

Anna Korzon-Burakowska¹, Krystyna Adamska², Anna Skuratowicz-Kubica¹,
Maria Jaworska³, Ewa Świerblewska^{1, 4}, Katarzyna Kunicka^{1, 4}

¹Katedra i Klinika Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

²Instytut Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego

³Praktyka Lekarza Rodzinnego, Bytów

⁴Zakład Fizjologii Klinicznej Katedry i Kliniki Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Wpływ edukacji na parametry wyrównania cukrzycy i jakość życia chorych na cukrzycę typu 2 leczonych insuliną

Effect of education level on diabetes control and quality of life in insulin-treated type 2 diabetic patients

STRESZCZENIE

WSTĘP. Celem pracy była próba oceny wpływu edukacji zdrowotnej prowadzonej przez doświadczoną, merytorycznie przygotowaną pielęgniarkę diabetologiczną na parametry wyrównania metabolicznego i jakość życia oraz stopień kontroli własnego zdrowia u chorych na cukrzycę typu 2 leczonych insuliną.

MATERIAŁ I METODY. Przebadano grupę 53 chorych (32 kobiety i 21 mężczyzn) z cukrzycą typu 2 leczonych insuliną. Średni czas trwania choroby wynosił 9,5 roku, czas leczenia insuliną 4 lata i 4 miesiące. Średnia wieku badanych to 58,4 lat.

Jakość życia oraz stopień kontroli własnego zdrowia pacjentów badano 2-krotnie: przed rozpoczęciem edukacji diabetologicznej i po 3 miesiącach po jej przeprowadzeniu. W pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego wykonanego techniką kwestionariuszową. Do oceny stopnia kontroli własnego zdrowia przez pacjenta użyto: 1) kwestionariusza wielowymiarowej Skali Umiejscowienia Kontroli Zdrowia MHCL (wersja B) Wallstona, Wallstona, DeVelisa w polskiej adaptacji Juczyńskiego, 2) Kwe-

stionariusza Zachowań Zdrowotnych Komasińskiej-Moller oraz 3) ankiety własną do oceny glikemii i preferencji edukacyjnych. Do oceny poziomu jakości życia użyto: Skali Satysfakcji z życia autorstwa Diener, Larson, Emmons, Griffin w polskiej adaptacji Juczyńskiego.

WYNIKI. Uzyskano znamienne różnice w zakresie spadku i wzrostu glikemii na czczo oraz kontroli zdrowia, a także jakości życia przed edukacją zdrowotną i po jej przeprowadzeniu.

WNIOSKI. Prowadzenie edukacji w grupie chorych na cukrzycę w ocenie pacjentów wpływa na wzrost poczucia zadowolenia i satysfakcji z życia. Zaobserwowano pozytywne zachowanie zdrowotne związane z prowadzeniem samokontroli oraz zmniejszenie częstości hiper- i hipoglikemii na czczo. (Diabet. Prakt. 2010; 11, 2: 46-53)

Słowa kluczowe: cukrzyca typu 2, kontrola cukrzycy, edukacja, jakość życia

ABSTRACT

BACKGROUND. The aim of the study was to evaluate how health education by the experienced nurse-educator affects quality of life and metabolic control in patients with type 2 diabetes treated with insulin. **MATERIAL AND METHODS.** The studied group consisted of 53 insulin treated diabetic patients who had never before undergone structured education.

Adres do korespondencji:

dr n. med. Anna Korzon-Burakowska
Katedra i Klinika Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii GUMed
ul. Dębinki 7, 80-211 Gdańsk
tel. (58) 349 25 03
Diabetologia Praktyczna 2010, tom 11, 2: 46-53
Copyright © 2010 Via Medica
Nadesłano: 05.04.2010 Przyjęto do druku: 22.04.2010

The mean diabetes duration in the group was ± 9.5 years and the mean duration of insulin treatment ± 4 years and 4 months. 32 women aged from 36 to 72 years and 21 men aged between 33 and 70 were included in the study. Mean age in the control group was ± 58.4 years.

The quality of life in the group was studied twice: before the education and three months later.

A diagnostic poll method with the use of questionnaire was used in the study. For patient's estimation of their own health authors used following tools:

1) A Multidimensional Health Scale of Control Location (MHCL) Questionnaire, version of B. K.A. Wallston, B.S. Wallston, R. DeVelisa — adapted by Z. Juczyński; 2) Health Behaviour Questionnaire by M. Komasińska-Moller; 3) author's own questionnaire for educational preferences and glycaemia estimation.

RESULTS. Significant differences were observed with respect to fasting glycaemia, cooperation with the doctor and the sense of inner control in the group of patients who have undergone structural education.

CONCLUSIONS. Structural education has positive influence on patients diabetes control as measured by fasting glycaemia as well as on patients cooperation and quality of life which in turn may affect diabetes control. (Diabet. Prakt. 2010; 11, 2: 46–53)

Key words: type 2 diabetes, diabetes control, education, quality of life

Wstęp

Cukrzyca jest chorobą coraz częściej rozpoznawaną na całym świecie, w ostatnich latach obserwuje się epidemiczny wzrost chorobowości i zapaadalności na nią. W 2000 roku w Polsce na cukrzycę chorowało 1,5 mln osób, a u 3 mln rozpoznawano upośledzoną tolerancję glikemii. Według prognoz w 2010 roku w Polsce chorować będzie 1 792 000 osób. Na uwagę zasługuje fakt, że połowa przypadków cukrzycy pozostaje nierozpoznana [1].

Cukrzyca typu 2 jest chorobą przewlekłą, często rozwija się podstępnie przez długie lata bez objawów klinicznych, a w momencie rozpoznania towarzyszą jej powikłania mikro- i makronaczyniowe — u połowy chorych występują choroba wieńcowa, neuropatia, nefropatia i retinopatia. Niezwykle ważnym elementem leczenia pacjenta ze schorzeniem przewlekłym, na przykład z cukrzycą, jest edukacja. Stanowi ona integralną część terapii i opieki pielęgniarskiej [2].

W momencie rozpoznania cukrzycy pacjent musi zdobyć podstawową wiedzę na temat choro-

by, nauczyć się z nią żyć oraz przyswoić sobie dużą ilość informacji na temat prowadzenia samokontroli, żywienia, stylu życia, stosowania wysiłku fizycznego i zachowania w różnych sytuacjach życiowych. Pacjent powinien współuczestniczyć w procesie leczenia i wiedzieć, kiedy i jak szybko reagować i szukać pomocy w zagrażających sytuacjach, ponieważ tylko wówczas możliwe jest osiągnięcie zadowalających wyników leczenia. Diagnoza nieuleczalnej, przewlekłej choroby u wielu pacjentów budzi poczucie zagrożenia, które w znacznym stopniu utrudnia skuteczną terapię.

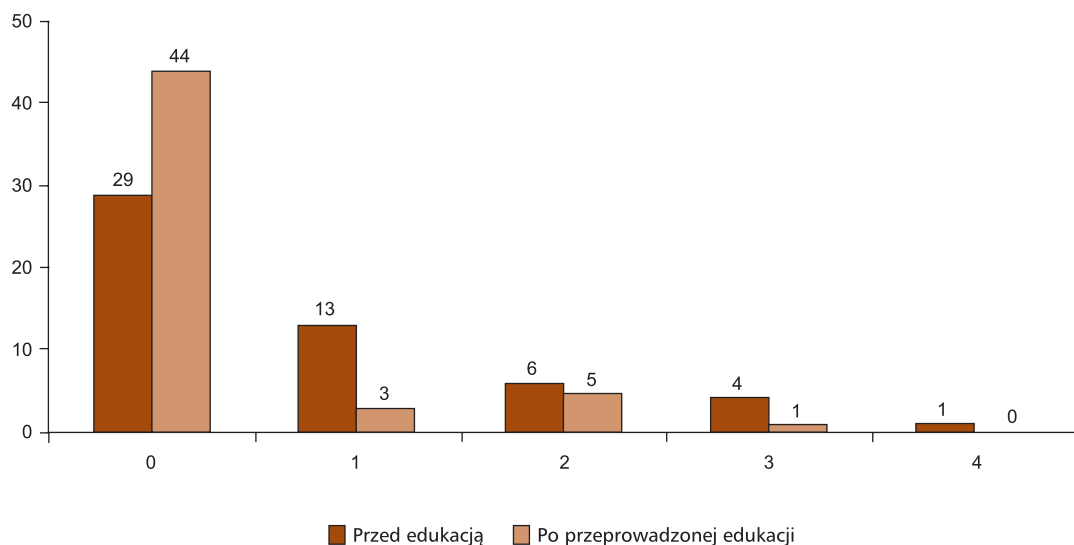
Do zmniejszenia lęku, uzyskania współpracy i akceptacji metod leczenia, samokontroli i samoopieki służy właściwie przeprowadzona edukacja. Dzięki niej pacjent oswaja się ze swoją chorobą, uczy się prowadzenia korzystnego trybu życia dla swego zdrowia, co ma ogromne znaczenie dla poprawienia parametrów wyrównania cukrzycy, jakości życia i uniknięcia powikłań choroby.

Edukacja zdrowotna jest celowym działaniem, które ma podnosić kompetencje pacjentów i ich rodzin w walce z chorobą i zagrożeniami zdrowia. Celem edukacji jest nie tylko przekazanie informacji o chorobie, ale także wpływ na zachowanie, postawy i nawyki oraz system wartości chorego. Prawidłowo prowadzona edukacja powinna przygotować pacjenta do prozdrowotnych zachowań oraz współpracy w procesie pielęgnacji, leczenia, rehabilitacji, samoopieki i opieki nieprofesjonalnej. Wszystkie te działania mają wpłynąć na poprawę jakości życia pacjenta.

Jakość życia jest pojęciem bardzo szerokim, nie istnieje jednoznaczna definicja, ale ma ona odzwierciedlać szczęście, zadowolenie i dobrostan — stanowi miernik satysfakcji, samoakceptacji i realizacji celów. Utrzymanie lub nawet poprawa jakości życia — poza ściśle medycznymi efektami leczenia — jest współcześnie niezwykle ważnym elementem procesu terapeutycznego.

Materiał i metody

Badanych pacjentów rekrutowano z Poradni Diabetologicznej w Bytowie oraz Regionalnego Centrum Diabetologii GUMed. Badania przeprowadzono od lipca 2007 do maja 2008 roku. Grupę badanych stanowiło 53 chorych na cukrzycę typu 2 leczonych insuliną — 32 kobiety w wieku 36–72 lat i 21 mężczyzn w wieku 33–70 lat. Średni wiek wynosił w badanej grupie $\pm 58,4$ lata. Średni czas trwania cukrzycy $\pm 9,5$ lat, a czas leczenia insuliną ± 4 lata i 4 miesiące. Szkolenie prowadzono w małych (4–5-osobowych) grupach, aby umożliwić pacjentom



Rycina 1. Spadki glikemii poniżej 54 mg/dl w skali 0–4

bezpośredni kontakt z edukatorem oraz ułatwić zadawanie pytań. Na uwagę zasługuje fakt, że osoby te nigdy przedtem nie były poddane pełnej edukacji diabetologicznej.

Jakość życia chorych oceniono 2-krotnie: przed rozpoczęciem edukacji i po 3 miesiącach od jej przeprowadzenia, metodą sondażu wykonanego techniką kwestionariuszową. W celu oceny poczucia satysfakcji z życia i zadowolenia zastosowano skalę *Satisfaction With Life Scale* (SWLS). Składała się ona z 5 pytań. Natomiast ocenę wymiaru umiejscowienia kontroli swego zdrowia przeprowadzono na podstawie wielowymiarowej skali *Multidimensional Health Locus of Control Scale* (MHCL) (17 pytań) oraz kwestionariusza zachowań zdrowotnych (14 pytań). Ponadto w rozmowach zwrócono uwagę na pytania dotyczące spadków i wzrostów glikemii na czczo w ostatnim czasie.

Edukację prowadziła przygotowana merytorycznie pielęgniarka, doświadczona w zakresie edukacji chorych na cukrzycę. Szkolenia prowadzono w Bytowie oraz w Gdańsku. Tematem zajęć było wyjaśnienie patogenezy cukrzycy, przedstawienie informacji na temat powikłań ostrych i przewlekłych oraz zapobieganie im i postępowanie w razie ich wystąpienia. Szkolenie prowadzono w sposób usystematyzowany i uwzględniono następujące zagadnienia:

- leczenie dietetyczne;
- planowanie wysiłku fizycznego;
- zasady leczenia insulinią;
- samokontrola glikemii;
- pielęgnacja stóp;
- postępowanie w szczególnych sytuacjach.

Wyniki

W badaniach statystycznych z użyciem programu SPSS 14, opartych na analizie średnich w grupach przed edukacją i po jej zakończeniu, z użyciem testu t-Studenta, wykazano istotne różnice statystyczne w zakresie:

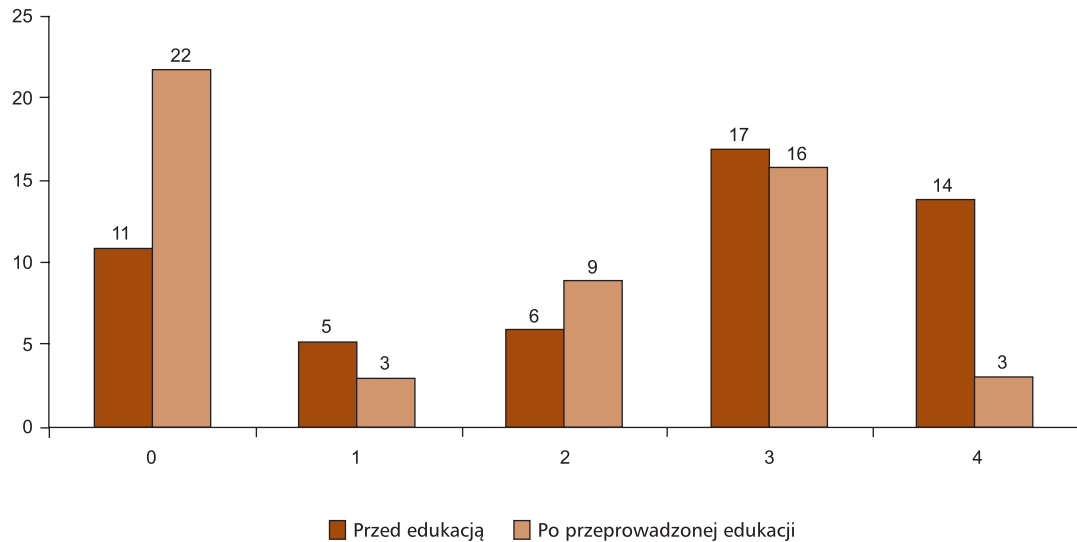
- spadku glikemii (< 54 mg/dl): $t(n = 53) = 2,695$; $p \leq 0,008$; przy M (przed) — 0,77, M (po) — 0,30; SD (przed) — 1,04, SD (po) — 0,72 (ryc. 1);
- wzrostu glikemii (> 200 mg/dl) — na czczo: $t(n = 53) = 2,852$; $p \leq 0,005$; M (przed) — 2,34, M (po) — 1,52; SD — 1,49, SD — 1,43 (ryc. 2).

Porównując uzyskane wyniki przed edukacją i po jej przeprowadzeniu u pacjentów chorych na cukrzycę typu 2, którzy są leczeni insulinią, obserwowano znaczne zmniejszenie częstotliwości występowania hipoglikemii i hiperglikemii na czczo. Pozwala to stwierdzić, że po przeprowadzonej edukacji obserwuje się lepsze wyrównanie parametrów cukrzycy.

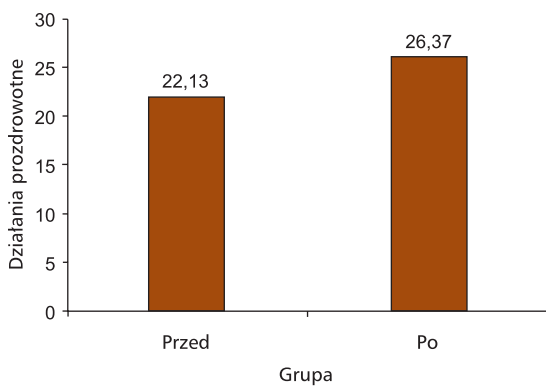
Wykazano również istotne różnice we współpracy pacjenta z zespołem leczącym pod względem gotowości do podejmowania działań prozdrowotnych: $t(n = 53) = -6,929$; $p \leq 0,000$; M (przed) — 22,13, M (po) — 26,37; SD (przed) — 3,64, SD (po) — 2,56 (ryc. 3).

Można zatem stwierdzić, że edukacja chorych na cukrzycę typu 2 leczonych insulinią pozytywnie wpływa na gotowość do podejmowania zachowań prozdrowotnych związanych z prowadzeniem samokontroli w ścisłej współpracy z lekarzem.

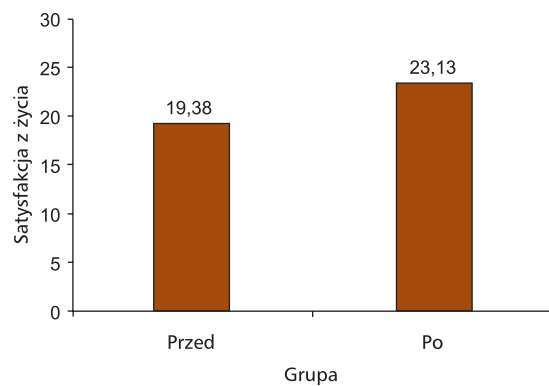
Istotnie statystycznie różnice zaobserwowano również w zakresie jakości życia, wyrażonej pozio-



Rycina 2. Wzrosty glikemii powyżej 200 mg/dl w skali 0–4



Rycina 3. Gotowość do podejmowania działań prozdrowotnych przed i po edukacji diabetologicznej



Rycina 4. Poziom satysfakcji z własnego życia przed i po edukacji diabetologicznej

mem satysfakcji z własnego życia: $t(n = 53) = -3,524$; $p \leq 0,001$; $M(\text{przed}) = 19,38$, $M(\text{po}) = 23,13$; $SD(\text{przed}) = 5,49$, $SD(\text{po}) = 5,48$ (ryc. 4).

Uzyskany wynik można interpretować w kategoriach wpływu edukacji prozdrowotnej na ogólne poczucie satysfakcji z życia.

Nie zaobserwowano istotnej statystycznie różnicy w zakresie umiejscowienia kontroli zdrowia przed edukacją i po jej przeprowadzeniu u chorych na cukrzycę typu 2. Przekonanie, że zdrowiem i życiem kierują siły zewnętrzne, a ludzie nie mogą kontrolować zdarzeń, jest trwałym i silnym wyobrażeniem o rzeczywistości. Wyobrażenie to zmienia się pod wpływem nowych doświadczeń. Zmiany w zakresie wzmocnienia wewnętrznej samokontroli i osłabienia przekonania o własnej bezsilności (nieślużącego podejmowaniu zachowań prozdrowot-

nych) mogą wystąpić po dłuższym czasie od przeprowadzonego szkolenia. W szczególności można ich oczekiwać, jeśli pacjent ponownie bierze udział w szkoleniu, które szczególnie kładzie nacisk na umożliwienie chorym na cukrzycę typu 2 wymiany pozytywnych doświadczeń związanych z podejmowaniem działań prozdrowotnych.

Dyskusja

Cukrzyca jest nieuleczalną chorobą trwającą do końca życia — pacjent musi się nauczyć z nią żyć. Jego świadomy udział w procesie leczenia ma wpływ na rezultaty i zapobieganie rozwojowi groźnych powikłań. Wyniki leczenia będą zadowalające, jeżeli dobrze wyedukowany chory przestrzega zaleceń dietetycznych, dawkowania insuliny, samokontroli glikemii, aktywności fizycznej i uregulowanego try-

bu życia. Obecnie edukacja pacjenta i jego rodziny jest podstawą leczenia. Chory ma wpływ na przebieg swojej choroby, a przestrzeganie zaleceń może opóźnić postęp późnych powikłań cukrzycy [3].

Edukacja zdrowotna jest procesem celowym, który ma podnieść kompetencje jednostek i/lub rodzin w zmaganiu się z chorobami i zagrożeniami dla zdrowia. Nabywanie i podnoszenie kompetencji zależy od poziomu ich wiedzy, umiejętności związanych z oczekiwanymi działaniami, a także od emocjonalnego ustosunkowania się do (postawy wobec) zdrowia, związanych z nim problemów oraz możliwości ich rozwiązywania [4]. W przypadku pacjenta edukacja osiąga cel, gdy nie ogranicza się tylko do przekazania wiedzy na dany temat, ale wpływa również na zachowanie pacjenta, czyli zmienia postawy i nawyki, a także jego system wartości [5]. Celem edukacji zdrowotnej powinno być dostarczenie zarówno osobom zdrowym, jak i chorym wiedzy i umiejętności, które są niezbędne do przyjęcia korzystnych zachowań dla zdrowia. Wśród osób zdrowych edukacja ma za zadanie utrzymanie, umacnianie zdrowia i zapobieganie chorobom, a wśród chorych — hamowanie rozwoju choroby i ograniczanie jej następstw oraz przywracanie i utrzymanie zdrowia na możliwie dobrym poziomie. Edukacja pacjenta prowadzona przez pielęgniarkę ma kształtować prawidłowe zachowania zdrowotne, poczucie odpowiedzialności za własne zdrowie oraz przygotować chorego do współdziałania i współpracy w procesie pielęgnowania, leczenia oraz realizowania samoopieki i opieki nieprofesjonalnej [6].

Jakość życia. Życie człowieka powinno być jak najlepsze, jednak w konkretnych przypadkach może ono być gorsze [7]. Jakość życia jest pojęciem bardzo szerokim i wielowymiarowym [8], używanym do oceny funkcjonowania człowieka. Pomimo powszechnego zastosowania nie ma definicji, która by jednoznacznie określała, co oznacza jakość życia [9]. Wielu badaczy w różny sposób określa ten termin. Najczęściej jest on definiowany jako szczęście, zadowolenie i dobrostan. W codziennym życiu przejawia się w postaci satysfakcji, samoakceptacji i możliwości realizacji celów. Odzwierciedla indywidualne potrzeby człowieka i jego odczucia zarówno w przypadku zdrowia, jak i choroby [10].

Zdobycie wiedzy na temat choroby sprawia, że zmniejszają się poczucie lęku, ograniczenia stylu życia oraz poczucie inwalidztwa. Szczególnym wyzwaniem dla pacjenta chorego na cukrzycę typu 2 jest konieczność włączenia insulinoterapii. Właściwie przeprowadzone szkolenie chorego poszerza jego wiedzę i umiejętności, wpływa na poczucie niezależności, samodzielności oraz zmniejsza obawy i lęk.

Interesujące były wyniki badania jakości życia chorego przeprowadzonego przez Drożdż i wsp. [11] z Akademii Medycznej w Poznaniu. Wyniki te przedstawiono na Międzynarodowej Konferencji Diabetologicznej w Krakowie w 2000 roku. Ocenie poddano 40-osobową grupę pacjentów z cukrzycą typu 2 w wieku 40–68 lat. Wykazano, że osoby, które wzięły udział w szkoleniu, miały zwiększone poczucie odpowiedzialności za swoje zdrowie, natomiast pozostali chorzy — niepoddani edukacji — uważali, że wiedza uświadamia im jedynie uciążliwość choroby.

Celem prawidłowo prowadzonej edukacji jest takie ukształtowanie wiedzy pacjenta, aby mógł on aktywnie uczestniczyć w procesie leczenia, potrafił wykorzystać wyniki samokontroli w modyfikacji terapii, umiał zapobiegać ostrym i przewlekłym powikłaniom. Zadania te trzeba także połączyć z poczuciem dobrej jakości życia chorego.

Należy wziąć pod uwagę fakt, że wielu chorych na cukrzycę typu 2 w momencie włączenia insuliny jest już w podeszłym wieku. W tej grupie współistnieje wiele innych chorób, często powikłań cukrzycy, oraz jest obniżona sprawność psychofizyczna i występują także zaburzenia wzroku, słuchu i pamięci.

Edukacja osób w podeszłym wieku stwarza specyficzne problemy. Wymaga ona więcej czasu, stopniowego przekazywania informacji, wielokrotnego powtarzania, odpowiednich pomocy dydaktycznych, pomocy obrazowych oraz szkolenia rodziny bądź opiekunów.

W pracy porównano wyniki uzyskane u pacjentów chorych na wieloletnią cukrzycę typu 2 leczonych insuliną przed edukacją i po 3 miesiącach jej przeprowadzania. Wykazano, że szkolenia wpływały na znaczne zmniejszenie częstości występowania hipo- i hiperglikemii na czczo oraz wzrost poczucia zadowolenia i satysfakcji z życia pacjenta. Edukacja diabetologiczna istotnie wpłynęła na przejawianą gotowość do podejmowania działań prozdrowotnych. Po jej przeprowadzeniu badani znacznie częściej zgadzali się z takimi stwierdzeniami kwestionariusza, jak „uważam, że moje zachowanie ma duży wpływ na stan mojego zdrowia” czy „nie lubię wykonywać ćwiczeń fizycznych, ale mój lekarz stanowczo mi to zalecił, więc staram się stosować do jego porady”. Zwiększenie gotowości do współpracy z lekarzem jest istotną zmianą, jaką uzyskano na skutek podjętej edukacji diabetologicznej.

Badana grupa liczyła tylko 53 osoby, co nie pozwala na ocenę innych interesujących zależności, na przykład pomiędzy poziomem wykształcenia

a wynikami osiągniętymi po procesie edukacji. Ograniczeniem badania był fakt przeprowadzenia szkolenia jednodniowego. Rozszerzenie edukacji na kilka dni pozwoliłoby na szersze omówienie zagadnienia, a kilkukrotne powtórzenie wzmocniłoby efekt szkolenia, co powinno przełożyć się na lepsze wyniki.

Na uwagę zasługuje to, że wiele osób, które wcześniej zadeklarowały swój udział w szkoleniu, ostatecznie nie wzięło w nim udziału. Chętniej z możliwości edukacji korzystały osoby mieszkające w mieście niż na wsi. Obserwacje te mogłyby być przedmiotem osobnych badań nad różnicami świadomości zdrowotnej mieszkańców wsi i miast.

Ograniczeniem niniejszej pracy jest również brak grupy kontrolnej. Grupę kontrolną miały stanowić osoby, które mimo wcześniejszej deklaracji nie wzięły udziału w szkoleniu — autorzy pracy zakładali, że osób takich będzie około 30–40%. Jak się okazało, w szkoleniu nie wzięło udziału 45% pacjentów, którzy zgłaszali wstępne zainteresowanie. Osoby te jednak w dużym odsetku nie zgłosiły się do ponownej oceny parametrów psychologicznych, a wśród tych, którzy się zgłosili po 3 miesiącach, częstość prowadzonej samokontroli była na tyle niska, że nie pozwoliła na przeprowadzenie analizy statystycznej. Pośrednio może to również przemawiać za istotną rolą procesu edukacji we wzmacnianiu właściwej postawy pacjentów uwzględniającej poczucie kontroli nad własnym zdrowiem oraz ich gotowości do współpracy z zespołem leczącym. Osoby, które wzięły udział w szkoleniu, były szczególnie zmotywowane, zainteresowane poszerzeniem wiedzy i szukały rozwiązania problemów związanych z chorobą, jej powikłaniami, wpływem na jej przebieg i znaczeniem samokontroli.

Mimo ograniczeń przeprowadzonych badań wykazano jednoznaczne korzyści przeprowadzonej

edukacji u pacjentów chorych na cukrzycę typu 2. Ma to szczególne znaczenie, ponieważ stanowią oni większość populacji chorych na cukrzycę. W przyszłości warto ponownie przeprowadzić badania, które pozwoliłyby ocenić trwałość efektów edukacji.

PIŚMIENNICTWO

1. Czech A., Tatoń J., Bernas M. i wsp. Kompendium Diabetologii. Via Medica, Gdańsk 2000; 119–128.
2. Wiedermann G. Edukacja podstawą leczenia cukrzycy. Gazeta o cukrzycy 2001; 26: 4–5.
3. Klimaszewska K. Rola pielęgniarki w kształceniu i wychowywaniu chorych na cukrzycę. W: Opieka zdrowotna wobec procesu transformacji społecznej. Ann. Acad. Med. Siles. 2002; supl. 34: 179–185.
4. Charońska E., Janus B. Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna. Pielęgniarstwo 2000; 99: 19–25.
5. Zahradniczek K. Pielęgniarstwo. Pojęcia związane z edukacją pacjenta. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2002; 963–966.
6. Krajewska-Kułak E., Sierakowska M., Lewko J. i wsp. (red.). Pacjent Podmiotem Troski Zespołu Terapeutycznego. Wydział Pielęgniarstwa i Ochrony Zdrowia, Akademia Medyczna w Białymstoku, Białystok 2004; 160–170.
7. Czapiński J. Ekonomiczne przesłanki i efekty dobrostanu psychicznego. W: Tyszko T. (red.). Psychologia ekonomiczna. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004; 192–235.
8. Cegła B., Kartuzi Z. Wpływ wybranych czynników na jakość życia pacjentów zainfekowanych *Helikobakter pylori*. Polska Medycyna Rodzinna, Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, Stowarzyszenie Przyjaciół Medycyny Rodzinnej i Lekarzy Rodzinnych. Wydawnictwo Conlinuo, Szczecin 2004; 6 (supl. 1): 51–57.
9. Cegła B., Kartuzi Z. Badania jakości życia w naukach medycznych. Polska Medycyna Rodzinna, Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, Stowarzyszenie Przyjaciół Medycyny Rodzinnej i Lekarzy Rodzinnych. Tom 6 (supl. 1). Wydawnictwo Conlinuo, Szczecin 2004; 6 (supl. 1): 124–128.
10. Sokolnicka R. Medycyna a pojęcie jakości życia. Medycyna Rodzinna 2003; 24: 126–128.
11. Drożdż Z., Pawlaczyk B., Grolewska D. Jakość życia pacjentów chorujących na cukrzycę. Międzynarodowa Konferencja Naukowa „Pielęgniarstwo a jakość życia”, Kraków, 7–8 IX 2000, Materiały Konferencji, Kraków 2000; 68–73.

Załącznik 1. Ankieta własna dotycząca preferencji edukacyjnych

Szanowni Państwo!

Bardzo proszę o wzięcie udziału w badaniach. Zapewniam jednocześnie pełną anonimowość. Uzyskane informacje zostaną wykorzystane do opracowania pracy magisterskiej. Po zapoznaniu się z treścią ankiet proszę o zakreślenie wybranej odpowiedzi. Dziękuję. Poniżej podano kilka zagadnień dotyczących preferencji edukacyjnych.

Proszę podać, jakie Państwo wykazują zainteresowanie zdobyciem informacji z zakresu:

- czynników ryzyka
- istoty choroby
- metody leczenia
- zasady leczenia dietetycznego
- aktywności fizycznej
- powikłań
- rokowania

Przy każdym z czynników proszę postawić liczbę od 1 do 7 (liczba 7 oznacza bardzo duże zainteresowanie, a zmniejszające się kolejno liczby świadczą o mniejszym zainteresowaniu).

Załącznik 2. Kwestionariusz zachowań zdrowotnych (autor: Komasińska-Moller)

Proszę odpowiedzieć na pytanie, na ile poniższe stwierdzenia opisują sposób, w jaki się Pan/Pani zachowuje. Aby to określić, proszę o postawienie obok każdego stwierdzenia odpowiedniej cyfry: 1 — zdecydowanie nie; 2 — raczej nie; 3 — trudno powiedzieć; 4 — raczej tak; 5 — zdecydowanie tak.

1. Uważam, że moje zachowanie ma duży wpływ na stan mojego zdrowia.
2. Uważam, że lekarz powinien być stanowczy w swoich zaleceniach i kontrolować, w jakim stopniu stosuję się do jego porad.
3. Regularnie mierzę stężenie glukozy we krwi, ponieważ wiem, jak duże znaczenia to ma dla mojego zdrowia.
4. Mój lekarz ustalił, jaka dieta będzie dla mnie odpowiednia — on jest ekspertem w tych sprawach i stosuję się zawsze do jego zaleceń.
5. Gdy dowiedziałam/-em się o mojej chorobie, zmieniłam/-em swoje podejście do codziennego wysiłku fizycznego. Uświadomiłam/-em sobie, jak duże ma to znaczenie, i pilnuję tego, by regularnie wykonywać ćwiczenia fizyczne.
6. Rozumiem, jak ważne jest stosowanie odpowiedniej diety, i staram się ją stosować, ponieważ jest to ważne dla mojego zdrowia i dobrego samopoczucia.
7. Regularnie przychodzę do w poradni diabetologicznej, ponieważ zalecił mi to mój lekarz.
8. Czasem nie chce mi się dokonywać regularnych pomiarów glukozy we krwi i zapisywania wyników w dzienniczku samokontroli, ale robię to, bo wiem, że mój lekarz nie byłby ze mnie zadowolony.
9. Razem z lekarzem ustaliłam/-em, jak ma wyglądać moja codzienna dieta. Przestrzegam jej, bo wiem, że dzięki temu będę mógł/-a długo cieszyć się zdrowiem.
10. Nie lubię wykonywać ćwiczeń fizycznych, ale mój lekarz stanowczo mi to zalecił, więc staram się stosować do jego porady.
11. Regularnie badam stężenie glukozy we krwi, ponieważ takie jest zalecenie mojego lekarza.
12. Czasem buntuję się i lekceważę dietę. Zdarza mi się wtedy fałszować zapisy w dzienniczku samokontroli, ponieważ obawiam się reakcji mojego lekarza.
13. Dbam o to, aby regularnie odbywać wizyty w poradni diabetologicznej. Do prawidłowego dbania o zdrowie potrzebne jest moje zaangażowanie i wiedza ekspertów, którzy mi doradzają i pomagają.
14. Stosowanie diety jest dla mnie uciążliwe i czasem odczuwam to jako karę, dlatego zdarzają mi się okresy nieprzestrzegania zaleceń żywieniowych, bo przecież też mam prawo do jakichś przyjemności w życiu.

Załącznik 3. Skala oceny poczucia satysfakcji z życia i zadowolenia SWLS Diener, Emmons, Larson i Griffin (adaptacja: Juczyński)

Poniżej podano kilka stwierdzeń, z którymi może się Pan/-i zgadzać lub nie. Używając skali od 1 do 7, proszę wskazać, w jakim stopniu zgadza się Pan/-i z każdym stwierdzeniem, wpisując w pustą kratkę odpowiednią cyfrę. Proszę o szczerą odpowiedź. Poszczególne punkty skali oznaczają: 1 — **zupełnie się nie zgadzam**; 2 — nie zgadzam się; 3 — raczej się nie zgadzam; 4 — ani się zgadzam, ani się nie zgadzam; 5 — raczej się zgadzam; 6 — zgadzam się; 7 — **całkowicie się zgadzam**.

Pod wieloma względami moje życie jest zbliżone do ideału.

Warunki mojego życia są doskonałe.

Jestem zadowolony z mojego życia.

W życiu osiągnąłem najważniejsze rzeczy, które chciałem.

Gdybym mógł jeszcze raz przeżyć swoje życie, to nie chciałbym prawie nic zmienić.

Załącznik 4. Kwestionariusz *Multidimensional Health Locus of Control Scale* (MHCL) — ocena wymiaru umiejscowienia kontroli swego zdrowia

MHCL — wersja B (Wallston K.A., Wallston B.S., DeVellis R.; adaptacja: Juczyński Z.)

Skala przedstawia poglądy różnych ludzi na pewne istotne zagadnienia związane ze zdrowiem. Każde stwierdzenie wyraża pogląd, z którym można się zgodzić lub nie. Chodzi tu o osobiste przekonanie i nie ma odpowiedzi ani dobrych, ani złych. Ważne jest, aby odpowiadać zgodnie z własnymi przekonaniem, a nie z tym, co powinno się sądzić.

Obok znajdują się odpowiedzi od „zdecydowanie nie zgadzam się” (1) — do „zdecydowanie zgadzam się” (6).

Przy każdym zdaniu należy otoczyć kółkiem liczbę, która wyraża właściwy stopień zgody. Należy podać jedną odpowiedź dla każdego stwierdzenia. Poszczególne liczby oznaczają:

NIE Zdecydowanie nie zgadzam się 1	W pewnym stopniu zgadzam się 2	W małym stopniu nie zgadzam się 3	W małym stopniu zgadzam się 4	W pewnym stopniu zgadzam się 5	TAK Zdecydowanie zgadzam się 6
1. Jeżeli zachoruję, to dla zdrowia powracam o własnych siłach.				1 2 3 4 5 6	
2. Często czuję, że jeżeli mam zachorować, to zachoruję niezależnie od tego, co zrobię.				1 2 3 4 5 6	
3. Jeżeli regularnie będę się konsultował/-a z dobrym lekarzem, to zmniejszę prawdopodobieństwo zachorowania.				1 2 3 4 5 6	
4. Wydaje mi się, że na mój stan zdrowia duży wpływ mają przypadkowe zdarzenia.				1 2 3 4 5 6	
5. Swoje zdrowie mogę zachować jedynie konsultując się z lekarzem.				1 2 3 4 5 6	
6. Ponoszę pełną odpowiedzialność za swoje zdrowie.				1 2 3 4 5 6	
7. To, czy pozostanę zdrowy/-a, czy też zachoruję, zależy w dużej mierze od innych ludzi (np. lekarzy, pielęgniarzek, rodziny, przyjaciół).				1 2 3 4 5 6	
8. Cokolwiek złego dzieje się z moim zdrowiem, to jest moja wina.				1 2 3 4 5 6	
9. Kiedy zachoruję, muszę po prostu poczekać aż przejdzie.				1 2 3 4 5 6	
10. Lekarze utrzymują mnie w dobrym zdrowiu.				1 2 3 4 5 6	
11. Kiedy jestem zdrowy, mam po prostu szczęście.				1 2 3 4 5 6	
12. Moje samopoczucie fizyczne zależy od tego, jak dobrze dbam o siebie.				1 2 3 4 5 6	
13. Opieka, którą otrzymuję od innych, decyduje o tym, jak szybko powracam do zdrowia.				1 2 3 4 5 6	
14. Nawet jeśli dbam o siebie, łatwo mogę zachorować.				1 2 3 4 5 6	
15. Kiedy choruję, jest to sprawa losu.				1 2 3 4 5 6	
16. Pozostanę raczej zdrowy/-a, jeżeli dobrze zadbam o siebie.				1 2 3 4 5 6	
17. Dokładne wypełnianie poleceń lekarza jest najlepszym sposobem zachowania dobrego zdrowia.				1 2 3 4 5 6	