

WALDEMAR BUDZIŃSKI¹, MARZANNA MZIRAY², MACIEJ WALKIEWICZ¹,
MAŁGORZATA TARTAS¹

DEPRESJA U OSÓB CHORYCH NA CUKRZYCĘ INSULINOZALEŻNĄ W ASPEKCIE POZIOMU SATYSFAKCJI Z OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ

DEPRESSION AMONG DIABETIC (INSULIN-DEPENDENT) PATIENTS AND THE LEVEL OF THE NURSES' CARE SATISFACTION

¹ Zakład Badań nad Jakością Życia Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego
kierownik: dr hab. Mikołaj Majkowicz

² Zakład Pielęgniarstwa Społecznego i Promocji Zdrowia
Katedry Pielęgniarstwa Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego
kierownik: dr n. med. Regina Żuralska

Celem prezentowanej pracy była ocena występowania objawów depresji u chorych na cukrzycę insulinozależną (typu 1) oraz określenie związku pomiędzy tymi objawami a poziomem satysfakcji z opieki pielęgniarskiej. Badania przeprowadzono w okresie od lutego do maja 2004 roku równolegle w dwóch grupach: badawczej – 60 osób hospitalizowanych z powodu cukrzycy insulinozależnej w Klinice Nadciśnienia i Diabetologii Akademickiego Centrum Klinicznego – Szpitala Akademii Medycznej w Gdańsku oraz w grupie kontrolnej – 60 osób zdrowych, wybieranych w zależności od wieku i płci. Narzędziem badawczym była ankieta własnej konstrukcji dotycząca satysfakcji z opieki pielęgniarskiej oraz Inwentarz Depresji Becka (BDI) i Skala Samooceny Depresji Zunga (SDS). Wykazano, że zaburzenia depresyjne występują częściej u osób chorych na cukrzycę insulinozależną niż u osób zdrowych. Częstość występowania objawów depresji u osób z cukrzycą oceniono na 45%, natomiast u osób zdrowych na 25%. W badaniu nie stwierdzono istotnej zależności pomiędzy obecnością cukrzycy insulinozależnej a nasileniem depresji. Wykazano zależność pomiędzy liczbą powikłań a nasileniem objawów depresji. Osoby chore na cukrzycę insulinozależną osiągnęły większe wartości punktowe zarówno w Inwentarzu Depresji Becka (BDI), jak i w Skali Samooceny Depresji Zunga (SDS) w porównaniu z osobami zdrowymi. Analiza czasu trwania choroby unaocniła, zależność między czasem trwania cukrzycy insulinozależnej a nasileniem depresji. Wykazano także zależność pomiędzy objawami depresji u chorych na cukrzycę insulinozależną a poziomem satysfakcji z opieki pielęgniarskiej. Przeprowadzone badanie wskazuje na możliwość wystąpienia depresji u osób chorych na cukrzycę insulinozależną i niższy stopień ich zadowolenia z opieki pielęgniarskiej.

Cukrzyca typu insulinozależnego jest chorobą nieuleczalną, przewlekłą, trwającą od wystąpienia pierwszych objawów aż do śmierci pacjenta [7]. Wraz z czasem jej trwania wzrasta liczba powikłań, które wywołują u chorego negatywne reakcje emocjonalne [8,16]. Mają one charakter obronny i przystosowawczy, dodatkowo mogą powodować wiele cierpień oraz niekorzystnych działań i zachowań m.in. negację choroby, opór, świadome lub nieświadome nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich [3,4]. Oddziaływanie choroby na stan psychiczny człowieka chorego, zależy m.in. od obrazu własnej choroby, właściwości osobowości oraz sposobów zachowania się w sytuacji trudnej [14,15]. Pacjenci chorujący na cukrzycę charakteryzują się wzmoczoną drażliwością, poczuciem krzywdy, niepokojem, obniżonym nastrojem, gorszym przystosowaniem seksualnym, mniejszą dojrzałością emocjonalną, a także dążeniem do dominacji i tłumieniem reakcji emocjonalnych [38]. Polskie badania dowodzą także, iż chorzy z rozpoznaną cukrzycą mają obniżoną tolerancję w znoszeniu trudności, niepowodzeń i stresów [27].

W okresie przewlekłego stresu istnieje duża podatność na choroby, w tym także depresję, która stanowi poważny problem zdrowotny współczesnej medycyny [13,25,37]. Badania wskazują, że częstość zachorowań na zaburzenia depresyjne istotnie wzrasta, a prognozy Światowej Organizacji Zdrowia przewidują, że w ciągu najbliższych lat depresja wysunie się na czołowe miejsce w grupie chorób związanych z ograniczeniem zdolności do pracy [30,36]. Cukrzyca jest jedną z chorób przewlekłych sprzyjających częstemu występowaniu depresji, która występuje u osób chorych częściej niż w populacji ogólnej (zachorowalność mieści się w przedziale 10–28%, ryzyko zachorowania w ciągu życia wynosi około 30%) [6,20]. Rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych w cukrzycy w porównaniu do innych przewlekłych chorób somatycznych prawdopodobnie nie jest jednak większe, ale w cukrzycy depresja często ma przewlekły przebieg [11,20,34]. Dodatkowo, czynniki ryzyka związane z depresją w cukrzycy to: brak wiedzy na temat choroby i sposobów radzenia sobie z nią, a także obecność powikłań lub lęk przed nimi [6,34,35]. Zaburzenia depresyjne w przypadku cukrzycy typu insulinozależnego mogą wystąpić zarówno po rozpoznaniu tej choroby (ok. 10–15% przypadków), jak i w czasie jej trwania. Pod względem częstotliwości u obu płci depresja chorych na cukrzycę nie różni się od występującej w populacji osób bez cukrzycy. Zmiany psychologiczne i fizjologiczne spowodowane chorobą mogą prowadzić do większego nasilenia objawów depresyjnych, wydłużyć czas trwania tej choroby i wywoływać większą liczbę nawrotów [20]. Remisja depresji powoduje poprawę kontroli cukrzycy, poprawę stosunku chorego do choroby, zwiększenie aktywności chorego w zakresie swojej choroby lub zmianę spojrzenia na cukrzycę. Na leczenie depresji pacjenci z cukrzycą odpowiadają podobnie jak chorzy bez cukrzycy, jednak depresję i objawy depresyjne u chorych na cukrzycę leczy się dłużej, częściej i w bardziej zdecydowany sposób [17,20].

W ochronie zdrowia jakość jest definiowana jako: stopień, w jakim każda usługa świadczona pacjentowi, dostarczana zgodnie z aktualnym stanem wiedzy, podnosi prawdopodobieństwo uzyskania pożądanego wyniku opieki i redukuje prawdopodobieństwo niepożądanych następstw [22]. Jakość opieki to elementy wzajemnie ze sobą powiązane: efektywność, skuteczność, dostępność, akceptowanie oraz trafność w stosunku do potrzeb [10]. Wysoka jakość opieki to opieka zaspokajająca zapotrzebowanie społeczne, odpowiadająca oczekiwaniom i wymaganiom społeczności, przyczyniająca się do zadowolenia pacjentów [5,33]. Wskaźniki, za pomocą których można dokonywać pomiaru i oceny jakości opieki pielęgniarskiej, dzielą się na: ilościowe (np. zapadalność na odleżyny w oddziale lub zakażenia po wkłuciu do naczynia żylnego) i jakościowe (np. poziom satysfakcji pacjenta z opieki pielęgniarskiej) [19,31].

Satysfakcja pacjentów jest miernikiem, który odzwierciedla wyniki, proces i strukturę opieki. Zawiera w sobie elementy dotyczące kosztów, aspektów technicznych i międzyludzkich, jest powiązana z osobistymi oczekiwaniami, wartościami oraz doświadczeniem [10,21,22]. Poziom satysfakcji pacjenta jest jego subiektywnym odczuciem i oceną otrzymanego świadczenia diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego czy rehabilitacyjnego. Jest on także wskaźnikiem zadowolenia lub niezadowolenia pacjenta z otrzymanej opieki oraz odczuwanego poziomu zabezpieczenia jego potrzeb zdrowotnych. Jako metoda oceny postaw i uczuć oraz rejestrator pewnych łatwo obserwowalnych faktów i zdarzeń może być bardzo dobrym wskaźnikiem jakości opieki medycznej [9]. Badanie satysfakcji pacjentów nie jest więc zwykłym badaniem opinii, lecz przede wszystkim badaniem jakości usług zdrowotnych w celu ich poprawy [24,29]. Miernikami satysfakcji pacjenta są: poczucie bycia rozumianym, poczucie bycia poinformowanym odnośnie diagnozy, zaleceń i dalszego postępowania medycznego, poczucie poprawy stanu zdrowia oraz ogólne poczucie zadowolenia ze świadczenia [5,33]. Wartością oczekiwaną przez pacjenta udającego się do szpitala jest przede wszystkim wyleczenie, więc zachowanie życia i zdrowia. Pacjent ufa, iż znajdzie w szpitalu wykwalifikowanych, kompetentnych i odpowiednich fachowców. Liczy na to, iż opuści go w stanie nie gorszym od tego, w jakim do niego przybył [12,18,23,26].

CELE PRACY

Celem prezentowanej pracy jest ocena występowania depresji u osób chorych na cukrzycę insulinozależną oraz określenie ich poziomu satysfakcji z opieki pielęgniarstwa. Sformułowano następujące hipotezy badawcze:

1. Objawy depresji występują częściej u osób chorych na cukrzycę insulinozależną niż u osób zdrowych.
2. Poczucie depresji jest związane z płcią pacjenta.
3. Obecność i ilość przewlekłych powikłań w cukrzycy insulinozależnej ma wpływ na występowanie objawów depresji.
4. Poczucie depresji występuje częściej u osób z cukrzycą wieloletnią niż u osób z cukrzycą świeżo wykrytą.
5. Istnieje zależność między obecnością depresji u osób chorych na cukrzycę insulinozależną a poziomem satysfakcji z opieki pielęgniarstwa.

MATERIAŁ I METODA

Badania, którymi ogółem objęto 120 osób, przeprowadzono w okresie od lutego do maja 2004 roku równolegle w dwóch grupach. Grupa badawcza – 60 osób hospitalizowanych z powodu cukrzycy insulinozależnej w Klinice Nadciśnienia i Diabetologii Akademickiego Centrum Klinicznego – Szpitala Akademii Medycznej w Gdańsku oraz grupa kontrolna – 60 osób zdrowych wybieranych w zależności od wieku i płci. Kryteria włączające w grupie badawczej: wiek 20–47 lat, przypadki świeżo rozpoznanej lub wieloletniej (4–30 lat) cukrzycy typu 1, zgoda pacjenta na badanie. Kryteria wyłączające: rozpoznanie cukrzycy typu 2 leczonej insuliną, inne określone typy cukrzycy leczone insuliną, a wywołane przez: defekty genetyczne

czynności komórek β , insuliny, choroby zewnątrzwydzielniczej części trzustki, endokrynopatie, leki lub inne substancje chemiczne, zakażenia, procesy immunologiczne oraz inne zespoły genetyczne, cukrzyca ciężarnych leczona insuliną, brak zgody na badanie. Kryteria włączające w grupie kontrolnej: wiek 20–47 lat, brak choroby przewlekłej, zgoda na udział w badaniu. Kryteria wyłączające: obecność choroby przewlekłej, brak zgody na badanie. Badane grupy nie różniły się istotnie pod względem płci ($p=0,855$; chorzy K51,7% M48,3%; zdrowi K53,3% M46,7%), wieku ($p=0,344$; chorzy $M=30,8$; $SD=8,6$; zdrowi $M=32,3$; $SD=7,9$), wykształcenia ($p=0,675$; chorzy: podstawowe 3,3%, zawodowe 23%, średnie 41,7%, wyższe 31,7%; zdrowi: podstawowe 5%, zawodowe 16,7%, średnie 38,3%, wyższe 40%), stanu cywilnego (kobiety $p=0,494$; mężczyźni $p=0,085$), miejsca zamieszkania ($p=0,429$), występowania depresji u osób badanych i w ich rodzinach (depresja leczona u badanego w przeszłości: $p=0,432$, chorzy 16,7%, zdrowi 11,7%; depresja leczona u badanego obecnie: $p=0,508$, chorzy 10,0%, zdrowi 6,7%; depresja leczona u krewnych: $p=0,378$, chorzy 8,3%, zdrowi 13,3%). Grupy różniły się natomiast istotnie w odniesieniu do źródła utrzymania ($p=0,001$, chorzy: praca 46,7%, renta 23,3%, zasiłek d/ bezrobotnych 10,0%, zasiłek socjalny 3,3%, rodzice 11,6%, współmałżonek 0,0%; zdrowi: praca 83%, renta 0,0%, zasiłek d/ bezrobotnych 5,0%, zasiłek socjalny 0,0%, rodzice 10,0%, współmałżonek 1,7%).

Do oceny nasilenia symptomów depresji posłużył Inwentarz Depresji Becka (BDI) oraz Skala Samooceny Depresji Zunga (SDS). Inwentarz Depresji Becka (BDI) pozwala na ocenę głębokości depresji u osób chorych i odróżnienie osób zdrowych od chorych z objawami depresji. Polska wersja BDI w badaniach pilotażowych okazała się czułym narzędziem samooceny nastroju. Inwentarz powszechnie uznany jest za narzędzie trafne i rzetelnie oceniające stan psychiczny pacjentów depresyjnych. Skala składa się z 21 punktów ocenianych od 0 do 3. Badania dokonują samoopisu, a ocena samopoczucia dotyczy minionego miesiąca. Ocenę nasilenia depresji uzyskuje się przez sumowanie punktów z poszczególnych odpowiedzi. Na tej podstawie ocenia się głębokość depresji: 0–11 pkt. – bez zaburzeń depresyjnych, 12–26 pkt. – łagodna depresja, 27–49 pkt. – depresja o nasileniu umiarkowanym/depresja ciężka, 50–60 pkt. – bardzo ciężka depresja [2,28]. Skala Samooceny Depresji Zunga (SDS) stosowana jest głównie w Stanach Zjednoczonych. Obejmuje 20 objawów uporządkowanych w cztery grupy: zaburzenia nastroju, czynności fizjologiczne, aktywność psychoruchowa, objawy psychiczne. W skali zastosowano zdania twierdzące (10 opisuje zjawiska typu chorobowego, 10 dotyczy obecności cech prawidłowych). Zadanie pacjenta polega na określeniu, jak często obserwuje określoną cechę u siebie. Każde twierdzenie negatywne oceniane jest w skali od 1 do 4 pkt., natomiast każde twierdzenie pozytywne w skali od 4 do 1 pkt. Maksymalna ilość punktów, jaką można uzyskać to 80. Ilość uzyskanych punktów dzieli osoby badane na: <50 pkt. – osoby bez objawów psychotycznych, 50–59 pkt. – osoby z depresją niewielką do łagodnej, 60–69 pkt. – osoby z depresją umiarkowaną do znacznej, ≥ 70 pkt. – osoby z depresją ciężką do bardzo ciężkiej. Skala Samooceny Depresji Zunga przydatna jest w warunkach ambulatoryjnych, zwłaszcza w badaniach długoterminowych. Stosowano ją również w badaniach nad rozpowszechnieniem objawów zespołu depresyjnego w populacji ogólnej.

W celu oceny zadowolenia pacjentów chorych na cukrzycę typu 1 z opieki pielęgniarskiej grupę badawczą podzielono w oparciu o skalę Becka i skalę Zunga na dwie pogrupy: chorych z cukrzycą typu 1 bez zaburzeń depresyjnych i chorych z cukrzycą typu 1 z zaburzeniami depresyjnymi. Do oceny tego poziomu skonstruowano narzędzie własne, które na użytek pracy nazwano Kwestionariuszem Satysfakcji Pacjenta z Opieki Pielęgniarskiej. Przed użyciem

narzędzie zostało sprawdzone w badaniach pilotażowych przeprowadzonych w styczniu 2004 roku na 20 osobach chorych hospitalizowanych z cukrzycy insulinozależnej w Klinice Nadciśnienia i Diabetologii Akademickiego Centrum Klinicznego – Szpitala Akademii Medycznej w Gdańsku. Kwestionariusz składa się z 3 części i 31 pytań. Pierwsza część dotyczy budowania terapeutycznej relacji pielęgniarka – pacjent w momencie przyjęcia chorego na oddział. W drugiej części pacjent ocenia różne postawy pielęgniarek, będące elementem opieki. W trzeciej części pacjent informuje o stopniu swojego zadowolenia z różnych aspektów opieki pielęgniarskiej. Kwestionariusz wręczano zawsze w przeddzień wypisu pacjenta od domu. Pacjenci deklarowali, czy: byli informowani o przysługujących im prawach; pielęgniarki przestrzegały ich praw; szanowały ich wartości moralne, wierzenia i przekonania; poświęcały na rozmowy z pacjentami satysfakcjonującą ilość czasu i ogólnie oceniali opiekę pielęgniarską.

WYNIKI

Osoby chore na cukrzycę insulinozależną istotnie różnią się od osób zdrowych średnimi wartościami poziomu depresji: Inwentarz Depresji Becka (BDI) ($p=0,037$; chorzy $M=17,32$, $SD=13,61$; zdrowi $M=9,85$, $SD=10,18$); Skala Samooceny Depresji Zunga (SDS) ($p=0,001$; chorzy $M=45,0$, $SD=14,02$; zdrowi $M=39,45$, $SD=11,67$). Osoby chore nie różnią się jednak od osób zdrowych nasileniem depresji. W Inwentarzu Depresji Becka (BDI) ($p=0,025$; bez zaburzeń depresyjnych: chorzy 53,3%, zdrowi 73,3%), w Skali Samooceny Depresji Zunga (SDS) ($p=0,014$; bez objawów psychopatologicznych: chorzy 55,0%, zdrowi 76,7%).

W obu badanych grupach kobiety osiągnęły średnio wyższy wynik niż mężczyźni w Inwentarzu Depresji Becka (BDI) i w Skali Samooceny Depresji Zunga (SDS).

Tabela I. Nasilenia depresji a płeć badanych

Table I. The level of depression and gender

	Skala	Kobiety		Mężczyźni		p
		M	SD	M	SD	
Chorzy	BDI	23,58	15,14	10,62	7,42	0,001
	SDS	51,26	13,45	38,31	11,44	0,001
Zdrowi	BDI	12,19	11,46	7,18	7,86	0,056
	SDS	43,06	11,29	35,32	10,88	0,009

Wykazano także istotną różnicę średnich wartości w Inwentarzu Depresji Becka (BDI) i w Skali Samooceny Depresji Zunga (SDS) pomiędzy grupą chorych na cukrzycę z obecnością więcej niż 4 powikłań a grupą osób zdrowych, grupą chorych bez powikłań i chorych z obecnością od 1 do 4 powikłań ($p=0,001$).

Nie wykazano istotnych różnic średnich wartości w Inwentarzu Depresji Becka (BDI) i w Skali Samooceny Depresji Zunga (SDS) pomiędzy grupami osób zdrowych i chorych krócej niż 10 lat a grupą osób chorych dłużej niż 10 lat. Należy jednak podkreślić, że różnice średnich wartości uzyskanych w Inwentarzu Depresji Becka ($p=0,06$) i Skalą Samooceny Depresji Zunga ($p=0,07$) są na granicy istotności statystycznej.

100% chorych na cukrzycę bez zaburzeń depresyjnych i 77,8% osób chorych na cukrzycę z zaburzeniami depresyjnymi deklarowało, że byli poinformowani o przysługujących im prawach. Na pytanie: „czy pielęgniarki przestrzegały praw pacjentów” pacjenci bez zaburzeń depresyjnych odpowiadali (3% – nie, 3% – nie w pełni, 94% – tak). W grupie chorych z depresją (4% – nie, 37% – nie w pełni, 59% – tak). W obu grupach ponad połowa respondentów była całkowicie niezadowolona z czasu, który pielęgniarki poświęcały na rozmowę z nimi (chorzy bez depresji 52%; chorzy z depresją 67%). 28,3% osób chorych na cukrzycę typu 1 oceniło negatywnie opiekę pielęgniarską, a 71,7% osób pozytywnie. Osoby oceniające opiekę pielęgniarską pozytywnie osiągały niższe średnie wartości punktów w Inwentarzu Depresji Becka (BDI) i w Skali Samooceny Nastroju Zunga (SDS) niż osoby oceniające opiekę pielęgniarską negatywnie. Różnice te są istotne statystycznie (BDI $p=0,001$; ocena pozytywna $M=12,3$; $SD=8,7$; ocena negatywna $M=29,9$; $SD=15,7$ / SDS $p=0,001$; ocena pozytywna $M=40,0$; $SD=11,8$; ocena negatywna $M=57,5$; $SD=11,4$).

DYSKUSJA

W prezentowanej pracy starano się ocenić występowanie objawów depresji u osób chorych na cukrzycę insulinozależną w porównaniu z osobami zdrowymi oraz zależności pomiędzy tymi objawami a poziomem satysfakcji pacjenta z opieki pielęgniarskiej. Badania przeprowadzone Inwentarzem Depresji Becka (BDI) i Skalą Samooceny Depresji Zunga (SDS) wykazały, że wyniki wskazujące na depresję występują częściej u osób chorych na cukrzycę typu 1 (45%) niż u osób zdrowych (25%). Podobne wyniki uzyskano w innych tego typu badaniach [6,30]. Badane grupy nie różniły się pod względem nasilenia objawów depresyjnych. Istotna statystycznie różnica dotyczyła jedynie osób bez zaburzeń depresyjnych, co podkreśla większą częstość występowania depresji u chorych na cukrzycę typu 1 w porównaniu z osobami zdrowymi niż na różnice w nasileniu depresji w badanych grupach. Badania prowadzone w społeczeństwach krajów uprzemysłowionych, akcentują związek nasilenia zaburzeń depresyjnych z płcią. Depresja jest częstsza wśród kobiet niż wśród mężczyzn [1,32]. Do podobnych wniosków doprowadziło prezentowane badanie, w którym kobiety zarówno w grupie chorych na cukrzycę, jak i w grupie osób zdrowych osiągnęły wyższy poziom objawów depresyjnych w porównaniu z mężczyznami. Wykazano również, że osoby chore na cukrzycę insulinozależną, u których występują powikłania, przejawiają więcej objawów. Podobne zależności można znaleźć w innych badaniach tego typu [11,20]. Istotna okazała się także zależność pomiędzy cukrzycą trwającą ponad 10 lat a nasileniem depresji. Hipotezę, że występowanie depresji zależy od czasu trwania choroby, potwierdziły badania Leedoma i Palinkasa prowadzone na początku lat dziewięćdziesiątych [6].

Przeprowadzone badanie wykazało, że osoby oceniające negatywnie opiekę pielęgniarską charakteryzują się większą depresyjnością. Chorzy na cukrzycę insulinozależną z wysokim poziomem depresji udzielili więcej negatywnych opinii dotyczących takich aspektów opieki pielęgniarskiej, jak: informowanie pacjentów o przysługujących im prawach, przestrzeganie praw pacjenta, poszanowanie wartości moralnych, wierzeń i przekonań, satysfakcji z ilości czasu, który pielęgniarki poświęcały na rozmowy z nimi. Wszystkie osoby biorące udział w badaniu, hospitalizowane w Klinice Nadciśnienia i Diabetologii Akademickiego Centrum Klinicznego – Szpitala Akademii Medycznej w Gdańsku z powodu rozpoznanej cukrzycy

typu 1, ogólnie oceniły opiekę pielęgniarską jako dobrą. W przeglądzie piśmiennictwa nie odnaleziono prac o takim samym charakterze. Prace pt. „Satysfakcja pacjenta leczonego w oddziale internistycznym” – Talarska, Kapela [33] i „Satysfakcja pacjentów oddziałów internistycznych” – Gawęł, Filus [10], nie ukazują porównania i oceny poziomu satysfakcji pomiędzy chorymi na cukrzycę typu 1 z zaburzeniami depresyjnymi i bez nich. Grupy badawcze w wyżej wymienionych pracach stanowią pacjenci z różnymi jednostkami chorobowymi.

Negatywne opinie o opiece pielęgniarskiej mogą świadczyć o niższej jakości tej opieki, co z kolei może mieć wpływ na obniżenie nastroju u pacjentów. Negatywne opinie mogą być także spowodowane subiektywnymi czynnikami psychologicznymi – pacjenci z depresją bardziej krytycznie oceniają opiekę pielęgniarską, a obniżony nastrój jest przyczyną niezadowolenia z opieki.

WNIOSKI

1. Objawy depresji występują częściej u osób chorych na cukrzycę insulinozależną (typu 1) niż u osób zdrowych. Nie stwierdza się natomiast istotnej zależności pomiędzy obecnością cukrzycy typu 1 a nasileniem depresji.
2. Nasilenie depresji jest związane z płcią. Zarówno u osób chorych na cukrzycę insulinozależną, jak i u osób zdrowych zaburzenia depresyjne są bardziej nasilone wśród kobiet.
3. Liczba powikłań ma wpływ na nasilenie objawów depresji. Osoby chore na cukrzycę insulinozależną z obecnością więcej niż 4 powikłań były bardziej depresyjne niż osoby z obecnością od 1 do 4 powikłań, osoby bez powikłań oraz osoby zdrowe.
4. Analiza czasu trwania choroby wykazała dodatnią zależność między czasem trwania cukrzycy insulinozależnej a nasileniem objawów depresji.
5. Istnieje istotna zależność między objawami depresji a poziomem satysfakcji z opieki pielęgniarskiej. Osoby negatywnie oceniające opiekę pielęgniarską osiągały wyższe średnie wyniki w Inwentarzu Depresji Becka (BDI) i w Skali Samooceny Nastroju Zungo (SDS) niż osoby z oceną pozytywną.

PIŚMIENNICTWO

1. Baldwin D., Hirschfeld R.M.A.: Depresja. Gdańsk: Wydaw. Via Medica, 2001. – 2. Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J.: An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961, 4, 561-571. – 3. Bernas M., Tatoń J.: Psychologiczne i społeczne aspekty pedagogiki zdrowotnej u osób z cukrzycą. *Medycyna Metaboliczna* 2002, 4, 3, 36-41. – 4. Bernas M.: Wartości osobowościowe i emocje w edukacji osób z cukrzycą. *Medycyna Metaboliczna* 2002, 4, 4, 52-54. – 5. Borkowska M.: Satysfakcja pacjentów z usług medycznych podstawowej opieki zdrowotnej. Poznań: Biuro Wielkopolskiej Unii Opieki Zdrowotnej, 1998, 6-15. – 6. Chodorowski Z.: Depresja a niektóre choroby somatyczne. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 1998, 7, supl.1, 35-40. – 7. Drózd Z., Pawlaczyk B.: Zespół terapeutyczny w edukacji diabetologicznej w cukrzycy typu I. *Problemy Medycyny Społecznej*, T. 25. Warszawa, 1993, 120-135. *Krajowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej* Lublin 1992. – 8. Drucquer M.H., McNally P.G.: Leczenie cukrzycy: krok po kroku. Bielsko Biala: Wydaw. Medica Press, 2000. – 9. Filip R.S.: Marketing usług medycznych. Lublin: Czelej, 2006. – 10. Gawęł G., Filus I.: Satysfakcja pacjentów oddziałów internistycznych z jakości opieki pielęgniarskiej. *Pielęgniarstwo Polskie* 2002, 1, 120-125

11. Goodnick P.J.: Leczenie przeciwdepresyjne chorych na cukrzycę z współistniejącą depresją oraz chorych z neuropatią cukrzycową. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej* 2001, 1, 1, 43-53. – 12. Jachowicz R.: Warunki pobytu chorych w dawnych polskich szpitalach. *Szpital. Pol.* 1983, 27, 1, 9-15. – 13. Jankowska-Bobek B.: Stres. *Gazeta o Cukrzycy* 2002, 33. – 14. Jarosz M. *Psychologia lekarska*. PZWL, Warszawa 1988. – 15. Jarosz M.: Wpływ choroby somatycznej na stan psychiczny pacjenta. *Psychiatria Polska* 1977, 11, 4, 451-457. – 16. Jones E.W.: *Diabetologia kliniczna, ilustrowany przewodnik*. Gdańsk: Wydaw. ViaMedica, 1999. – 17. Junik R.: Depresja i cukrzyca. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej* 2003, 3, 3, 133-135. – 18. Kamińska M., Ślusarz R., Opozda R.: Oczekiwania pacjentów wobec personelu pielęgniarskiego. *Pielęgniarstwo Polskie* 2001, 2, 323-341. – 19. Koper A., Śiwik J.: Mierniki jakości opieki. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2001, 5, 12-13. – 20. Krzyżkowiak W.: Depresja u osób chorujących na cukrzycę. *Medycyna Metaboliczna* 2001, 5, 4, 54-58.

21. Lenartowicz H.: Zagadnienia organizacji pracy pielęgniarskiej. W: *Wprowadzenie do pielęgniarstwa*. Pod red. Zahradniczek K.: Warszawa: PZWL, 1999. – 22. Lenartowicz H.: *Zarządzanie jakością w pielęgniarstwie*. Warszawa: Centrum Edukacji Medycznej, 1998. – 23. Lepecka-Klusek C., Wierzbička A., Panecka A. i.in.: Analiza czynników wpływających na pacjenta w wybranych oddziałach szpitalnych dla dorosłych. *Szpitalnictwo Polskie* 1983, 27, 1, 3-8. – 24. Maciąg R.: Pomiar i metoda badań satysfakcji pacjenta. *Służba Zdrowia* 2001, 3, 17-20. – 25. Malhi G., Bridges P.: *Postępowanie w depresji*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, 2001. – 26. Miśkiewicz M.: *Użytkowanie standardów w opiece zdrowotnej*. *Zdrowie Publiczne* 1994, 10, 349-351. – 27. Nasiłowska-Barud A. Markiewicz M.: Podobieństwa i różnice w niektórych cechach osobowości u chorych z zawałem serca i cukrzycą. *Biuletyn Lubelskiego Towarzystwa Naukowego* 1986, 28, 2, 3-9. – 28. Parnowski T., Jernajczyk W.: Inwentarz Depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne. *Psychiatria Polska* 1977, 11, 4, 417-421. – 29. Przybylski W., Polakowska M.: Satysfakcja pacjenta rok po wprowadzeniu reformy. W: *Piąta Ogólnopolska Konferencja „Jakość w opiece Zdrowotnej”*. Kraków, 12-14 kwietnia 2000. Kraków 2000, 190-195. – 30. Robakowski J.: Możliwości leczenia zaburzeń depresyjnych i lękowych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej* 2001, 1, 1, 11-18.

31. Szamotulska K.: Badanie jakości usług zdrowotnych. *Medycyna na Świecie* 1995, 2, 5, 73-75. – 32. Śmigiel J.: Doświadczenie depresji u osób starszych - kontekst somatyczny i społeczny. O depresji inaczej. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 1998, 7, supl.1, 17-23. – 33. Talarcka D., Kapela T.: Satysfakcja pacjenta leczonego w oddziale internistycznym. *Pielęgniarstwo Polskie* 2001, 2, 12, 255-261. – 34. Tatoń J., Czech A.: Edukacja terapeutyczna jako metoda leczenia i ulepszenia stylu życia osób z cukrzycą. *Diabetologia Polska* 2000, 7, 1, 55-62. – 35. Tatoń J.: Niektóre praktyczne problemy trybu życia chorych z cukrzycą. W: *Diabetologia*, t.2. Pod red. Tatoń J., Czech A. Warszawa: PZWL, 2001, 408-413. – 36. Tomaszewska I.: Psychologiczne aspekty depresji w chorobach nowotworowych. *Psychoonkologia* 2000, 7, 9-18. – 37. Wasilewski D., Puzyński S.: Ogólnopolska kampania informacyjna „Depresja jest chorobą. Leczyć depresję”. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej* 2001, 1, 1, 19-24. – 38. Zdzienicka A.: Psychologiczne problemy pacjentów chorych na cukrzycę. *Zdrowie Psychiczne* 1991, 1-4, 173-181.

W. Budziński, M. Mziray, M. Walkiewicz, M. Tartas

DEPRESSION AMONG DIABETIC (INSULIN-DEPENDENT) PATIENTS AND THE LEVEL OF THE NURSES' CARE SATISFACTION

Summary

The presented paper is an attempt to define the occurrence of depression symptoms among diabetic (insulin-dependent) patients and the level of their satisfaction from the nurses' care. The research took place in 2004 among the patients and the control group. Depression symptoms were assessed using Beck Depression Inventory (BDI) and Zung Self-Rating Depression Scale (SDS). The results show that diabetic

patients have higher level of depression symptoms than the control group (45% vs. 25%) but there was no significant correlation between being ill and the level of depression. It was found that there was a significant correlation between the level of depression, disease complications and the period of disease. The results show a connection between depression symptoms and the low level of satisfaction from the nurses' care among diabetic patients.

Adres: dr n. med. Waldemar Budziński
Zakład Badań nad Jakością Życia GUMed
ul. Tuwima 15, 80-210 Gdańsk
e-mail: wbudzin@gumed.edu.pl