

mgr Beata Kurylek

**Tytuł pracy: Wpływ leczenia hipoglikemizującego na jakość życia chorych na cukrzycę
typu 2**

STRESZCZENIE

Cukrzyca typu 2 jest jedną z najbardziej rozpowszechnionych chorób przewlekłych XXI wieku. Jej niejednorodny i progresywny charakter wymaga złożonego leczenia farmakologicznego i systematycznego stosowania innych form wspomagających terapię: samokontroli, diety, aktywności fizycznej i edukacji. Cukrzyca wiąże się z szeregiem powikłań o charakterze ostrym (hipo- i hiperglikemia) i przewlekłym (mikro- i makroangiopatie). Skomplikowane leczenie, obecność powikłań, konieczność samokontroli towarzyszą choremu do końca życia. Głównym celem pracy była ocena jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia z uwzględnieniem różnych metod leczenia hipoglikemizującego w grupie chorych na cukrzycę typu 2. Dla realizacji celu głównego sformułowano cele szczegółowe, które obejmowały:

1. Obiektywną ocenę stanu zdrowia badanych chorych na cukrzycę typu 2.
2. Subiektywną ocenę jakości życia, zadowolenia ze zdrowia i satysfakcji z leczenia cukrzycy badanych chorych.
3. Ocenę wpływu stanu zdrowia badanych (wyrównania metabolicznego cukrzycy, powikłań ostrych i przewlekłych) na poczucie jakości życia i satysfakcję z leczenia.
4. Ocenę wpływu metody leczenia na jakość życia, zadowolenie ze zdrowia i satysfakcję z leczenia.
5. Ocenę wpływu zachowań zdrowotnych (realizacji samokontroli i stosowania diety) na jakość życia.
6. Ocenę wpływu czynników socjo- demograficznych na jakość życia badanych.

Badanie prowadzono na terenie Wojewódzkiej Poradni Cukrzycowej Samodzielnego Publicznego Szpitala Zespołowego im J. Śniadeckiego w Białymstoku w okresie od lipca 2010 roku do stycznia 2012 roku. Do badania kwalifikowano osoby dorosłe powyżej 18 roku życia, chore na cukrzycę typu 2, rozpoznaną co najmniej 3 miesiące przed włączeniem do badania, realizujące różne schematy leczenia hipoglikemizującego, które wyraziły pisemną zgodę na

udział w badaniu. Łącznie do badania zakwalifikowano 300 osób, które podzielono na 3 grupy w zależności od stosowanej metody leczenia cukrzycy: grupę 1 (129 osób) stanowiły osoby leczone doustnymi lekami hipoglikemizującymi, 2 (74 osoby) - leczeni metodą intensywnej insulinoaterapii (wielokrotne wstrzyknięcia insuliny w ciągu dnia), 3 (97 osób) - leczeni metodą insulinoaterapii konwencjonalnej (1-2 wstrzyknięcia insuliny na dobę). U większości badanych leczonych insuliną stosowano preparaty metforminy, u niektórych pochodne sulfonilomocznika. W celu dokonania subiektywnej oceny jakości życia wykorzystano kwestionariusze: specyficzne DTSQs i ADDQOL 19 autorstwa Clare Bradley i generyczny WHOQOL- BREF rekomendowane przez WHO. W ocenie obiektywnej posłużono się danymi uzyskanymi z wywiadu i analizy dokumentacji chorych. W analizie statystycznej wykorzystano testy Shapiro-Wilka, Manna-Whitneya, Kruskala-Wallisa, w uzupełnieniu testy post hoc wg. Dwass, Steele, Critchlow- Flinger, stosowano współczynniki korelacji nieparametrycznej Spearmana, oraz test niezależności χ^2 Pearsona. Wszystkie hipotezy statystyczne weryfikowano na poziomie istotności $\alpha=0,05$. Większość obliczeń przeprowadzono w oparciu o pakiet statystyczny Statistica 8.0 firmy StatSoft. Przy obliczeniach testów Dwass, Steele, Critchlow- Flinger użyto aplikacji Microsoft Excel.

Średnie stężenie HbA_{1c} wśród badanych chorych wynosiło 7,13%±1,14 (mediana 6,80). Najlepsze wyrównanie metaboliczne cukrzycy dotyczyło osób leczonych doustnie o najkrótszym czasie przebiegu choroby (8,3 lat±5,7, mediana 7): średnie stężenie HbA_{1c}: 6,60%±0,69, mediana 6,50; średnie stężenie glikemii na czczo: 121,4 mg/dl±23,7, mediana 117; średnie stężenie glikemii po posiłku: 134,0 mg/dl±33,3, mediana 127,5. Najgorsze parametry wyrównania metabolicznego wystąpiły wśród leczonych metodą intensywnej insulinoaterapii o najdłuższym czasie trwania cukrzycy (15,2 lat±7,3, mediana 15) i wynosiły: HbA_{1c}: 7,83%±1,35, mediana 7,70; glikemia na czczo: 157,5mg/dl±58,5, mediana 141,5; glikemia po posiłku 177,2mg/dl±61,7, mediana 165.

Najwyższe noty odnośnie ogólnej satysfakcji z leczenia wystawili leczeni doustnie (30,51±4,82; mediana 31,0). Jakość życia w podstawowych dziedzinach (na podstawie WHOQOL - BREF) najkorzystniej oceniono wśród leczonych doustnie. Uzyskane przez nich średnie noty w porządku od najwyższej do najniższej dotyczyły kolejno dziedzin: społecznej, środowiskowej, psychologicznej i somatycznej i wynosiły odpowiednio: 15,45±2,49, mediana 16,00; 15,19±2,18, mediana 15,00; 13,88±1,79, mediana 14,00; 13,21±1,64, mediana 13,14. Wśród leczonych insuliną oceny jakości życia we wszystkich dziedzinach są porównywalne niezależnie od metody insulinoaterapii. Najbardziej niekorzystny wpływ cukrzycy na jakość życia (na podstawie ADDQOL 19) odnotowano w grupie leczonej metodą intensywnej

insulinoterapii, gdzie średnia AWI wynosiła $-3,33 \pm 1,82$, mediana $-3,23$. Najlepiej jakość życia w cukrzycy ocenili leczeni doustnie, gdzie średnia AWI wyniosła $-2,02 \pm 1,67$, mediana $-1,63$. Najbardziej wpływają na obniżenie jakości życia ograniczenia swobody w jedzeniu. Średnia ocena tej dziedziny w grupie leczonej doustnie wynosi $-3,75 \pm 3,01$, mediana -4 , w grupie intensywnej insulinoterapii $-4,74 \pm 2,99$, mediana -4 i grupie insulinoterapii konwencjonalnej $-4,87 \pm 3,10$, mediana 4 . Powikłania przewlekłe przyczyniły się do pogorszenia jakości życia i satysfakcji z leczenia wśród badanej populacji chorych na cukrzycę typu 2. Najgorzej ocenili swą jakość życia kolejno: leczeni metodą intensywnej insulinoterapii (AWI w przypadku braku powikłań wynosiła: $-2,28 \pm 1,54$, mediana $-2,40$, a w przypadku ich wystąpienia: $-3,42 \pm 1,82$, mediana $-3,31$); leczeni doustnie (brak powikłań: średnia AWI: $-1,61 \pm 1,46$, mediana $-1,16$; wystąpienie powikłań: $-2,08 \pm 1,70$, mediana $-1,72$) i konwencjonalnie (AWI: brak powikłań: średnia $-1,29 \pm 1,69$, mediana $-0,72$; wystąpienie powikłań: $-3,11 \pm 1,73$, mediana $-3,09$). W przypadku występujących powikłań przewlekłych różnice ocen między leczonymi doustnie a za pomocą insuliny były istotne statystycznie bez względu na stosowaną metodę insulinoterapii ($p < 0,001$). W badanej populacji powikłania ostre pod postacią hipo- i hiperglikemii zaznaczają się głównie wśród leczonych insuliną. Wśród badanych samokontrola glikemii była realizowana z różną częstotliwością. Codzienna samokontrola glikemii wiązała się z obniżoną jakością życia badanej populacji, korelowała dodatnio z AWI ($r=0,16$). Najlepszą jakość życia obserwowano w przypadku cukrzycy o najkrótszym czasie przebiegu (1-5 lat; AWI= $-1,92 \pm 1,52$, mediana $-1,67$). W badaniu nie dostrzeżono wpływu płci na ocenę jakości życia i satysfakcji z leczenia. Najmniej zadowoleni z leczenia byli badani z wykształceniem podstawowym. W tej grupie stwierdzono też najbardziej niekorzystny wpływ cukrzycy na jakość życia (AWI: $-3,31 \pm 1,59$, mediana $-3,33$). Najniższe oceny, co do satysfakcji z leczenia i jakości życia obserwowano wśród badanych powyżej 60 roku życia.

Wnioski:

1. Badani chorzy na cukrzycę typu 2 prezentują dobre wyrównanie metaboliczne cukrzycy. Najlepsze parametry wyrównania metabolicznego wyrażone za pomocą stężenia glikemii na czczo, po posiłku i HbA_{1c} występują w grupie leczonej doustnie o najkrótszym czasie przebiegu cukrzycy.
2. Wyrównanie metaboliczne cukrzycy wpływa na jakość życia; im lepsze wyrównanie metaboliczne, tym lepsza jakość życia.

3. Terapia cukrzycy jest oceniana przez badanych chorych pozytywnie, niezależnie od stosowanej metody. Intensywna insulinoterapia jest oceniana porównywalnie do metody konwencjonalnej.
4. Metoda terapii cukrzycy wpływa na jakość życia badanych. Najwyższą jakość życia wykazują leczeni doustnymi lekami hipoglikemizującymi.
5. Samokontrola glikemii wpływa na jakość życia badanych. Codzienne pomiary glikemii wiążą się z obniżoną jakością życia.
6. Największy wpływ na obniżenie jakości życia badanych mają ograniczenia swobody w jedzeniu.
7. Jakość życia pogarsza się wraz z postępem czasu trwania choroby, co dotyczy wszystkich dziedzin, a najbardziej zaznacza się w dziedzinie somatycznej i psychologicznej. Najgorzej oceniają jakość życia w tych dziedzinach chorujący powyżej 20 lat.
8. Wystąpienie przewlekłych powikłań cukrzycy wpływa zdecydowanie na pogorszenie jakości życia badanych chorych.
9. Ostre powikłania cukrzycy – hipo- i hiperglikemie wpływają na obniżenie jakości życia badanych leczonych doustnie. Rzadkie hipoglikemie nie wpływają na obniżenie jakości życia.
10. Na obniżenie jakości życia wpływa niski poziom wykształcenia.
11. Jakość życia obniża się wraz z wiekiem chorych.