

**FAKTORY SEBAPOSUDZOVANÉHO ZDRAVIA U PACIENTOV  
S DIABETES MELLITUS**  
FACTORS OF SELF-RATED HEALTH IN PATIENTS  
WITH DIABETES MELLITUS

**Linková Marcela<sup>1</sup>, Katreniaková Zuzana<sup>1,2</sup>, Rác Oliver<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Ústav verejného zdravotníctva, Lekárska fakulta UPJŠ Košice, <sup>2</sup> Inštitút postgraduálneho vzdelávania KISH Košice, <sup>3</sup> Ústav patologickej fyziológie, Lekárska fakulta UPJŠ Košice

**Summary**

The aim of our study was to investigate differences in determinants of self-rated health (SRH) between patients with type 1 and 2 diabetes mellitus (DM). Our study was carried out on 188 patients with DM. The analysis was based on self-rated health questionnaire Short Form 36 Health Subject Questionnaire, (SF-36), self-esteem was measured using the Rosenberg's Self-Esteem Scale (RSES) and overall life satisfaction was measured by the Cantrill's ladder of life. In type 1 DM patients, SRH was significantly associated with age and satisfaction with treatment ( $p < 0.01$ ). In type 2 DM patients SRH was significantly associated with body mass index BMI ( $p < 0.05$ ), diabetes treatment ( $p < 0.01$ ) and the degree of self-esteem ( $p < 0.01$ ). Common predictors of SRH were the duration of diabetes, diabetic microvascular complications, associated diseases and the overall life satisfaction ( $p < 0.01$ ). In the study, we analyzed the common predictors self-rated health of diabetics, which significantly affect the patient's perception of health regardless of type DM. In addition to these factors the important factors in type 2 diabetes are the type of treatment (OAD or insulin therapy), obesity and also self-esteem factor, which explain the self perception of health in this type of diabetes. In contrast, the important factors in group of diabetic patients with type 1 DM are patient's age and satisfaction with applied treatment.

**Key words:** self-rated health, type 1 and 2 diabetes mellitus, chronic complication, self-esteem, life satisfaction

**ÚVOD**

Kvalita života (quality of life) a sebauposudzované zdravie (self-rated health) sú pojmy, ktoré sa v posledných desaťročiach veľmi často používajú v medicínskom výskume predovšetkým v oblasti hodnotenia kvality zdravotnej starostlivosti o pacientov s chronickými ochoreniami. Chronické ochorenia sa rozvíjajú len pomaly, ale často vedú k rozsiahlym komplikáciám, čo vedie k predčasným úmrtiam a nízkej kvalite života. Preto sa snaha o zlepšenie kvality života stala jedným z cieľov definovaných v stratégii pre riešenie neprenosných ochorení (Katreniaková, 2009).

Hodnotenie samotného pacienta, to ako vníma svoj zdravotný stav a kvalitu svojho života v súvislosti s liečbou je cenným indikátorom, ktorý slúži na porovnávanie rôznych terapeutických postupov, pri zavádzaní nových spôsobov liečby, či zdravotníckej intervencie. Pacientové sebahodnotenia zdravia slúžia v zahraničí ako skrínigový nástroj využívania zdravotnej starostlivosti, ako validný prediktor morbiditu, či mortality (Mossey a Shapiro, 1982; Idler a Benyamini, 1997). Mnoho štúdií využíva tento nástroj ako súčasť hodnotenia kvality života predovšetkým u starších pacientov (Fletcher a Hirdes, 1996) a pacientov s chronickými ochoreniami (Revenson, 1989). Seposudzované zdravie ako jednopoložková škála silne koreluje s viacerými komplexnými zdravotnými indexami využívanými na hodnotenie kvality života. Tento nástroj má dobré psychometrické vlastnosti, sleduje široké spektrum faktorov, odráža celkový pocit zdravia ľudí, a je možné ho ľahko získať (Eriksson et al., 2001).

Mnoho štúdií použilo sebauposudzované zdravie ako vhodný nástroj tiež u diabetikov, pretože diabetes mellitus je chronické ochorenie, ktoré významne ovplyvňuje seba-hodnotené zdravie pacientov. Jedna z posledných desaťročných štúdií, bola realizovaná Centrom pre kontrolu chorôb (Centres for Disease Control) v USA, ktorej cieľom bolo hodnotenie sebauposudzovaného zdravia u diabetikov v porovnaní s nediabetickou populáciou (Centers for Disease Control, 2006). Ďalšia 10-ročná štúdia zameraná na hodnotenie SRH u diabetikov prebiehala v Španielsku (Jiménez-Garcia et al., 2008). Ako uvádza v štúdiu McEwen et al. (2009), zdravie súvisiace s kvalitou života a sebahodnotené zdravie je nástrojom, ktorý umožňuje poskytnúť dôležité informácie o pacientovom zdravotnom riziku a predvídať mortalitu u osôb s diabetom.

### MATERIÁL A METÓDY

V našej štúdiu bolo pozvaných k účasti 188 pacientov s ochorením diabetes mellitus 1. a 2. typu (DM 1, DM 2) z diabetologických ambulancií na východnom Slovensku. Zber dát prebiehal u ambulantne liečených pacientov v diabetologických ambulanciách v Košiciach. Výber účastníkov do štúdie prebiehal bez vylučujúcich kritérií, jedinou podmienkou bolo diagnostikované ochorenie DM a mentálna schopnosť odpovedať samostatne na otázky v dotazníku. Pacienti vyplňovali self report dotazník zameraný na sebauposudzované zdravie, ktorý zahŕňal sociodemografické charakteristiky, klinické charakteristiky týkajúce sa diabetu behaviorálne a psychosociálne parametre. Pri vyplňaní dotazníka asistoval vyškolení personál. Informovaný súhlas bol získaný od každého pacienta.

Na analýzu sebauposudzovaného zdravia bol použitý jeden z ôsmich parametrov dotazníka prieskumu zdravia Short Form 36 Health Subject Questionnaire (SF-36) (Ware a Sherbourne, 1992). Išlo o jednopoložkovú škálu, kde pacienti hodnotili svoje celkové telesné zdravie pomocou 5 bodovej stupnice. Odpovedali na nasledujúcu otázku: "Ako by ste hodnotili svoj zdravotný stav všeobecne?" Možnosť odpovede zahŕňali kategórie - výborný, veľmi dobrý, dobrý, uspokojivý alebo zlý (výborný - 5 a zlý - 1). Miera sebaúcty bola meraná dotazníkom Rosenberg's Self-Esteem Scale (RSES) (Rosenberg, 1965), ktorý je široko používaný ako nástroj s cieľom zhodnotiť koncepciu základného pocitu seba hodnoty a sebaúcty u pacientov. Pozostáva z 5 otázok pozitívne formulovaných a 5 otázok formulovaných negatívne. Vyššie skóre hodnotenia znamená vyšší stupeň sebaúcty pacienta.

Celková spokojnosť zo životom bola meraná pomocou škály Cantrill's ladder of life (Cantrill, 1965). Ide o škálu vo forme rebríka s jedným všeobecným bodom, kedy sa pýtame respondenta na mieru aktuálnej životnej spokojnosti, ktorá sa pohybuje od 0 bodov (v spodnej časti rebríka, čo naznačuje najhoršie predstaviteľnú kvalitu života) do 10 bodov (v hornej časti rebríka, s uvedením najvyššie predstaviteľnej kvality života). Respondenti odpovedajú na otázku: „Na ktorej priečke rebríka máte pocit, že stojíte v súčasnej dobe?“

Klinické faktory v súvislosti s diabetom zahŕňali určenie typu DM 1 a DM 2, dĺžku trvania diabetu v rokoch. Ďalej pacienti uvádzali, aký druh liečby absolvujú, či ide o diétu, liečbu OAD, alebo liečbu inzulínom. Ako ďalší klinický parameter sme vyhodnotili body mass index (BMI index). Pacientov sme podľa diagnostikovaných mikrovaskulárnych diabetických komplikácií (retinopatie, neuropatie a nefropatie) rozdelili do 4 skupín podľa počtu komplikácií: na pacientov ktorý netrpia doposiaľ žiadnou z uvedených diabetických komplikácií na skupinu s jednou, s dvomi alebo so všetkými tromi uvedenými komplikáciami. Taktiež sme hodnotili prítomnosť pridružených ochorení hypertenzie alebo ICHS. Ako ďalší dôležitý klinický parameter u diabetických pacientov sme hodnotili úroveň glykemickú kompenzácie a to nasledovne: zisťovali sme prítomnosť hypoglykemických epizód u pacientov a stavy zo zvýšenou hladinou glukózy v krvi (hyperglykémie) za posledné tri uplynulé mesiace. Respondenti odpovedali na nasledovné otázky: „Ako často ste

v posledných troch mesiacoch mali dojem, že Vaša hladina cukru v krvi bola neprijateľne vysoká?“ Odpoveď uvádzali vo forme skóre: 1 - skoro vždy, 2 - skoro každý deň, 3 - raz týždenne, 4 - raz alebo dvakrát mesačne, 5 - nikdy. Na otázku „ako často ste v posledných 3 mesiacoch mali hypoglykémiu“ bolo možné odpovedať vo forme skóre 1 - skoro denne, 2 - viackrát týždenne, 3 - raz týždenne, 4 - raz mesačne, 5 - nikdy. Vzhľadom k tomu, že úspešná liečba a prevencia diabetických komplikácií závisí vo veľkej miere na individuálnom správaní, tzv. „compliance“ pacienta, do štúdie sme preto zaradili otázky týkajúce sa selmonitoringu pacientov. Otázky sa týkali domácej kontroly hladiny glukózy, kontroly hmotností a dodržiavania stravovacích odporúčaní. „Robíte domácu kontrolu krvného cukru pravidelne a systematicky? Kontrolujete svoju hmotnosť pravidelne (aspoň raz týždenne)? Stravujete sa podľa odporúčaní Vášho lekára?“ Respondenti mali možnosť odpovedať vo forme skóre: 1 - nie, 2 - väčšinou nie, 3 - častejšie áno ako nie 4 - väčšinou áno, 5 - vždy. Okrem toho nás zaujímala spokojnosť s liečbou ako dôležitý psychologický parameter. Respondenti odpovedali na otázku: „Ako ste spokojní s Vašou súčasnou liečbou?“ Odpovede boli vo forme skóre od 5 - veľmi spokojný, až po 1 - veľmi nespokojný.

Dáta boli analyzované pomocou štatistického programu pre humanitné vedy 16.0 (SPSS Inc, Chicago, IL, USA). Štatistické analýzy sme použili za účelom preskúmať, ako je sebakposudzované zdravie vnímané u diabetikov s rôznymi typmi diabetu, zistiť do akej miery je SRH závislé od sociodemografických faktorov, od klinických faktorov, ktoré sú spojené s diabetom, a od ďalších psychosociálnych a behaviorálnych faktov. Stredné skóre a štandardné odchylky boli vypočítané pre všetky premenné, asociácie medzi jednotlivými premennými boli testované pomocou Pearsonových korelácií v oboch skupinách respondentov.

## VÝSLEDKY

Našej štúdie sa zúčastnilo 145 pacientov s typom DM 2 (priemerný vek  $59,2 \pm 6,3$ , mužov 62,1 %) a 43 pacientov s diagnostikovaným typom DM 1 (priemerný vek  $45,2 \pm 18,6$ , žien 69,8 %). Priemerná dĺžka trvania ochorenia u respondentov s DM 1 bola  $17,1 \pm 11,6$  roka, u respondentov s DM 2 bola  $11,7 \pm 8,0$  roka. V skupine DM 2 bolo v porovnaní so skupinou DM 1 vyššie percento respondentov, ktorý nemajú zatiaľ prítomné diabetické komplikácie (46,2 %). V skupine DM 1 bola diagnostikovaná kombinácia troch diabetických komplikácií u vyššieho percenta respondentov (20,9 %). Viac ako polovica pacientov s DM 2 (67,6 %) má diagnostikovanú hypertenziu ako komorbiditný faktor a približne 30 % v oboch skupinách má diagnostikovanú ICHS. Ostatné sociodemografické, klinické a psychologické charakteristiky súboru je možné získať z tab. 1.

V našej štúdií sme korelačnou analýzou (viď tab. 2) zistili signifikantne rozdiely vo vzťahu k SRH u diabetikov 1 a 2 typu z hľadiska sociodemografických, klinických aj psychologických faktorov. Mladší pacienti s DM 1 reportujú nižšie skóre SRH oproti starším pacientom s DM 1 ( $r = 0,62$ ,  $p < 0,05$ ). V skupine pacientov s DM 2 sa rozdielne hodnotenie SRH skóre z hľadiska veku neobjavilo. U týchto pacientov boli rozdiely v hodnotení SRH v závislosti od typu liečby. U pacientov s DM 2 nižšie skóre SRH udávajú pacienti liečení inzulínom oproti pacientom, ktorí sú liečení OAD alebo diétou ( $r = -0,24$ ,  $p < 0,05$ ) a takisto obéznejší pacienti, teda pacienti s vyšším BMI indexom ( $r = -0,20$ ,  $p < 0,5$ ).

V štúdií sme nezistili signifikantne rozdiely vo vzťahu k SRH z hľadiska pohlavia, rodinného stavu, ani vzdelania respondentov a to ani u pacientov s DM 1 ani u pacientov s DM 2. Dĺžka trvania ochorenia naopak, ovplyvnila vnímanie zdravotného stavu. Pacienti s dlhším trvaním diabetu ako s 1 tak aj s 2 typom DM reportujú nižšie skóre SRH ( $r = -0,45$ ,  $p < 0,05$  resp.  $r = -0,22$ ,  $p < 0,05$ ). Zaujímavosťou je, že zvyšujúci sa počet hypoglykemických epizód u respondentov resp. prípadov keď bola nameraná hyperglykémia v krvi

u respondentov v našej štúdií signifikantne nekoreloval s hodnotením SRH ani u pacientov s DM 1 ani u pacientov s DM 2. Naopak prítomnosť chronických diabetických komplikácií a hypertenzie sa potvrdili ako faktory, ktoré sa výrazne podieľajú na nižšom skóre SRH ako u pacientov s DM 1 tak aj u pacientov s DM 2 ( $r = -0,54$ ,  $p < 0,05$  resp.  $r = -0,40$ ,  $p < 0,05$ ). U pacientov s DM 1 je takýmto signifikantným faktorom aj diagnostikovaná ICHS ( $r = 0,58$ ,  $p < 0,05$ ).

**Tab. 1 Sociodemografické, klinické a psychologické charakteristiky respondentov sledovaného súboru (n = 188)**

		Typ DM 1 (n = 43)		Typ DM 2 (n = 145)		t-test
		n alebo priemer	% alebo SD	n alebo priemer	% alebo SD	
<b>Sociodemografické faktory</b>						
Vek		45,2	18,6	59,2	6,3	-4,86***
Pohlavie	Ženy	30	69,8 %	55	37,9 %	
	Muži	13	30,2 %	90	62,1 %	
Rodinný stav	Ženatý	24	55,8 %	105	72,4 %	
	Ovdovený	2	4,7 %	23	15,9 %	
	Rozvedený	4	9,3 %	9	6,2 %	
	Slobodný	13	30,2 %	7	4,8 %	
Vzdelanie	Základné	6	14 %	19	13,1 %	
	Stredoškolské	31	72,1 %	106	73,1 %	
	Vysokoškolské	6	14,0 %	20	13,8 %	
<b>Klinické faktory</b>						
Typ diabetickej liečby	Diéta	0	0	6	4,1 %	
	OAD	2	4,7 %	64	44,1 %	
	Inzulín	41	95,3 %	75	51,7 %	
Trvanie ochorenia		17,1	11,6	11,7	8,0	2,86**
BMI index		24,8	5,5	30,7	4,9	
Počet diabetických komplikácií	0	15	34,9 %	67	46,2 %	
	1	7	16,3 %	36	24,8 %	
	2	12	27,9 %	27	18,6 %	
	3	9	20,9 %	15	10,3 %	
Hyperglykemické epizódy		3,3	0,7	3,8	0,9	-3,17**
Hypoglykemické epizódy		3,3	1,0	4,5	0,8	-7,19***
Komorbidita	Hypertenzia	17	39,5 %	98	67,6 %	
	ICHS	12	27,9 %	49	33,8 %	
<b>Psychologické faktory</b>						
RSES		29,6	3,5	28,4	3,5	1,9*
Cantrill's ladder		6,6	2,0	6,8	1,9	
Spokojnosť s liečbou		3,8	0,8	3,8	0,7	
SRH		2,8	0,9	2,5	0,7	2,10*

Vysvetlivky: \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$

OAD: orálne antidiabetiká, BMI: body mass index, ICHS: ischemická choroba srdca, RSES: Rosenberg's Self-Esteem Scale, SRH: self-rated health

Čo sa týka psychologických faktorov, vyššie skóre RSES Rosenberg Self-Esteem Scale korelovalo s vyšším skóre SRH u pacientov s DM 2 ( $r = 0,44$ ,  $p < 0,05$ ), u pacientov s DM 1 bola dôležitejším faktorom spokojnosť s liečbou ( $r = 0,57$ ,  $p < 0,05$ ). Celková spokojnosť zo životom v Cantrill's ladder vysoko signifikantne korelovala s SRH ( $r = 0,74$ ,  $p < 0,05$  resp.  $r = 0,45$ ,  $p < 0,05$ ). To znamená, že pacienti, ktorý hodnotili svoj zdravotný stav ako lepší, boli aj spokojnejší so životom vo všeobecnosti. Z behaviorálnych faktorov sme zaznamenali signifikanciu iba v prípade kontroly telesnej hmotnosti u pacientov s DM 2 ( $r = 0,17$ ,  $p < 0,05$ ). Pacienti ktorí pravidelne kontrolujú svoju hmotnosť sú spokojnejší zo svojim ZS.

**Tab. 2 Pearsonov korelačný koeficient sociodemografických, klinických a psychologických faktorov asociovaných s SRH v oboch skupinách respondentov s DM**

	Self-rated health SRH	
	Typ DM 1 (n = 43)	Typ DM 2 (n = 145)
<b>Sociodemografické faktory</b>		
Vek	0,62**	-0,03
Rodinný stav		
Pohlavie	0,07	-0,06
Vzdelanie	-0,04	0,0
<b>Klinické faktory</b>		
Trvanie diabetu	-0,45**	-0,22**
Typ diabetickej liečby	-0,05	-0,24**
BMI index	-0,04	-0,20*
Hyperglykemické epizódy	0,26	0,13
Hypoglykemické epizódy	-0,01	0,14
Diabetické komplikácie	-0,54**	-0,40**
Hypertenzia	0,43**	0,23**
ICHS	0,58**	0,11
<b>Behaviorálne faktory</b>		
Selfmonitoring	-0,17	0,01
Kontrola telesnej hmotnosti	0,02	0,17*
Stravovací režim	-0,2	0,12
<b>Psychologické faktory</b>		
RSES	0,27	0,44**
Spokojnosť s liečbou	0,57**	0,16
Cantrill's ladder	0,74**	0,45**

Vysvetlivky:

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$

OAD: orálne antidiabetiká, BMI: body mass index, ICHS: ischemická choroba srdca, RSES: Rosenberg's Self-Esteem Scale, SRH: self-rated health

## DISKUSIA

Zámerom našej štúdie bolo opísať vnímanie funkčného zdravia u pacientov s rozličným typom diabetu a skúmať vzťahy medzi sebaopisovaným zdravím a jeho možnými determinantami u týchto pacientov. Z tohto pohľadu je naša štúdia unikátna, nakoľko umožňuje pochopiť určité špecifiká, rozdielne priority a vnímanie rizík vzhľadom na sebaopisované zdravie u pacientov s rozdielnym typom ochorenia diabetes mellitus. Naše výsledky potvrdzujú hypotézu, že vek je silným prediktorom SRH u pacientov s DM 1. U mladších pacientov s DM 1 v našej štúdii sa potvrdilo vnímanie ochorenia ako väčšej hrozby, títo pacienti reportovali nižšie skóre sebaopisovaného zdravia ako starší pacienti. Podobne výsledky uvádzajú štúdie (Delamater, 2000; Johnson, 1995). U pacientov s DM 2 sa v našej štúdii asociácia SRH s vekom neobjavila. Napriek tomu, viaceré štúdie ktoré hodnotia SRH u pacientov s DM 2, udávajú vyššie skóre SRH u mladších pacientov (CDC, 2006) resp. lepšiu kvalitu života pacientov mladších ako 40 rokov (Akinci et al., 2008).

Ďalším silným prediktorom SRH sa podľa očakávania potvrdili medicínske premenné a to rovnako u diabetikov 1 aj 2 typu. Tieto výsledky sú pochopiteľné, nakoľko prítomné mikrovaskulárne diabetické chronické komplikácie (retinopatia, neuropatia a nefropatia) predstavujú najväčšiu záťaž s ktorou sa musia pacienti vysporiadať a najviac hendikepujú zdravotný stav. Slepota, diabetická noha, dialýza sú vážnou hrozbou a fatálnym stavom, ktorý ovplyvňuje kvalitu života u diabetikov (Leksell et al., 2005; Ribu et al., 2007; Huang et al., 2007). Rovnako dĺžka trvania ochorenia, u diabetikov DM 2 obezita, a taktiež pridružené ochorenia ako hypertenzia, ICHS, sú faktormi, ktoré sa aj v našej štúdii potvrdili ako premenné výrazne ovplyvňujúce pacientove vnímanie zdravia. Podobné výsledky reportuje štúdia (Hlatky et al., 2007).

Zaujímavým poznatkom v našej štúdii bol nízky podiel behaviorálnych faktorov ako prediktorov SRH. Selfmonitoring glukózy, kontrola telesnej hmotnosti, a stravovanie sa nepodielali signifikantne na vnímaní sebaopisovaného zdravia ako u pacientov s DM 1 tak aj pacientov s DM 2. Tieto výsledky je možné interpretovať dvojako. Po prvé pacienti, ktorí vykonávajú pravidelnú kontrolu glykémii, hmotnosti a dodržiať stravovacie zásady, nevnímajú tieto obmedzenia ako zaťažujúce pre ich ZS. Podobne výsledky uvádza štúdia (Grubich, 2003) v ktorej autor hodnotí frekvenciu domácej kontroly glykémie (self-blood glucose monitoring SBGM) v súvislosti s kvalitou života. Pacienti, u ktorých je vyššia frekvencia dennej kontroly hladiny glukózy v krvi pri intenzifikovanej liečbe udávajú dokonca vyššiu kvalitu života. Po druhé, opačný pohľad naznačuje skutočnosť, že ak pacienti tieto zásady nedodržiavajú, a neprístupujú zodpovedne k manažmentu svojho ochorenia, nepovažujú svoj zdravotný stav za zlý, neobávajú sa budúcnosti, čo môže viesť v konečnom dôsledku k nedostatočnej spolupráci pacienta s lekárom a k ľahostajnému prístupu k liečbe. Na spresnenie týchto záverov by však bolo vhodné doplniť štúdiu o tradičné, klinické kritéria glykemickej kompenzácie u pacientov a následne hodnotiť SRH. Rozsah faktorov, ktoré môžu byť potencionálnymi prediktormi SRH u diabetikov je určite ešte širší ako skúmame v našej štúdii. Niektorí autori poukazujú na ďalšie faktory a ich vplyv na SRH. U pacientov s typom 1 DM v rámci sociodemografických faktorov bola skúmaná ekonomická a finančná situácia pacientov a jej vplyv na SRH (Camacho et al., 2002). Ďalej ako významný faktor je uvádzaná sociálna opora resp. sociálna sieť u diabetikov (Eller et al., 2008). Osamelí ľudia s chýbajúcimi sociálnymi kontaktmi majú v priebehu života niekoľkonásobne vyššiu chorobnosť (Kimáková, 2009). Všetky tieto faktory, takisto ovplyvňujú nemalou mierou kvalitu života pacientov.

Metódy hodnotenia zdravotného stavu diabetických pacientov ktoré sme použili v našej štúdii sú založené na zbere dát vo forme self report dotazníkov. Tieto sa opierajú o subjektívne sebahodnotenie pacientov, nemožno teda vylúčiť určité bias v štúdii. Hlásené

dáta môžu byť u pacientov preceňované alebo podhodnotené. Môže byť nezhoda medzi tým, ako hodnotí svoj zdravotný stav pacient a ako lekár. U dlhoročných diabetických pacientov, hodnotenie kvality života a monitorovanie faktorov ovplyvňujúcich život s týmto ochorením je viac ako opodstatnené. Myšlienka, že stanovisko pacienta je pri posudzovaní výsledkov liečby rovnako významné ako pohľad lekára, je veľmi legitímna a nemalo by sa na ňu zabúdať (Leplege a Hunt, 1997).

### ZÁVER

Zistené výsledky v našej štúdii umožňujú lepšie pochopiť špecifiká vnímaného SRH u diabetických pacientov s rozdielnym typom ochorenia. Upozorňujú na potrebu identifikovať čo možno najlepší liečebný režim, najmä pre diabetikov 1 typu, ktorí sú vystavení rizikám diabetu od útleho veku. Podporujú užitočnosť terapeutických postupov preferujúcich individuálny prístup k pacientovi. V rámci prevencie vzniku diabetických komplikácií ako významného prediktora zhoršeného sebaodsudzovaného zdravia, upozorňujú na dôležitosť dobrej metabolickej kontroly, spolupráce pacienta s lekárom, a dôsledného selfmanažmentu pacientov s diabetom. V neposlednom rade poukazujú na dôležitosť nemedicínskych premenných ako je sebaúcta, či celková spokojnosť zo životom a potrebu holistického prístupu k pacientovi, ktorý by mal diabetológ uplatňovať.

### LITERATÚRA

1. AKINCI, F., YILDIRIM, A., GÖZÜ, H. et al. 2008. Assessment of health-related quality of life (HRQoL) of patients with type 2 diabetes in Turkey. In *Diabetes research and clinical practice*, vol. 79, 2008, p. 117-123.
2. CAMACHO, F., ANDERSON, R.T., BELL R.A. et al. 2002. Investigating correlates of health related quality of life in a low-income sample of patients with diabetes. In *Quality of life research*, vol. 11(8), 2002, p. 783-796.
3. CANTRIL, H. 1965. *The Pattern of Human Concerns*. New Brunswick, N J: Rutgers University Press, 1965.
4. CENTERS FOR DISEASE CONTROL (CDC) 2006. Self-rated fair or poor health among adults with diabetes-United States, 1996-2005. In *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.*, vol. 55, 2006, p. 1224-1227.
5. DELAMATER, A.M. 2000. Quality of life in youths with diabetes. In *Diabetes Spectrum*, vol. 13, 2000, p. 42.
6. ELLER, M., HOLLE, R., LANDGRAF, R. et al. 2008. Social network effect on self-rated health in type 2 diabetic patients-results from a longitudinal population-based study. In *Int J Public Health*, 53, 2008, p. 188-194. doi: 10.1007/s00038-0087091-4
7. ERIKSSON, I., UNDEN, A.L., ELOFSSON, S. 2001. Self-rated health. Comparissons between three different measures. Results from a population study. In *Int J Epidemiol*, vol. 30, 2001, p. 326-333.
8. FLETCHER, P.C., HIRDES, J.P. 1996. A longitudinal study of physical activity and self-rated health in Canadians over 55yr of age. In *J Aging Phys Activ*, vol. 4, 1996, p. 136-150.
9. GRUBICH, G. 2003. *The relationship between self blood glucose monitoring and quality of life impact on Alaskan adults with diabetes*. Dissertation, University of Alaska Anchorage, 2003.
10. HLATKY, M.A., CHUNG, S.C., ESCOBEDO, J. et al. 2010. The effect of obesity on quality of life in patients with diabetes and coronary artery disease. In *American Heart Journal*, vol. 159(2), 2010, p. 292-300.

11. HUANG, E.S., BROWN, S.E.S., EWIGMAN, B.G. et al. 2007. Patient perceptions of quality of life with diabetes related complications and treatments. In *Diabetes Care*, vol. 30(10), 2007, p. 2478-2483.
12. IDLER, E.L., BENYAMINI, Y. 1997. Self-rated health and mortality: A review of twenty seven community studies. In *J Health Soc Behav*, vol. 38, 1997, p. 21-37.
13. JIMÉNEZ-GARCIA, R., JIMÉNEZ-TRUJILLO, I., HERNANDEZ-BARRERA, V. et al. 2008. Ten-year trends in self-rated health among Spanish adults with diabetes, 1993-2003. In *Diabetes Care*, vol. 31(1), 2008, p. 90-93.
14. JOHNSON, S.B. 1995. Insulin-dependent diabetes mellitus in childhood. In Roberts MC (ed) *Handbook of Pediatric Psychology*. New York : Guilford, 1995. p. 263-285.
15. KATRENIÁKOVÁ, Z. 2009. General introduction. In Nagyová I (ed) *Measuring Health and Quality of Life in the chronically ill*. Košice : Equilibria Ltd, 2009. p. 13-23.
16. KIMÁKOVÁ, T. 2009. Vzdelaní sú zdravší. In *Bedeker zdravia: sprievodca svetom zdravia*, roč. 5, č. 2, 2009, s. 43.
17. LEKSELL, J.K., SANDBERG, G.E., WIKBLAD, K.F. 2005. Self-perceived health and self-care among diabetic subjects with defective vision. A comparison between subjects with threat of blindness and blind subjects. In *Journal of Diabetes and Complications*, 19, 2005, p. 54-59. doi:10.1016/j.jdiacomp.2004.04.002
18. LEPLEGE, A., HUNT, S. 1997. The problem of quality of life in medicine. In *JAMA*, no. 278, 1997, p. 47-50.
19. McEWEN, L.N., KIM, C., HAAN, M.N. et al. 2009. Are health-related quality-of-life and self-rated health associated with mortality? Insights from Translating Research Into Action for diabetes (TRIAD) In *Primary Care Diabetes*, 3, 2009, p. 37-42. doi:10.1016/j.pcd.2009.01.001
20. MOSSEY, J.M., SHAPIRO, E. 1982. Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. In *Am J Public Health*, vol. 72, 1982, p. 800-808.
21. REVENSON, T.A., FELTON, B.J. 1989. Disability and coping as predictors of psychological adjustment to rheumatoid arthritis. In *J Consult Clin Psych*, vol. 57, 1989, p. 344-348.
22. RIBU, L., HANESTAD, B.R., MOUM, T., BIRKELAND, K., RUSTOEN, T. 2007. A comparison of the health-related quality of life in patients with diabetic foot ulcers, with a diabetes group and a nondiabetes group from the general population. In *Quality of Life Research*, vol. 16, 2007, p. 179-189. doi:10.1007/s11136-006-0031-y
23. ROSENBERG, M. 1965. *Society and the adolescent self-image*. New York : Princeton University Press, 1965. Princeton
24. WARE, J.E. Jr., SHERBOURNE, C.D. 1992. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. In *Med Care*, vol. 30(6), 1992, p. 473-483.

**Kontaktná adresa:**

MVDr. Marcela Linková, Ústav verejného zdravotníctva, Oddelenie sociálnej medicíny, Lekárska fakulta UPJŠ, Šrobárová 2, 040 00 Košice, telefón: + 421 917 430 728  
 e-mail: [marcela.linkova@upjs.sk](mailto:marcela.linkova@upjs.sk)