

WPŁYW STYLU ZACHOWANIA NA JAKOŚĆ ŻYCIA CHORYCH Z CUKRZYCĄ, POZIOM SAMOOPIEKI ORAZ PARAMETRY KLINICZNE

The influence of behaviour upon the quality of the life of patients with diabetes, the level of self-care and clinical parameters

Ewa Fabich

Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu

adres do korespondencji: efabich@usk.wroc.pl

STRESZCZENIE

Wstęp. Przewlekła hiperglikemia w cukrzycy wiąże się z występowaniem odległych powikłań, zaburzeniami funkcji i niewydolnością niektórych narządów, szczególnie oczu, nerek, serca oraz powikłaniami ze strony układu nerwowego i naczyń krwionośnych. Cukrzyca występuje z różnym natężeniem we wszystkich rasach, populacjach i w każdym wieku.

Cel pracy. Uzyskanie odpowiedzi na następujące pytania: 1. Jaki wpływ ma styl zachowania na jakość życia chorych z cukrzycą? 2. Jaki wpływ mają typy zachowań na poziom samoopieki pacjentów z cukrzycą? 3. W jaki sposób styl zachowania wpływa na parametry kliniczne?

Materiał i metody. Badanie zostało przeprowadzone wśród 100 pacjentów z cukrzycą w przedziale wiekowym 18–85 lat, leczonych w Klinice Endokrynologii, Diabetologii i Leczenia Izotopami we Wrocławiu. W badanej grupie 40 osób było leczone insuliną, 27 – doustnymi środkami hipoglikemizującymi, 23 – terapią skojarzoną, a 10 osób – tylko dietą. Narzędziami wykorzystanymi do badań były dwa kwestionariusze autorskie oraz analiza dokumentacji medycznej.

Wyniki. Po analizie przeprowadzonych badań stwierdzono, że styl 1, dezadaptacyjny, skoncentrowany na unikaniu reprezentuje 20 osób; styl 2, dezadaptacyjny, skoncentrowany na przeżywanie emocji i bierność reprezentują 33 osoby; styl 3, zorientowany na rozwiązanie problemu prezentuje 35 osób; styl 4, zorientowany na poszukiwanie najlepszego rozwiązania problemu reprezentuje 12 osób. W zależności od stylu pacjenci wykazują różne postawy wobec walki z chorobą.

Wnioski. Przeprowadzone badanie uwidoczniło zróżnicowanie w postrzeganiu choroby w zależności od stylu zachowania. Jednocześnie analizując wyniki badań, pokazano, że styl zachowania wpływa na jakość życia chorych z cukrzycą, na poziom samoopieki oraz na parametry kliniczne.

Słowa kluczowe: cukrzyca, styl zachowania.

SUMMARY

Background. Chronic hyperglycemia in diabetes is related with long-term complications, functional disorder and insufficiency of some organs, in particular eyes, kidneys, heart and complications related to the nervous system and blood vessels. Diabetes occurs with the different intensity in all races, populations and at every age.

Objectives. The goal of the paper is to present answers to the following questions: 1. What influence does the behavioural style exert upon the quality of life of patients having diabetes? 2. What influence do types of behaviour exert upon the level of self-care of patients having diabetes? 3. How does the behavioural style influence clinical parameters?

Material and methods. The research was conducted among 100 patients having diabetes within the age between 18 and 85, treated in the Clinic of Endocrinology, Diabetology and Isotope Therapy in Wrocław. In the researched group 40 patients received insulin treatment, 27 patients received oral hypoglycemic drugs, 23 patients received the combination therapy, 10 patients were treated only with the diet. The research methods embraced two questionnaires created by the researcher and an analysis of the medical documentation.

Results. After conducting the analysis the following conclusions were observed: style 1. non-adaptive, focused on avoidance represented by 20 patients; style 2. non-adaptive, focused on experiencing emotions and passive approach, represented by 33 patients; style 3. focused on problem-solving, represented by 35 patients; style 4. focused on finding the best solution of the problem, represented by 12 patients. Depending on the style patients show different attitudes to the fight with the disease.

Conclusions. The research showed differences in perceiving the illness in relation to the behavioural style. The analysis made it clear that the behavioural style influences the quality of life of patients suffering from diabetes, the level of the self-care and clinical parameters.

Key words: diabetes, behavioural style.

WSTĘP

Termin cukrzyca (*diabetes mellitus*) oznacza grupę zaburzeń metabolicznych charakteryzujących się hiperglikemią spowodowaną nieprawidłowościami wydzielania lub działania insuliny bądź kombinacją obu tych stanów. Przewlekła hiperglikemia w cukrzycy wiąże się z występowaniem odległych powikłań, zaburzeniami funkcji i niewydolnością niektórych narządów, szczególnie oczu, nerek, serca oraz powikłaniami ze strony układu nerwowego i naczyń krwionośnych. Cukrzyca jako choroba wynikająca z względnego lub bezwzględnego niedoboru insuliny występuje z różnym natężeniem we wszystkich rasach, populacjach i w każdym wieku [1].

Wskaźnik chorobowości z powodu cukrzycy, według WHO, w krajach regionu europejskiego wśród 850 milionów ludzi zawiera się w granicach 3–6%. W Polsce jego wielkość jest podobna (wyższą chorobowość z powodu cukrzycy stwierdza się w środowisku miejskim, gdzie wynosi ona około 4–5%, zaś na wsi wskaźnik ten odpowiada wartości około 2,5%). Wielkość

tych liczb wskazuje na wyjątkowy charakter problemu cukrzycy, epidemiczne występowanie, szczególnie cukrzycy typu 2, oraz potrzebę aktywizacji wczesnej diagnostyki czynników ryzyka oraz cukrzycy utajonej do celów prewencji [2, 3].

Wśród chorujących na cukrzycę w krajach Europy około 90% stanowią osoby z typem 2 cukrzycy, zaś pozostali to pacjenci z cukrzycą typu 1 [4].

Zgodnie z szacunkami przyjmuje się, że wśród chorych na cukrzycę 60–70% stanowią pacjenci z cukrzycą znaną i leczoną, zaś około 30–40% wszystkich chorych to osoby z cukrzycą nieznaną i nieleżoną [1].

Dynamika rozpowszechniania cukrzycy i występujące w jej wyniku niekorzystne zmiany w zdrowiu populacji stawiają przed instytucjami ochrony zdrowia i poszczególnymi grupami zawodowymi konkretne zadania: ograniczenie liczby osób, które zachorują na cukrzycę, a także ograniczenie powikłań u osób chorych na tę chorobę [5].

CEL PRACY

Celem pracy było uzyskanie odpowiedzi na pytania dotyczące wpływu stylu zachowania na jakość życia chorych z cukrzycą, na poziom samoopieki pacjentów z cukrzycą oraz w jaki sposób styl zachowania wpływa na parametry kliniczne.

MATERIAŁ

Badanie zostało przeprowadzone w Klinice Endokrynologii, Diabetologii i Leczenia Izotopami we Wrocławiu wśród 100 pacjentów z cukrzycą (61 kobiet, 39 mężczyzn) wybranych losowo spośród pacjentów w wieku 18–85 lat (najliczniejszą grupę stanowili chorzy w przedziale 41–60 lat – 44% badanych).

W badanej grupie 40 osób było leczonych insuliną, 27 – doustnymi środkami hipoglikemizującymi, 23 – terapią skojarzoną, a 10 osób – tylko dietą.

Najliczniejszą grupę stanowią pacjenci z cukrzycą typu 2 i są to 82 osoby (34% chorych z cukrzycą typu 2 jest leczonych tylko insuliną, 32% stanowią osoby leczone doustnymi lekami przeciwcukrzycowymi, 23% badanych jest leczonych insuliną i lekami przeciwcukrzycowymi, najmniejszą liczbę stanowią osoby leczone tylko dietą i stanowią 11% badanych).

Cukrzycę typu 1 ma 11 osób (blisko 3/4 chorych z cukrzycą typu 1 jest leczonych tylko insuliną). Cukrzycę wtórną ma 6 osób (50% chorych z cukrzycą wtórną jest leczonych insuliną), natomiast cukrzycę ciężarnych ma 1 osoba.

Najliczniejszą grupę stanowią osoby chorujące na cukrzycę w przedziale 0–5 lat – 55% badanych (> 20 lat – 3% badanych).

W badanej grupie przeważały osoby z wykształceniem średnim, stanowiły one 47% badanych. Ponad połowa respondentów (58%) jest na rencie/emeryturze. Mieszkańcy miast stanowili 83%. Sytuację ekonomiczną jako dobrą podało 52% badanych. 2/3 ankietowanych znajduje się w związkach partnerskich formalnych lub nieformalnych (62% badanej grupy mieszka z małżonkiem).

METODY

Dobrowolne badania ankietowe zostały przeprowadzone wśród pacjentów z cukrzycą, leczonych w Klinice Endokrynologii, Diabetologii i Leczenia Izotopami Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. Narzędziami wykorzystanymi do badań były dwa kwestionariusze autorskie oraz analiza dokumentacji medycznej.

Oceny jakości życia chorych dokonano metodą wywiadu przeprowadzonego osobiście wśród hospitalizowanych pacjentów za pomocą kwestionariusza własnego autorstwa.

Typy zachowań oceniono na podstawie kwestionariusza oceny mechanizmów radzenia sobie z chorobą, który pacjenci wypełniali osobiście. Ankietowani pacjenci zostali poinformowani o celu badania.

Punktem wyjścia do opracowania kwestionariusza było określenie definicji jakości życia (*Quality of Life* – QoL). Na podstawie danych z literatury przyjęto następującą definicję jakości życia: „Jakość życia to możliwy do osiągnięcia optymalny poziom pod względem fizycznym, psychicznym, zdolności intelektualnych, pełnionych ról i funkcjonowania społecznego, percepcji stanu zdrowia, satysfakcji z życia oraz ogólnego dobrego samopoczucia” [6, 7].

Kluczowe pytania dotyczące jakości życia ocenionej subiektywnie przez samego chorego zostały pogrupowane w 6 domen tematycznych:

- 1) dane demograficzne (płeć, wiek, wykształcenie, rodzaj pracy, miejsce zamieszkania, sytuacja ekonomiczna, stan cywilny; pytania: 1–8);
- 2) dane kliniczne (rodzaj cukrzycy, rodzaj leczenia, czas trwania choroby, objawy hipoglikemii, objawy hiperglikemii, aktualne wyniki, objawy współistniejące; pytania: 10–12, 15, 16, 20, 21, 41);
- 3) jakość życia (aktywność fizyczna, sposób spędzania wolnego

go czasu, częstość zdenerwowania; pytania: 24–27);

- 4) samoopieka (opieka diabetologiczna, zapobieganie hipoglikemii, spożywanie alkoholu, dieta cukrzycowa, kontrola: poziomu cukru, ciśnienia tętniczego, cholesterolu, wzroku, prowadzenie zeszytu samokontroli, wiedza i umiejętności na temat cukrzycy, źródła informacji, przestrzeganie zaleceń specjalistów, dbałość o własne zdrowie; pytania: 14, 17–19, 23, 28–37, 39, 40);
- 5) czynniki ryzyka (obciążenia rodzinne, palenie papierosów; pytania: 13, 22);
- 6) inne (posiadanie przyjaciół, ocena udziału personelu medycznego w edukacji pacjentów; pytania: 9, 38).

KWESTIONARIUSZ OCENY MECHANIZMÓW RADZENIA SOBIE Z CHOROBA (TYPY ZACHOWAŃ)

Sposoby radzenia sobie z chorobą: „Radzenie sobie” to świadome działanie, w odróżnieniu od mechanizmów obronnych. Styl radzenia jest typowy dla danej jednostki i jest to sposób zachowania się w różnych sytuacjach stresowych [2, 8]. Parker i Endler wyróżnili trzy główne style radzenia ze stresem: skoncentrowany na zadaniu, skoncentrowany na emocjach, skoncentrowany na unikaniu, który może przyjmować dwie formy: angażowanie się w czynności zastępcze lub poszukiwanie kontaktów towarzyskich (wg [9]).

Styl skoncentrowany na unikaniu (styl 1)

Osoby takie w sytuacjach stresowych wykazują tendencje do wystrzegania się myślenia, przeżywania i doświadczania tej sytuacji. Może on przejawiać się w dwóch formach: angażowanie się w czynności zastępcze (np. oglądanie telewizji), poszukiwanie kontaktów towarzyskich.

Styl skoncentrowany na emocjach (styl 2)

Osoby te w sytuacjach stresowych koncentrują się na sobie, na własnych przeżyciach emocjonalnych (złość, poczucie winy, napięcie). Mają tendencje do myślenia życzeniowego i fantazjowania.

Styl zorientowany na zadaniu (styl 3)

Osoby te mają tendencje do podejmowania wysiłków zmierzających do rozwiązania problemu przez poznawcze przekształcenie lub próby zmiany sytuacji. Główny nacisk położony jest na zadanie lub planowanie rozwiązania problemu.

Styl zorientowany na poszukiwanie najlepszego rozwiązania (styl 4)

Osoby te nie poprzestają na rozwiązaniu problemu, ale poszukują najlepszych rozwiązań, zainteresowani są nowościami i uwzględniają dodatkowe szczegóły różnych, możliwych, pozytywnych rozwiązań.

WYNIKI

Pacjenci biorący udział w badaniu dotyczącym wpływu stylu zachowania na jakość życia chorych z cukrzycą, na poziom samoopieki pacjentów z cukrzycą oraz w jaki sposób styl zachowania wpływa na parametry kliniczne, w pierwszych pytaniach ankiety udzielali odpowiedzi dotyczących poziomu wiedzy i postaw na dany temat.

37% badanych odczuwa objawy obniżonego poziomu cukru, przy czym 39% respondentów nosi przy sobie zawsze coś słodkiego, aby zapobiec hipoglikemii, natomiast 97% chorych nie posiada glukagonu. Blisko 2/3 chorych nie odczuwa objawów podwyższonego poziomu cukru. Szczegółowe wyniki dotyczące odczuwanych objawów hipoglikemii przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Rodzaj objawów w hipoglikemii

Rodzaj objawów hipoglikemii	Liczba osób, n = 100
Nadmierna potliwość	25
Drżenie rąk	32
Odczuwanie głodu	23
Podwójne widzenie	21

Kołatanie serca	47
Zawroty głowy	35
Ogólne osłabienie	38

90% badanej grupy choruje dodatkowo na inne choroby. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Współistniejące objawy z cukrzycą

Współistniejące objawy z cukrzycą	Liczba osób, n = 100
Nie obserwuję żadnych objawów	10
Słabnący wzrok	44
Retinopatia	20
Nadciśnienie tętnicze	58
Bóle kończyn dolnych przy chodzeniu	40
Bóle wysiłkowe w klatce piersiowej	34
Zaburzenia czucia, drętwienie, mrowienie kończyn	24
Zaniki drobnych mięśni nóg lub dłoni	2
Ropiejące, nie gojące się rany	2
Impotencja	3
Wystąpił udar mózgowy	5
Wystąpił zawał mięśnia sercowego	8
Neuropatia	15
Amputacja stopy	2
Nefropatia	7

Ponad 3/4 ankietowanych deklaruje, że kontroluje wzrok raz w roku lub częściej. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela 3.

Tabela 3. Kontrola wzroku

Kontrola wzroku	Liczba osób, n = 100
Dwa razy w roku	32
Raz w roku	47
Rzadziej	21
Nigdy	0

Informacje na temat cukrzycy większość chorych otrzymała od lekarza (52%), natomiast co czwarty badany uzyskał informację z książki, czasopism, broszur. 70% badanej grupy deklaruje, że stosuje się do zaleceń specjalistów, 57% chorych posiada niewielką wiedzę na temat cukrzycy. Natomiast tylko 9% badanych posiada wiedzę szeroką i usystematyzowaną. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela 4.

Tabela 4. Wiedza na temat cukrzycy

Wiedza na temat cukrzycy	Liczba osób, n = 100
Szeroka i usystematyzowana	9
Szeroka, ale chaotyczna	9
Niewielka, ale staram się ją pogłębiać	25
Niewiele wiem o cukrzycy	57

Analiza czynników ryzyka pokazała, że 28% badanych ma w rodzinie osoby chorujące na cukrzycę, 87% chorych nie pali papierosów, 2/3 badanych podaje, że spożywa alkohol okazjonalnie, 95% badanych posiada przyjaciół.

Typy zachowań

Po analizie przeprowadzonych badań stwierdzono, że styl 1, dezadaptacyjny, skoncentrowany na unikaniu, reprezentuje 20 osób; styl 2, dezadaptacyjny, skoncentrowany na przeżywanie emocji i bierność, reprezentują 33 osoby; styl 3, zorientowany na rozwiązanie problemu, prezentuje 35 osób; styl 4, zorientowany na poszukiwanie najlepszego rozwiązania problemu, reprezentuje 12 osób.

Największą grupę stanowią osoby reprezentujące typ zachowania nastawiony na rozwiązanie problemu (styl 3), n = 35, natomiast najmniejszą grupę stanowią osoby reprezentujące typ zachowania zorientowany na poszukiwanie najlepszego rozwiązania (styl 4), n = 12.

Typy zachowań a samoopieka (pytania: 14, 29, 31, 32, 33, 34)

Badanie wykazało, że tylko 27% ankietowanych jest pod opieką poradni diabetologicznej, w większości są to chorzy reprezentujący styl zachowań 3 i 4. Najliczniejszą grupę, nie pozostającą pod opieką poradni diabetologicznej, stanowili pacjenci stylu 2 (n = 27). Szczegółowe wyniki przedstawia tabela 5.

Tabela 5. Typy zachowań a opieka w poradni diabetologicznej (pyt. 14. Czy jest Pani/Pan pod stałą opieką poradni diabetologicznej?)

Odpowiedź	Liczba osób razem, n = 100	Styl 1 n = 20	Styl 2 n = 33	Styl 3 n = 35	Styl 4 n = 12
Tak	27	2	6	14	5
Nie	73	18	27	21	7

Analiza uwidoczniła, że 3/4 respondentów nie posiada wiedzy na temat wymienników węglowodanowych, najliczniejszą grupą (n = 31) byli chorzy reprezentujący styl 2. 89% chorych nie układa diety na podstawie tabeli wymienników węglowodanowych. Blisko 2/3 pacjentów przyjmuje 5 posiłków w ciągu dnia. Szczegółowe wyniki dotyczące znajomości wymienników węglowodanowych przedstawia tabela 6.

Tabela 6. Typy zachowań a znajomość wymienników węglowodanowych (pyt. 29. Czy wie Pani/Pan co to są wymienniki węglowodanowe?)

Odpowiedź	Liczba osób razem, n = 100	Styl 1 n = 20	Styl 2 n = 33	Styl 3 n = 35	Styl 4 n = 12
Tak	25	3	2	12	8
Nie	75	17	31	23	4

Połowa ankietowanych kontroluje poziom cukru w krwi kilka razy dziennie, najliczniejszą grupę stanowili chorzy ze stylem 3 (n = 21). Szczegółowe wyniki przedstawia tabela 7.

Tabela 7. Typy zachowań a częstość pomiaru poziomu cukru w krwi (pyt. 31. Jak często wykonuje Pani/Pan pomiar poziomu cukru w krwi?)

Odpowiedź	Liczba osób razem, n = 100	Styl 1 n = 20	Styl 2 n = 33	Styl 3 n = 35	Styl 4 n = 12
Kilka razy dziennie	50	6	17	21	6
Raz dziennie	20	4	6	7	3
Raz w tygodniu	6	3	2	1	0
Raz w miesiącu	13	4	5	2	2
Rzadziej	11	3	3	4	1

50% pacjentów stylu 2 i 4 mierzy ciśnienie tętnicze krwi codziennie, natomiast najczęściej mierzą ciśnienie pacjenci stylu 3. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela 8.

Tabela 8. Typy zachowań a częstość pomiaru ciśnienia tętniczego krwi (pyt. 32. Jak często mierzy Pani/Pan ciśnienie tętnicze?)

Odpowiedź	Liczba osób razem, n = 100	Styl 1 n = 20	Styl 2 n = 33	Styl 3 n = 35	Styl 4 n = 12
Codziennie	49	8	17	20	6
Raz w tygodniu	16	2	5	7	2
Raz w miesiącu	25	6	10	7	2
Rzadziej	10	4	3	1	2

Kontrolowanie poziomu cholesterolu raz na kilka miesięcy deklaruje 43% chorych. Pacjenci stylu 4 częściej mierzą poziom cholesterolu od pacjentów pozostałych stylów. Zaobserwowano częściej występujące podwyższone wartości cholesterolu u pacjentów stylu 1 i 2. Szczegółowe wyniki częstości oznaczania poziomu cholesterolu przedstawia tabela 9.

Tabela 9. Typy zachowań a częstość oznaczania poziomu cholesterolu (pyt. 33. Jak często oznacza Pani/Pan poziom cholesterolu?)

Odpowiedź	Liczba osób razem, n = 100	Styl 1 n = 20	Styl 2 n = 33	Styl 3 n = 35	Styl 4 n = 12
Raz na kilka miesięcy	43	5	14	15	9
Raz w roku	27	6	8	13	0
Rzadziej	30	9	11	7	3

Tylko 15% osób prowadzi regularnie zeszyt samokontroli, częściej osoby stylu 3 i 4. Pacjenci stylu 1 (styl dezadaptacyjny, zorientowany na unikanie, $n = 17$) w 85% nie prowadzą zeszytu samokontroli. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela 10.

Tabela 10. Typy zachowań a prowadzenie zeszytu samokontroli (pyt. 34. Czy prowadzi Pani/Pan zeszyt samokontroli?)

Odpowiedź	Liczba osób razem, $n = 100$	Styl 1 $n = 20$	Styl 2 $n = 33$	Styl 3 $n = 35$	Styl 4 $n = 12$
Tak – regularnie	15	1	2	8	4
Nieregularnie	27	2	8	14	3
Nie	58	17	21	13	5

Typy zachowań a jakość życia (pytania: 24, 25, 27)

Ponad 2/3 ankietowanych ulega zdenerwowaniu bardzo często lub często. Pacjenci stylu 1 najczęściej deklarują, że ulegają zdenerwowaniu rzadko lub w wyjątkowych sytuacjach. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela 11.

Tabela 11. Typy zachowań a częstość zdenerwowania (pyt. 24. Jak często zdarza się Pani/Panu być zdenerwowanym?)

Odpowiedź	Liczba osób razem, $n = 100$	Styl 1 $n = 20$	Styl 2 $n = 33$	Styl 3 $n = 35$	Styl 4 $n = 12$
Bardzo często	13	1	5	3	4
Często	58	8	20	25	5
Rzadko	17	7	5	3	2
W wyjątkowych sytuacjach	12	4	3	4	1

Aktywność fizyczną w trakcie wykonywania pracy podaje 17% badanych. Najliczniejszą grupę, $n = 8$ (66,6%), która jest aktywna fizycznie, stanowią osoby reprezentujące styl 4. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela 12.

Tabela 12. Typy zachowań a aktywność fizyczna w trakcie wykonywania pracy (pyt. 25. Czy w trakcie wykonywania pracy zawodowej jest Pani/Pan aktywna/y fizycznie?)

Odpowiedź	Liczba osób razem, $n = 100$	Styl 1 $n = 20$	Styl 2 $n = 33$	Styl 3 $n = 35$	Styl 4 $n = 12$
Tak	17	1	2	6	8
Nie	49	12	18	17	2
Różnie	34	7	13	12	2

Tylko 1/4 chorych jest aktywna fizycznie w czasie wolnym więcej niż dwa razy w tygodniu. Najczęstszą formą spędzania wolnego czasu jest oglądanie telewizji – 38% badanej grupy. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela 13.

Tabela 13. Typy zachowań a aktywność fizyczna w czasie wolnym (pyt. 27. Aktywna/y fizycznie w czasie wolnym jestem)

Odpowiedź	Liczba osób razem, $n = 100$	Styl 1 $n = 20$	Styl 2 $n = 33$	Styl 3 $n = 35$	Styl 4 $n = 12$
Więcej niż 2 razy w tygodniu	24	1	6	11	6
Raz w tygodniu	7	2	1	1	3
Rzadko	64	13	26	22	3
Nigdy	5	4	0	1	0

Typy zachowań a parametry kliniczne (glikemia na czczo, cholesterol całkowity, HbA_{1c}, ciśnienie tętnicze krwi, WHR, BMI)

Analizę wyników przeprowadzono na podstawie dokumentacji medycznej ankietowanych pacjentów oraz dokonanych pomiarów. Badani pacjenci w większości mieli podwyższone wszystkie analizowane parametry kliniczne (normy podane przy parametrach klinicznych są zalecane dla osób z cukrzycą przez Polskie Towarzystwo Diabetologiczne [10]).

Pacjenci reprezentujący styl zachowania 3 i 4 częściej mieli poziom glikemii na czczo w normie od pacjentów stylu 1 i 2. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela 14.

Tabela 14. Glikemia na czczo: < 100 mg/dl ($< 5,6$ mmol/l)

	Liczba osób razem, $n = 100$	Styl 1 $n = 20$	Styl 2 $n = 33$	Styl 3 $n = 35$	Styl 4 $n = 12$
Norma	15	1	3	7	4
Podwyższony	85	19	30	28	8

Zaobserwowano częściej występujące podwyższone wartości cholesterolu całkowitego u pacjentów stylu 1 i 2. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela 15.

Tabela 15. Stężenie cholesterolu całkowitego: < 175 mg/dl ($< 4,5$ mmol/l)

	Liczba osób razem, $n = 100$	Styl 1 $n = 20$	Styl 2 $n = 33$	Styl 3 $n = 35$	Styl 4 $n = 12$
Norma	26	4	7	10	5
Podwyższony	74	16	26	25	7

Pacjenci reprezentujący styl zachowania 3 i 4 częściej mieli poziom HbA_{1c} w normie od pacjentów stylu 1 i 2. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela 16.

Tabela 16. HbA_{1c}: $< 6,1$ mg%

	Liczba osób razem, $n = 100$	Styl 1 $n = 20$	Styl 2 $n = 33$	Styl 3 $n = 35$	Styl 4 $n = 12$
Norma	22	2	6	9	5
Podwyższony	78	18	27	26	7

Podwyższone ciśnienie tętnicze krwi ma 2/3 badanych. Pacjenci stylu 4 ciśnienie tętnicze krwi w normie mieli najczęściej (50%). Szczegółowe wyniki przedstawia tabela 17.

Tabela 17. Ciśnienie tętnicze krwi: $< 130/80$ mm Hg

	Liczba osób razem, $n = 100$	Styl 1 $n = 20$	Styl 2 $n = 33$	Styl 3 $n = 35$	Styl 4 $n = 12$
Norma	34	8	11	10	6
Podwyższone	66	12	22	25	6

Prawidłową masę ciała oraz WHR miała tylko 1/4 ankietowanych pacjentów. Pacjenci stylu 1 i 2 częściej reprezentują typ tycia AO i GO. Niepokojące wskaźniki dotyczą grupy pacjentów z otyłością II i III stopnia, którzy razem stanowią 45% chorych (w większości osoby stylu 1 i 2). Szczegółowe wyniki przedstawiają tabele 18 i 19.

Tabela 18. WHR: typ tycia androidalny (AO), typ tycia ginoidalny (GO) [K $> 0,9$; M $> 1,0$ (obwód talii: K > 88 cm; M > 102 cm)]

	Liczba osób razem, $n = 100$	Styl 1 $n = 20$	Styl 2 $n = 33$	Styl 3 $n = 35$	Styl 4 $n = 12$
Norma	25	4 (20%)	5 (15%)	12 (34%)	4 (33%)
Typ tycia AO	59	13	22	19	5
Typ tycia GO	16	3	6	4	3

Tabela 19. BMI (Body Mass Index)

BMI	Liczba osób razem, $n = 100$	Styl 1 $n = 20$	Styl 2 $n = 33$	Styl 3 $n = 35$	Styl 4 $n = 12$
Norma: 18,5–24	24	3	5	12	4
Obniżone	1	1	0	0	0
Otyłość I stopnia BMI: 25–29,9	30	3	9	15	3
Otyłość II stopnia BMI: 30–40	34	9 (45%)	14 (42%)	8 (23%)	3 (25%)
Otyłość III stopnia BMI: > 40	11	4 (20%)	5 (15%)	0	2 (17%)

WNIOSKI

- Przeprowadzone badanie pozwoliło pozyskać informacje na temat, czy styl zachowania wpływa na jakość życia chorych z cukrzycą, poziom samoopieki oraz parametry kliniczne, jednocześnie uwidoczniło różnicowanie w postrzeganiu choroby w zależności od stylu zachowania.
- Analizując wyniki badań, pokazano, że styl zachowania wpływa w sposób znaczący na jakość życia chorych z cukrzycą, na poziom ich samoopieki oraz na parametry kliniczne.

3. Grupa pacjentów reprezentująca styl zachowania 1 i 2 w większości analizowanych parametrów klinicznych miała częściej nieprawidłowe parametry w porównaniu z pacjentami reprezentującymi styl zachowania 3 i 4.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorki.

Konflikt interesów: Autorka nie zgłasza konfliktu interesów.

BIBLIOGRAFIA

1. Tatoń J, Czech A. *Diabetologia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2001.
2. Tatoń J. Diabetologia społeczna jako wyłaniający się kierunek badań i działań. *Med Metab* 2002; VI(4).
3. Grzeszczak W, Gumprecht J. Intensywna insulinoterapia. *Diabetol Dośw Klin* 2003; 3(1).
4. Czech A. Kształtowanie nowej opieki diabetologicznej. Program optymalizacji opieki diabetologicznej w Polsce na lata 2002–2005. *Med Metabol* 2002; VI(3).
5. Abramczyk A. *Profilaktyka i wczesne wykrywanie cukrzycy w praktyce pielęgniarki środowiskowej/rodzinnej*. Wrocław: Optimed; 2002.
6. Abramczyk A, Łopatowski J, Prusek W., red. *Cukrzyca problem społeczny*. Wrocław: Zakład Pielęgniarstwa Społecznego Akademii Medycznej; 2002.
7. Abramczyk A, Prusek W, Panaszek B., red. *Cukrzyca społeczny problem XXI wieku*. Wrocław: Zakład Pielęgniarstwa Społecznego Akademii Medycznej; 2003.
8. Makowska H, Poprawa R. *Elementy psychologii zdrowia*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego; 1996.
9. Zimbardo PG, Floyd L. *Psychologia i życie*. Warszawa: PWN; 1996.
10. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2005. *Diabetol Prakt* 2004; 3(Supl. D).

Adres do korespondencji:

Mgr Ewa Fabich
Uniwersytecki Szpital Kliniczny
ul. Borowska 213
50-556 Wrocław
Tel.: 515 053 983
E-mail: efabich@usk.wroc.pl

Praca wpłynęła do redakcji: 10.11.2018 r.

Po recenzji: 12.12.2018 r.

Zaakceptowano do druku: 08.01.2019 r.