 pkt. Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy ($\chi^2 = 5,16$; $p = 0,16$) pomiędzy oceną jakości życia w poszczególnych dziedzinach funkcjonowania.

Analizując jakość życia osób z cukrzycą 2 typu w poszczególnych dziedzinach życia, zauważono, że w dziedzinie fizycznej najwyższe wartości jakości życia osoby miały w odpowiedziach dotyczących siły do prowadzenia normalnego życia (3,9 pkt.) i poruszania się (3,8 pkt.). Najniższe w odpowiedziach dotyczących: zadowolenia ze zdolności do pracy/prowadzenia domu (3,0 pkt.), ograniczeń spowodowanych bólem fizycznym (2,9 pkt.) oraz ograniczeń w prowadzeniu normalnego życia spowodowanych leczeniem (2,7 pkt.).

W dziedzinie psychologicznej najwyższe wartości jakości życia badane osoby miały w odpowiedziach dotyczących możliwości skupienia się (3,5 pkt.), cieszenia się życiem (3,5 pkt.), zdolności do akceptacji swojego wyglądu (3,5 pkt.), odczuwania sensu życia (3,3 pkt.) oraz zadowolenia z samego siebie (3,3 pkt.). Najniższe w odpowiedzi dotyczącej przeżywania nieprzyjemnych nastrojów (2,8 pkt.).

W dziedzinie społecznej najwyższe wartości jakości życia badane osoby miały w odpowiedziach dotyczących otrzymywanego wsparcia od przyjaciół (3,5 pkt.) oraz zadowolenia ze swoich związków osobistych (3,4 pkt.). Najniższe w odpowiedzi dotyczącej zadowolenia z życia seksualnego (2,8 pkt.).

W dziedzinie środowiskowej najwyższe wartości jakości życia badane osoby miały w odpowiedziach dotyczących dostępności do opieki medycznej (3,9 pkt.), zadowolenia z możliwości przemieszczania się (3,7 pkt.) oraz dostępności informacji (3,7 pkt.).

Tabela 1. Macierz współczynników korelacji pomiędzy jakością życia w poszczególnych dziedzinach funkcjonowania
Table 1. The matrix of correlation coefficients between the quality of life in various domains of the functioning

| Dziedzina | Fizyczna 13,4 | Psychologiczna 13,3 | Relacje społeczne 12,9 | Środowiskowa 13,4 |
|-------------------|-------------------|------------------------|---------------------------|----------------------|
| Fizyczna | 1,000 P = – | 0,30 P = 0,002 | 0,57 p < 0,001 | 0,34 p = 0,001 |
| Psychologiczna | 0,30 p = 0,002 | 1,000 p = – | 0,58 p < 0,001 | 0,69 p < 0,001 |
| Relacje społeczne | 0,57 p < 0,001 | 0,58 p < 0,001 | 1,000 p = – | 0,53 p < 0,001 |
| Środowiskowa | 0,34 p = 0,001 | 0,69 p < 0,001 | 0,53 p < 0,001 | 1,000 p = – |

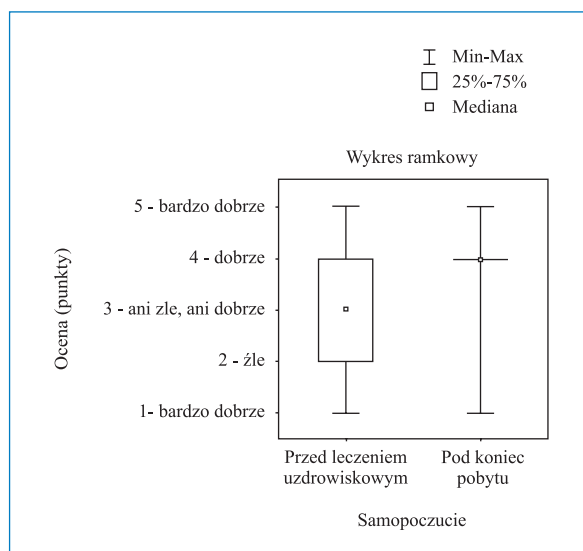
Oznaczone współczynniki korelacji są istotne na poziomie $p < 0,05000$

Najniższe w odpowiedziach dotyczących możliwości spędzania wolnego czasu (3,0 pkt.) i poczucia zdrowego wpływu okolicy, w której mieszkają (2,8 pkt.).

W tabeli I przedstawiono współczynniki korelacji pomiędzy jakością życia w poszczególnych dziedzinach funkcjonowania. Pomiedzy wszystkimi badanymi dziedzinami funkcjonowania istniały dodatnie korelacje liniowe, istotne statystycznie, to znaczy wraz ze wzrostem jakości życia w jednej z dziedzin wzrastała jakość życia w pozostałych dziedzinach.

Pytając o ocenę samopoczucia ankietowanych przed przybyciem do szpitala uzdrowiskowego, stwierdzono, że prawie połowa badanych (45%) udzielała neutralnej odpowiedzi — ani źle, ani dobrze odnośnie samopoczucia. Pozostałe osoby czuły się albo dobrze (29%), albo źle (25%). Tylko pojedyncze osoby czuły się bardzo dobrze lub bardzo źle. Nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności (test ANOVA $F = 1,60$; $p = 0,21$) pomiędzy samopoczuciem przed przybyciem do szpitala a jakością życia badanych osób na koniec pobytu w szpitalu uzdrowiskowym.

Analizując ocenę samopoczucia badanych osób na koniec pobytu w szpitalu uzdrowiskowym, stwierdzono, że prawie 20% badanych udzielało neutralnej odpowiedzi — ani źle, ani dobrze odnośnie samopoczucia. Pozostałe osoby czuły się dobrze (63,4%) albo bardzo dobrze (15,8%). Tylko pojedyncze osoby czuły się bardzo źle. Stwierdzono istotną statystycznie różnicę (test ANOVA $F = 3,99$; $p = 0,02$) pomiędzy samopoczuciem na koniec pobytu w szpitalu, a oceną jakości życia badanych osób. Osoby, które na koniec pobytu swoje samopoczucie oceniały jako bardzo dobre miały wyższą jakość życia (14,0 pkt.) w porów-

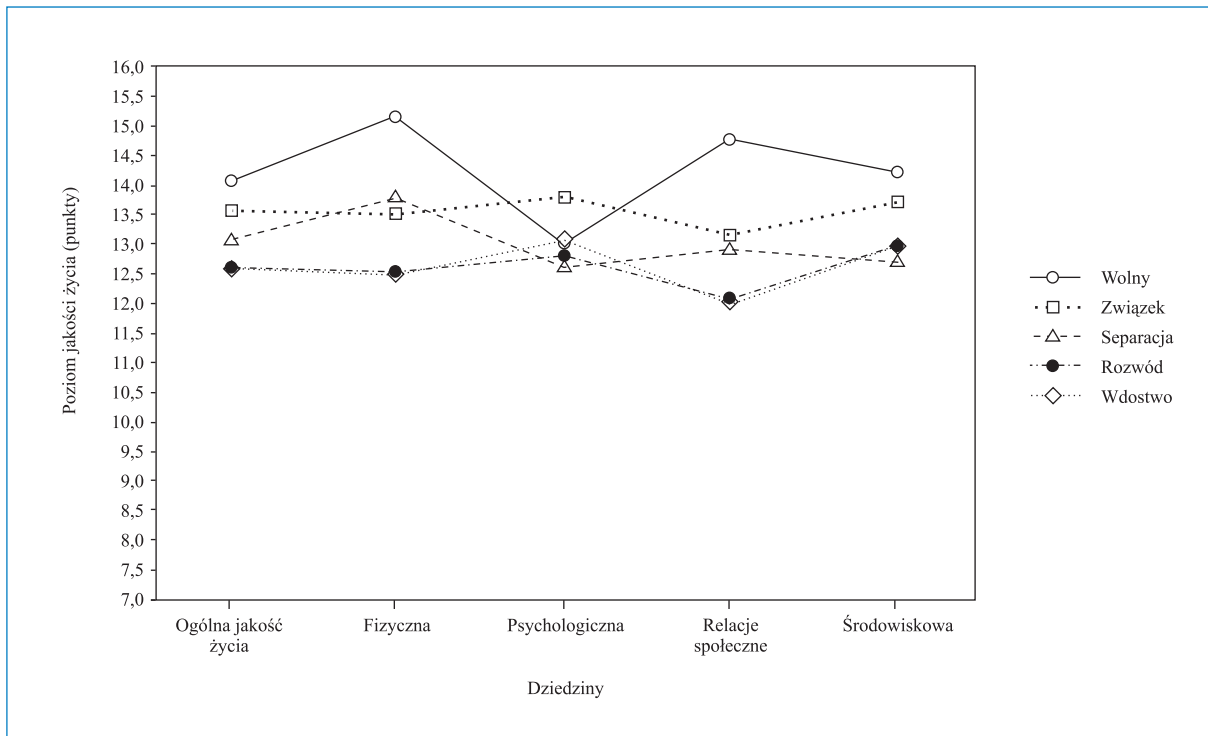


Rycina 1. Porównanie oceny samopoczucia badanych przed i na koniec leczenia w szpitalu uzdrowiskowym

Figure 1. The compare of fettle appraisal among respondents before and after visit in recovery hospital

naniu z osobami, które swoje samopoczucie oceniały neutralnie — ani źle, ani dobrze (12,5 pkt.).

Istotną statystycznie różnicę stwierdzono w ocenie samopoczucia badanych osób przed przybyciem do szpitala i na koniec pobytu w nim (test Wilcoxon $= 6,92$; $p < 0,001$). Na zakończenie pobytu w szpitalu uzdrowiskowym osoby miały lepszą samoocenę swojego samopoczucia. Tylko czterem osobom obniżyło się samopoczucie z poziomu dobrego na neutralny — ani źle, ani dobrze (ryc. 1).



Rycina 2. Poziom jakości życia w zależności od stanu cywilnego badanych
Figure 2. The level of life quality according to respondents marital status

Wraz z wiekiem jakość życia badanych była coraz niższa, współczynniki korelacji jakości życia w poszczególnych dziedzinach dla wieku były ujemne i wynosiły: w dziedzinie fizycznej ($r_p = -0,51$; $p < 0,001$), w dziedzinie psychologicznej ($r_p = -0,22$; $p = 0,03$), w relacjach społecznych ($r_p = -0,44$; $p < 0,001$), w dziedzinie środowiskowej ($r_p = -0,24$; $p = 0,02$).

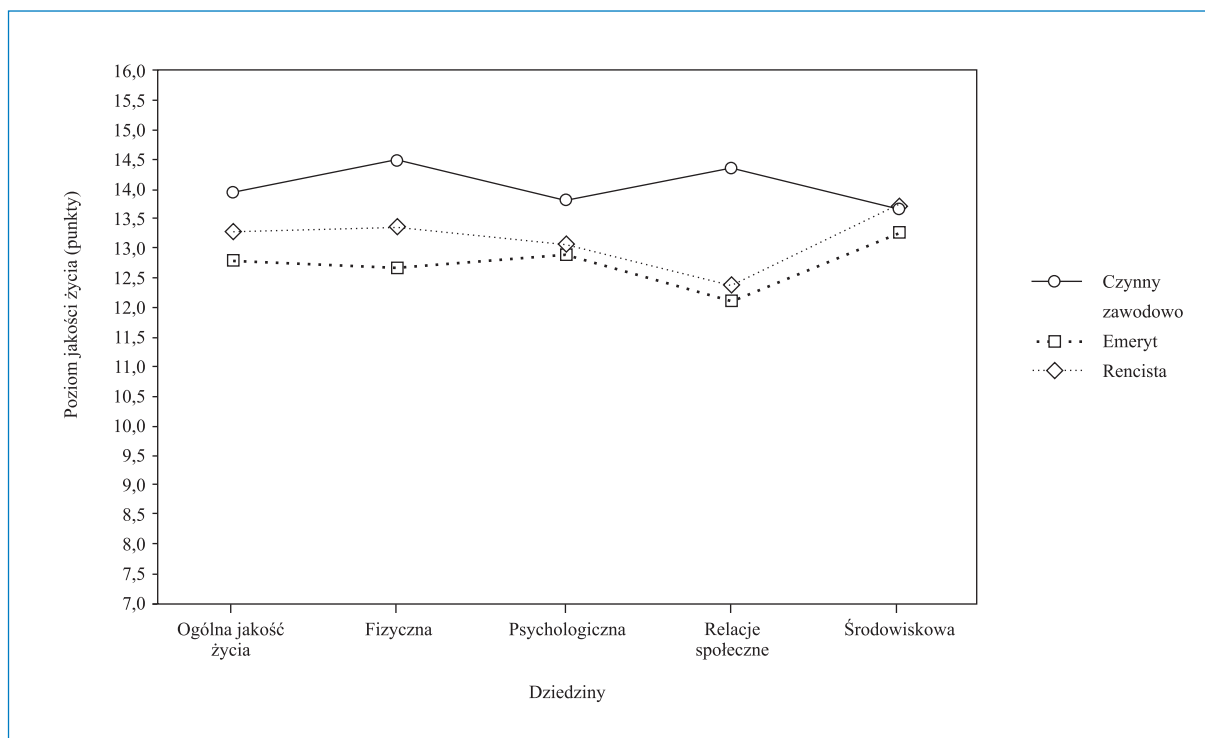
Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy pomiędzy kobietami a mężczyznami odnośnie poziomu jakości życia, pomiędzy osobami zamieszkującymi w miastach i na wsi, osobami mającymi różny poziom wykształcenia, będącymi w różnej sytuacji materialnej, korzystającymi w ciągu ostatniego roku z opieki lekarskiej w szpitalu a osobami korzystającymi z opieki w przychodni, pomiędzy osobami, u których od rozpoznania cukrzycy upłynął różny okres czasu, osobami z przewlekłymi powikłaniami cukrzycy a osobami bez powikłań, pomiędzy osobami stosującymi różne rodzaje farmakoterapii cukrzycy, osobami będącymi w szpitalu uzdrowiskowym po raz pierwszy a osobami będącymi po raz kolejny.

Stwierdzono natomiast istotną statystycznie różnicę (test ANOVA $F = 2,72$; $p = 0,05$) w ocenie poziomu jakości życia pomiędzy osobami będącymi w różnym stanie cywilnym. Osoby będące wdowcami/wdowkami miały niższą jakość życia (12,6 pkt.), niż osoby stanu wolnego (14,1 pkt.) lub żyjące w związku

mażeńskim (13,5 pkt.). Osoby rozwiedzione jakość życia miały na poziomie 13,1 pkt. Natomiast osób żyjących w separacji, nie uwzględniono w analizie statystycznej ze względu na zbyt małą liczebność, jakość życia miały na poziomie 12,6 pkt. (ryc. 2).

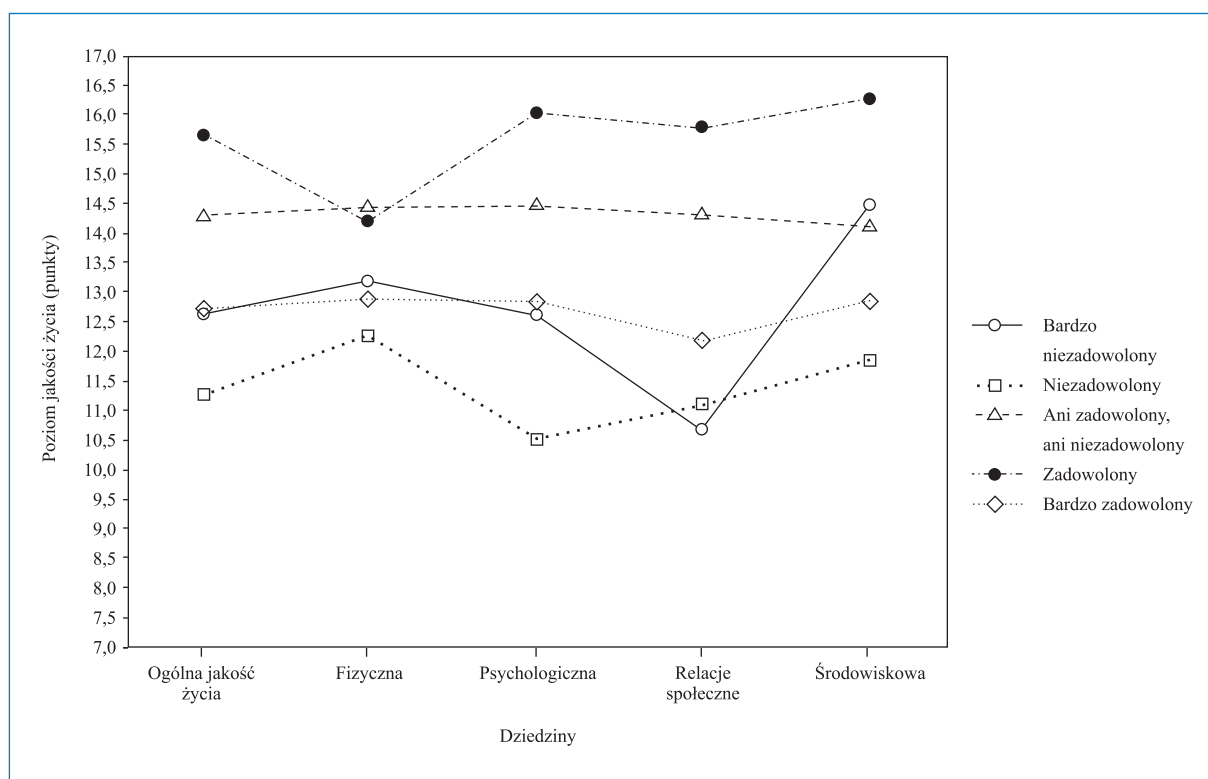
Stwierdzono również istotną statystycznie różnicę (test ANOVA $F = 3,98$; $p = 0,02$) w ocenie jakości życia pomiędzy osobami wykazującymi różną aktywność zawodową. Osoby na emeryturze miały statystycznie niższy poziom jakości życia (12,8 pkt.) od osób czynnych zawodowo (13,9 pkt.), natomiast osoby będące na rencie jakość życia miały na poziomie 13,3 pkt., czyli na poziomie pomiędzy osobami czynnymi zawodowo a osobami będącymi na emeryturze (ryc. 3).

Istniała istotna statystycznie różnica (test ANOVA $F = 27,36$; $p < 0,001$) w ocenie jakości życia pomiędzy osobami z różnymi poziomami percepcji życia. Osoby zadowolone ze swojego życia, jakość życia miały na wyższym poziomie (14,3 pkt.) niż osoby udzielające neutralnej odpowiedzi — ani zadowolone, ani niezadowolone (12,7 pkt.) oraz od osób niezadowolonych ze swojego życia (11,3 pkt.). Osoby, które były bardzo zadowolone ze swojego życia (15,6 pkt.) i bardzo niezadowolone (12,6 pkt.), nie uwzględniono w analizie statystycznej ze względu na zbyt małą liczebność (ryc. 4).



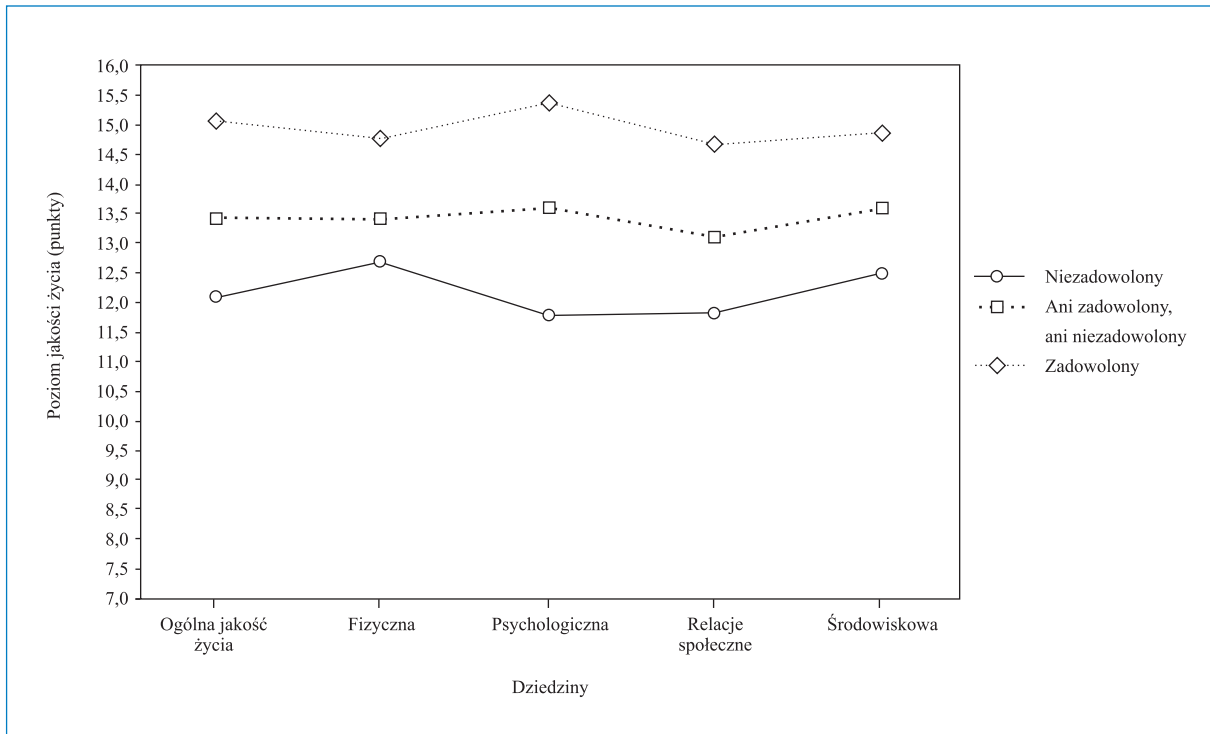
Rycina 3. Poziom jakości życia w zależności od aktywności zawodowej badanych

Figure 3. The level of life quality according to respondents professional activity



Rycina 4. Poziom jakości życia w zależności od percepcji życia badanych

Figure 4. The level of life quality according to respondents perception of life



Rycina 5. Poziom jakości życia w zależności od percepcji własnego zdrowia badanych
Figure 5. The level of life quality according to respondents perception of their own life

Istniała istotna statystycznie różnica (test ANOVA $F = 21,80$; $p < 0,001$) w ocenie jakości życia pomiędzy osobami z różnymi poziomami percepcji własnego zdrowia. Osoby zadowolone ze swojego zdrowia jakość życia miały na wyższym poziomie (15,1 pkt.) niż osoby udzielające neutralnej odpowiedzi — ani zadowolone, ani niezadowolone (13,4 pkt.) oraz od osób niezadowolonych ze swojego zdrowia (12,1 pkt.). W badanej grupie nie było osób bardzo niezadowolonych i bardzo zadowolonych z własnego zdrowia (ryc. 5).

Prawie wszystkie badane osoby (91%) odczuły poprawę swojego stanu zdrowia dzięki zastosowanym zabiegom leczniczym. Czterdzieści trzy procent badanych oceniało, że podczas pobytu w szpitalu uzdrowiskowym uzyskało poprawę ogólnego stanu zdrowia, natomiast 4% uznało, że wcale nie odczuło poprawy swojego stanu zdrowia.

Prawie połowa ankietowanych osób (47%) oceniła, że ich masa ciała uległa obniżeniu podczas pobytu w szpitalu uzdrowiskowym. Natomiast 16% osób uznało, że wcale nie odczuły, aby ich masa ciała uległa obniżeniu.

Część osób (35%) oceniło, że podczas pobytu w szpitalu uzdrowiskowym w dość dużym stopniu obniżyło się u nich stężenie glukozy we krwi, natomiast 7% osób uważało, że stężenie glukozy wcale nie uległo obniżeniu.

Prawie wszystkie osoby (98%) stwierdziły, że miały podczas pobytu w szpitalu uzdrowiskowym prowadzone prelekcje na temat cukrzycy typu 2, tylko 2 osoby odpowiedziały, że nie odbywały się prelekcje na temat cukrzycy typu 2. Trzydzieści osiem procent badanych osób oceniło, że w większości pobyt w szpitalu uzdrowiskowym wpłynął na podniesienie ich wiedzy zdrowotnej. Natomiast tylko 4% osób uważało, że poziom wiedzy i umiejętności wcale nie uległ podniesieniu.

Nieco ponad połowa badanych osób była zadowolona (54%), a prawie 1/4 bardzo zadowolona (24%) z pobytu w szpitalu uzdrowiskowym. Natomiast tylko 4% osób było niezadowolonych, a 3% bardzo niezadowolonych z pobytu w szpitalu uzdrowiskowym. Prawie połowa badanych osób była zadowolona (49%) lub bardzo zadowolona (39%) ze stosowanych zabiegów leczniczych. Natomiast tylko 2% osób było niezadowolonych, a 3% bardzo niezadowolonych z zabiegów leczniczych stosowanych podczas pobytu w szpitalu uzdrowiskowym. Stwierdzono istotną statystycznie różnicę (test U Manna-Whitneya = 2,90; $p = 0,004$) pomiędzy kobietami a mężczyznami odnośnie poziomu zadowolenia ze stosowanych zabiegów leczniczych w czasie pobytu w szpitalu uzdrowiskowym. Kobiety były bardziej zadowolone z zabiegów leczniczych stosowanych podczas leczenia uzdrowiskowego (tabela II).

Prawie wszystkie badane osoby (99%) były zadowolone z opieki lekarskiej i pielęgniarskiej, tylko 1 osoba

Tabela 2. Poziom zadowolenia badanych z zabiegów leczniczych stosowanych w szpitalu uzdrowiskowym
Table 2. The respondents satisfaction level of medicinal treatments in recovery hospital

| Odpowiedzi | Badane osoby | | | | | |
|--------------------------------------|--------------|-------|-----------|-------|---------|-------|
| | Kobieta | | Mężczyzna | | Razem | |
| | n = 53 | % | n = 48 | % | n = 101 | % |
| Bardzo niezadowolony | 2 | 3,8 | 1 | 2,1 | 3 | 3,0 |
| Niezadowolony | 0 | - | 2 | 4,2 | 2 | 2,0 |
| Ani zadowolony, ani niezadowolony | 1 | 1,9 | 6 | 12,5 | 7 | 6,9 |
| Zadowolony | 23 | 43,4 | 27 | 56,2 | 50 | 49,5 |
| Bardzo zadowolony | 27 | 50,9 | 12 | 25,0 | 39 | 38,6 |
| Razem odpowiedzi | 53 | 100,0 | 48 | 100,0 | 101 | 100,0 |

była niezadowolona zarówno z opieki lekarskiej, jak i pielęgniarstwa. Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy pomiędzy kobietami a mężczyznami odnośnie odpowiedzi dotyczących zadowolenia z opieki lekarskiej ($\chi^2 = 0,004$; $p = 0,95$) i pielęgniarstwa ($\chi^2 = 0,003$; $p = 0,96$) w szpitalu uzdrowiskowym.

Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy (test ANOVA $F = 0,67$; $p = 0,51$) w ocenie jakości życia pomiędzy osobami różnie oceniającymi poziom usług medycznych.

Dyskusja

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że u chorych na cukrzycę typu 2 pobyt w szpitalu uzdrowiskowym wpłynął na ich samopoczucie. Przed przybyciem do szpitala uzdrowiskowego prawie połowa badanych udzielała neutralnej odpowiedzi ani źle, ani dobrze. Tylko pojedyncze osoby czuły się bardzo dobrze lub bardzo źle. Natomiast na koniec pobytu w szpitalu uzdrowiskowym tylko 20% badanych osób udzieliła neutralnej odpowiedzi ani źle, ani dobrze odnośnie samopoczucia. Pozostałe osoby czuły się dobrze albo bardzo dobrze. Analiza danych wykazała, że na koniec pobytu w szpitalu uzdrowiskowym chorzy na cukrzycę typu 2 mieli lepszą ocenę swojego samopoczucia.

W literaturze przedmiotu nie odnaleziono badań na temat jakości życia chorych na cukrzycę typu 2 leczonych w szpitalu uzdrowiskowym prowadzonych przy użyciu skróconej wersji wystandaryzowanego Kwestionariusza WHOQOL-BREF.

Z wyodrębnionych za pomocą Kwestionariusza WHOQOL-BREF czterech dziedzin życia uzyskano przeciętną jakość życia u badanych w dziedzinie fizycznej, środowiskowej, psychologicznej, nieco wyższą w relacjach społecznych. Pomędzy wszystkimi badanymi

dziedzinami funkcjonowania pacjentów z cukrzycą typu 2 istniały dodatnie korelacje liniowe, istotne statystycznie, to znaczy wysokiej jakości życia w jednej dziedzinie towarzyszyła wysoka jakość życia w innej dziedzinie. Podobne wyniki uzyskano, badając jakość życia pacjentów z wszczepionym stymulatorem serca [14].

Na podstawie bardzo ograniczonych porównań można stwierdzić, że poziom jakości życia chorych na cukrzycę typu 2 leczonych w szpitalu uzdrowiskowym był niższy od odczuwalnej jakości życia innych grup chorych. Być może było to spowodowane wiekiem badanych osób. Wraz z wiekiem jakość życia badanych pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych w szpitalu uzdrowiskowym była coraz niższa. Współczynniki korelacji jakości życia w poszczególnych dziedzinach dla wieku były ujemne i wynosiły: w dziedzinie fizycznej ($p < 0,001$), w dziedzinie psychologicznej ($p = 0,03$), w relacjach społecznych ($p < 0,001$), w dziedzinie środowiskowej ($p = 0,02$). Podobne wyniki uzyskano u chorych na cukrzycę po przebytym zawale serca. Im osoby były starsze, tym mniejsza była ich zdolność do samodzielnego poruszania się, samoopieki, wykonywania codziennych zadań [15].

Na podstawie przeprowadzonej analizy dotyczącej jakości życia pomiędzy osobami z różnymi poziomami percepcji życia zauważono, że im wyższa percepcja życia, tym wyższa jakość życia badanych. Osoby zadowolone ze swojego życia jakością życia miały na wyższym poziomie w stosunku do osób, które były ani zadowolone, ani niezadowolone. Im wyższa była percepcja zdrowia badanych, tym wyższa była ich jakość życia. Osoby zadowolone ze swojego zdrowia jakością życia miały na wyższym poziomie niż osoby ani zadowolone, ani niezadowolone.

W warunkach leczenia uzdrowiskowego istnieje większa możliwość zwrócenia uwagi na normalizację masy ciała, obniżenie stężenia glukozy we krwi,

a przez zastosowane zabiegi lecznicze uzyskanie ogólnej poprawy zdrowia [16]. Badane osoby (91%) uznały, że odczuły poprawę swojego stanu zdrowia po zabiegach leczniczych. Analiza danych wykazała, że podczas pobytu w szpitalu uzdrowiskowym 34,7% badanych obniżyło masę ciała, a 52,4% badanych obniżyło stężenie glukozy we krwi. Podobnie badania wśród chorych na cukrzycę typu 2 przebywających na leczeniu uzdrowiskowym w Wysowej Zdrój wykazały, że kompleksowe leczenie uzdrowiskowe prowadzi do obniżenia masy ciała i stężenia glukozy we krwi [17].

Edukacja terapeutyczna jest jednym z elementów leczenia cukrzycy. Umożliwia skuteczniejsze zapobieganie ostrym powikłaniom choroby oraz opóźnienie tempa rozwoju przewlekłych powikłań cukrzycy. Jej efekty są jednym z czynników decydujących o jakości życia chorych na cukrzycę typu 2 [18]. Prawie wszystkie osoby odpowiedziały, że w szpitalu uzdrowiskowym były prowadzone prelekcje na temat cukrzycy typu 2. Trzydzieści osiem procent badanych oceniło, że w dużym stopniu pobyt w szpitalu uzdrowiskowym wpłynął na podniesienie wiedzy zdrowotnej, co trzecia osoba oceniła, że w średnim stopniu. Badane osoby były zadowolone z pobytu (54%), z zabiegów leczniczych (49%), z poziomu świadczonych usług medycznych (53%) w szpitalu uzdrowiskowym. Nie stwierdzono istotnej różnicy w ocenie jakości życia chorych na cukrzycę typu 2 a poziomem ich zadowolenia z usług medycznych.

Wnioski

Na podstawie analizy przeprowadzonych badań można przedstawić następujące wnioski:

- Jakość życia osób z cukrzycą typu 2 leczonych w szpitalu uzdrowiskowym była na poziomie przeciętnym. W poszczególnych dziedzinach przedstawiała się następująco: niższa była w dziedzinie fizycznej, środowiskowej i psychologicznej, natomiast wyższa w relacjach społecznych.
- Pomiędzy wszystkimi badanymi dziedzinami funkcjonowania istniały dodatnie korelacje. Wraz ze wzrostem jakości życia w jednej dziedzinie wzrastała jakość życia w pozostałych dziedzinach.
- Pobyt w szpitalu uzdrowiskowym wpłynął na poprawę samopoczucia osób z cukrzycą typu 2. Stwierdzono istotną różnicę pomiędzy samopoczuciem na koniec pobytu a oceną jakości życia osób z cukrzycą typu 2.
- Wiek, aktywność zawodowa i stan cywilny miały istotny wpływ na jakość życia osób z cukrzycą typu 2. Osoby aktywne zawodowo i żyjące w związku małżeńskim lub będące w stanie wolnym odczuwały wyższą jakość życia. Natomiast wraz z wiekiem jakość życia osób z cukrzycą typu 2 była coraz niższa.
- Im wyższa percepcja życia i zdrowia osób z cukrzycą typu 2 leczonych w szpitalu uzdrowiskowym, tym wyższa była jakość ich życia.
- Większość osób z cukrzycą typu 2 uznała, że podczas pobytu w szpitalu uzdrowiskowym uzyskała znaczną poprawę ogólnego stanu zdrowia, u dużego odsetka doszło do obniżenia masy ciała i stężenia glukozy we krwi.
- Pobyt w szpitalu uzdrowiskowym wpłynął na podniesienie wiedzy i umiejętności zdrowotnych u większości chorych na cukrzycę typu 2.
- W celu poprawy jakości życia chorych na cukrzycę typu 2 należy wdrożyć działania systemowe, takie jak na przykład zwiększenie nakładów finansowych dla szpitali uzdrowiskowych o profilu diabetologicznym oraz liczby skierowań z NFZ dla chorych na cukrzycę.

Piśmiennictwo

1. Fox-Spencer R., Huges R. Cukrzyca typu 2. Lekarz rodzinny. SEPTEM, Warszawa 2006.
2. Sieradzki J. (red.). Cukrzyca. Tom II. Via Medica, Gdańsk 2006.
3. Gierek-Łacińska A. Problemy narządu wzroku a cukrzyca. Gazeta Kuracjusza 2006; 9 (14): 40–45.
4. Bogunki A., Sławek J. Neuropatie nabyte. Czelej, Lublin 2004.
5. Kindalska I. Problemy kardiologiczne w cukrzycy. Medica Press, Warszawa 2001.
6. Wyrzykowski B. Prewencja powikłań cukrzycy typu 2. Kardioprofil 2006; 5 (14): 243–257.
7. Mary M. Bolesna neuropatia cukrzycowa. Diabetol. Prakt. 2007; 8 (4): 122–134.
8. Tobiasz-Adamczyk B. Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2000.
9. Ponikowska I. Diabetologia Uzdrowiskowa. Diabetol. na co dzień 2007; 5: 15–16.
10. Ponikowska I., Chojnowski J., Kwiatkowska B., Szatkowski R. Cukrzyca — standardy lecznicze i profilaktyczne w medycynie uzdrowiskowej. Baln. Pol. 2004; XLVI (z. 1–2): 9–24.
11. Filipiak K., Talarska D. Funkcja edukacyjna pielęgniarek wobec osób chorych na cukrzycę zorientowana na późne powikłania. Pielęg. XXI w 2008; 4 (25): 51–54.
12. Sienkiewicz B. Pielęgniarstwo uzdrowiskowe. Okazja do zmian w stylu życia. Mag. Pielęg. i Położ. 2006; 7–8: 50–51.
13. Moczko J.A., Bręborowicz G.H., Tadeusiewicz R. Statystyka w badaniach medycznych. Springer PWN, Warszawa 1998.
14. Zalewska-Puchała J., Majda A., Przeworzczak Z. Jakość życia chorych z wszczepionym stymulatorem serca. W: Wiktor H. (red.). Dobrostan i wsparcie w zdrowiu i chorobie. NeuroCentrum, Lublin 2009.
15. Borowiak E., Rosiak K., Kostka T. Analiza porównawcza wpływu cukrzycy i przebytego zawału serca na jakość życia pacjentów. Probl. Pielęg. 2009; 17 (2): 86–91.
16. Ponikowska I., Graczykowska-Koczorowska A. Leczenie cukrzycy skojarzone z otyłością w warunkach uzdrowiskowych. Baln. Pol. 1980/1981; 26: 195–207.
17. Paszkot M., Grzeszczak W., Kokoszka-Paszkot J. Wpływ leczenia uzdrowiskowego w Wysowej Zdroju na stopień wyrównania cukrzycy typu 2. Diabetol. Dośw. Klin. 2002; 2 (1): 111–116.
18. Tatoń J., Bierna M. Pedagogika zdrowotna w cukrzycy. Med. Metab. 2002; 6 (3): 25–34.