

CZYNNIKI SOCJODEMOGRAFICZNE I KLINICZNE W AKCEPTACJI CHOROBY U PACJENTÓW Z CUKRZYCĄ TYPU 2

Factors sociodemographic and clinical acceptance of illness in patients with diabetes type 2

Ewa Bonarska¹, Anna Chudiak², Beata Jankowska-Polańska²

¹ Studenckie Koło Naukowe Pielęgniarstwa Internistycznego, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

² Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

adres do korespondencji: bianko@poczta.onet.pl

STRESZCZENIE

Wstęp. Badania nad akceptacją choroby zyskują coraz większe znaczenie jako cenne wskazówki prowadzonej farmakoterapii. Akceptacja choroby w pozytywny sposób wpływa na efekty leczenia i zachęca chorego do czynnego udziału w procesie terapeutycznym.

Cel pracy. Ocena czynników socjodemograficznych i klinicznych w akceptacji choroby u pacjentów z cukrzycą typu 2.

Materiał i metody. Przebadano grupę 100 pacjentów (56 kobiet, 44 mężczyzn) zgłaszających się na wizyty kontrolne do Zakładu Podstawowej Opieki Zdrowotnej w okresie od lipca do listopada 2014 r. Do badania wykorzystano ankietę własnego autorstwa oraz skalę akceptacji choroby (*Acceptance of Illness Scale* – AIS).

Wyniki. Wykazano wysoki poziom akceptacji choroby w grupie kobiet (75%) oraz w grupie mężczyzn (84,1%). Średnia wieku u osób z wysokim poziomem AIS wynosiła 54,47 lat (SD = 11,07). Osoby z wysokim poziomem akceptacji choroby to chorzy z wyższym wykształceniem (89,5%), chorzy od 5 lat (85%), wykonujący badania kontrolne regularnie (76%) bądź czasami (87%), aktywni fizycznie na co dzień (76,9%) lub uprawiający nieregularną aktywność fizyczną (89,6%) oraz osoby, które nie były hospitalizowane w ciągu ostatnich trzech miesięcy (82,1%).

Wnioski. Badania własne pokazały wysoki poziom akceptacji choroby. Wraz ze wzrostem wykształcenia wzrastał odsetek chorych akceptujących cukrzycę. Czas trwania choroby niekorzystnie wpływał na jej postrzeganie. Wyższy poziom AIS występował u chorych, którzy regularnie wykonują badania kontrolne, u tych aktywnych fizycznie oraz nieprzebywających w szpitalu w ciągu ostatnich trzech miesięcy.

Słowa kluczowe: cukrzyca typu 2, czynniki socjodemograficzne, czynniki kliniczne, akceptacja choroby.

SUMMARY

Background. Studies on acceptance of illness is becoming increasingly important as valuable tips led pharmacotherapy. Acceptance of the disease in a positive impact on treatment outcomes and encourages the patient to actively participate in the therapeutic process.

Objectives. To assess sociodemographic and clinical factors in acceptance of illness in patients with diabetes type 2.

Material and methods. We examined a group of 100 patients (56 women, 44 men) during their visits to the Department of Primary Health Care, in the time period from July to November 2014. In the study we used a questionnaire developed by authors of his study and the Acceptance of Illness Scale (AIS).

Results. We found a high level of acceptance of the disease in women (75%) and men (84.1%). The mean age with a high level of AIS was 54.47 years (SD = 11.07). People with a high level of acceptance of the disease were patients with higher education (89.5%), people who were with the diagnosis of diabetes for five years (85%), performing check-ups regularly (76%) or sometimes (87%), physically active every day (76.9%) or physically active people (89.6%) and those who have not been hospitalized in the last three months (82.1%).

Conclusions. Our study showed a high level of acceptance of illness. With the increase of education increased the percentage of patients accepting diabetes. Duration of illness adversely affects its perception. A higher level of AIS occurred in patients who regularly carry out checks, in those who are physically active and not staying in the hospital over the past three months.

Key words: diabetes type 2, sociodemographic factors, clinical factors, acceptance of illness.

WSTĘP

Cukrzyca należy do głównych i narastających problemów zdrowotnych Europy. Ze względu na różnorodny przebieg jest swoistym wyzwaniem dla współczesnej medycyny. Na świecie według prognoz WHO w roku 2025 będzie chorowało 333 mln osób, a w roku 2030 – 360 mln [1]. Obecnie cukrzyca dotyczy 2 mln populacji polskiej i należy do epidemii XXI wieku. Chorzy z cukrzycą typu 2 stanowią 90% zachorowań [2]. W 2030 r. liczba chorych w Polsce ma wzrosnąć do 2,5 mln osób [3]. Istotnym problemem są powikłania i zwiększona śmiertelność w populacji osób chorych. Do najczęstszych powikłań należą: zaburzenia wzroku (retinopatia), powikłania sercowo-naczyniowe (zwiększone ryzyko udaru, zawału serca), zaburzenia pracy nerek (nefropatia). Choroby przewlekłe, w tym cukrzyca, znacznie zaburzają funkcjonowanie biopsychospołeczne. Istotnym aspektem jest postrzeganie choroby oraz jej akceptacja. Akceptacja lub jej brak znacząco wpływa na proces terapeutyczny. Chory, który akceptuje swój stan zdrowia, bierze czynny udział w procesie leczenia. Brak akceptacji choroby powoduje niechęć pacjenta do współpracy z zespołem terapeutycznym [4].

CEL PRACY

Celem pracy była ocena czynników socjodemograficznych i klinicznych w akceptacji choroby u pacjentów z cukrzycą typu 2.

MATERIAŁ I METODY

W badaniu uczestniczyło 100 pacjentów (56 kobiet i 44 mężczyzn) z cukrzycą typu 2 zgłaszających się na wizyty kontrolne do Zakładu Podstawowej Opieki Zdrowotnej w okresie od lipca do listopada 2014 r.

Kryterium włączenia do badań były: zgoda na udział w badaniu, czas trwania cukrzycy – co najmniej 5 lat, leczenie lekami hipoglikemizującymi lub insuliną. Kryteria wykluczenia to: krótszy niż 5 lat czas trwania choroby, tylko niefarmakologiczne leczenie cukrzycy, występowanie ciężkich chorób współistniejących, tj. udar, proces nowotworowy, mogących zaburzać przebieg badania.

Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy. Każdy z pacjentów zakwalifikowanych do badania został poinformowany o jego celu, metodach i możliwości odstąpienia na każdym etapie badania. Uzyskano zgodę na przeprowadzenie badań.

Do badania wykorzystano ankietę własną składającą się z 20 pytań. Oceniono w niej dane socjodemograficzne (płeć, wiek, wykształcenie, stan cywilny), kliniczne (zgłaszanie się na badania kontrolne, choroby współistniejące, liczbę pobytów w szpitalu) oraz nastawienie do leczenia i zmiany stylu życia. Do oceny akceptacji choroby posłużono się skalą akceptacji choroby (*Acceptance of Illness Scale* – AIS) autorstwa Felton, Revenson i Hinrichsen, zaadaptowaną do warunków polskich przez Juczyńskiego. Skala zawiera 8 stwierdzeń opisujących konsekwencje złego stanu zdrowia. Ankietyowani oceniali twierdzenia w skali od 1 (złe przystosowanie się do choroby) do 5 (pełna akceptacja choroby). Suma punktów 8–40 jest ogólną miarą stopnia akceptacji choroby. Im większa suma punktów, tym wyższa akceptacja choroby [5].

Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą pakietu programów statystycznych SPSS 21 oraz arkusza kalkulacyjnego Excel.

WYNIKI

Analiza czynników socjodemograficznych

Ankietyowanych podzielono na trzy grupy w zależności od stopnia akceptacji choroby: niski, średni i wysoki. W odniesieniu do płci w grupie kobiet 8,9% miało niski poziom AIS, 16,1% – średni, 75% – wysoki. Natomiast w grupie mężczyzn 2,3% miało niski poziom AIS, 13,6% – średni, 84,1% – wysoki. Wynik testu χ^2 Pearsona wskazuje, że poziom akceptacji choroby nie zależy od płci ($p > 0,05$). Powyższe dane przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Charakterystyka poziomu akceptacji choroby w zależności od płci ankietyowanych

Płeć	Poziom akceptacji choroby (AIS)			
	niski	średni	wysoki	ogółem
Kobiety	5 (8,9%)	9 (16,1%)	42 (75,0%)	56 (100%)
Mężczyźni	1 (2,3%)	6 (13,6%)	37 (84,1%)	44 (100%)

Wynik testu χ^2 Pearsona = 2,17; $df = 2$; $p = 0,337$.

Analizując wykształcenie badanych, w grupie osób z wyższym wykształceniem 10,5% miało średni poziom AIS, 89,5% – wysoki. W grupie osób ze średnim wykształceniem 9,5% badanych miało niski poziom AIS, 11,9% – średni, 78,6% – wysoki. W grupie osób z wykształceniem zawodowym 5,3% badanych miało niski poziom AIS, 21,1% – średni, 73,7% – wysoki (tab. 2).

Tabela 2. Charakterystyka poziomu akceptacji choroby w zależności od poziomu wykształcenia ankietyowanych

Wykształcenie		Poziom akceptacji choroby (AIS)			Ogółem
		niski	średni	wysoki	
Wyższe	liczebność	0	2	17	19
	%	0,0%	10,5%	89,5%	100%
Średnie	liczebność	4	5	33	42
	%	9,5%	11,9%	78,6%	100%
Zawodowe	liczebność	2	8	28	38
	%	5,3%	21,1%	73,7%	100%
Ogółem	liczebność	6	15	78	99
	%	6,1%	15,2%	78,8%	100%

Z analizy wynika, że w grupie osób mieszkających samotnie 7,1% badanych miało średni, a 92,9% – wysoki poziom AIS. W grupie osób mieszkających z partnerem/partnerką 8,7% badanych miało średni, a 91,3% – wysoki poziom AIS. W grupie osób mieszkających z rodziną 9,7% badanych miało niski poziom AIS, 19,4% – średni, a 71% – wysoki (tab. 3).

Tabela 3. Charakterystyka poziomu akceptacji w zależności od miejsca zamieszkania

Czy jest Pan/i osoba mieszkającą samotnie?		Poziom akceptacji choroby (AIS)			Ogółem
		niski	średni	wysoki	
Tak, mieszkam sam/a	liczebność	0	1	13	14
	%	0%	7,1%	92,9%	100%

Nie, mieszkam z partnerem/ką	liczebność	0	2	21	23
	%	0%	8,7%	91,3%	100%
Nie, mieszkam z rodziną	liczebność	6	12	44	62
	%	9,7%	19,4%	71%	100%

Oceniono także poziom akceptacji choroby w zależności od wieku ankietyowanych. I tak, średnia wartość wieku u osób z niskim poziomem AIS wynosiła 57,83 lat (SD = 15,34), ze średnim – 62,87 lat (SD = 15,06), a z wysokim wynosiła 54,47 lat (SD = 11,07) (tab. 4).

Tabela 4. Ocena poziomu akceptacji choroby w zależności od wieku ankietyowanych

Wiek	Poziom akceptacji choroby (AIS)	N	M	SD
	niski	6	57,83	15,34
	średni	15	62,87	15,06
	wysoki	79	54,47	11,07
	ogółem	100	55,93	12,24

N – liczba chorych, M – średnia wartość wieku, SD – odchylenie standardowe.

CHARAKTERYSTYKA KLINICZNA

Z analizy wynika, że w grupie osób chorujących od 5 lat 2,5% miało niski stopień akceptacji choroby, 12,5% – średni poziom AIS, a 85% – wysoki poziom AIS. W grupie osób chorujących od 10 lat 12,1% badanych miało niski poziom AIS, 15,2% – średni, a 72,7% – wysoki. W grupie osób chorujących powyżej 10 lat 4,3% miało niski poziom AIS, 17,4% – średni, a 78,3% – wysoki (tab. 5).

Tabela 5. Ocena poziomu akceptacji choroby w zależności od czasu trwania choroby

Czas trwania choroby		Poziom akceptacji choroby (AIS)			Ogółem
		niski	średni	wysoki	
Od 5 lat	liczebność	1	5	34	40
	%	2,5%	12,5%	85%	100%
Od 10 lat	liczebność	4	5	24	33
	%	12,1%	15,2%	72,7%	100%
Powyżej 10 lat	liczebność	1	4	18	23
	%	4,3%	17,4%	78,3%	100%

W odniesieniu do sposobu zdiagnozowania choroby stopień akceptacji choroby przedstawiał się następująco: w grupie osób, u których wykryto cukrzycę typu 2 podczas wizyty u lekarza rodzinnego, 3,9% badanych ma niski poziom AIS, 13,7% – średni, 82,4% – wysoki. Drugą grupę stanowili pacjenci, u których wykryto cukrzycę typu 2 podczas wizyty u diabetologa: 33,3% badanych ma średni poziom AIS, a 66,7% – wysoki. W grupie trzeciej choroba została zdiagnozowana przy pomiarze glikemii przygodnej. I tak 9,8% chorych ma niski poziom AIS, 12,2% – średni, a 78% – wysoki (tab. 6).

Przeanalizowano również stopień akceptacji choroby w zależności od chorób współistniejących: choroby nerek, oczu, serca.

Tabela 6. Ocena akceptacji poziomu choroby w zależności od sposobu jej zdiagnozowania

Kiedy została u Pana/i wykryta cukrzyca typu 2?		Poziom akceptacji choroby (AIS)			Ogółem
		niski	średni	wysoki	
Podczas wizyty u lekarza rodzinnego	liczebność	2	7	42	51
	%	3,9%	13,7%	82,4%	100%
Podczas konsultacji u diabetologa	liczebność	0	2	4	6
	%	0,0%	33,3%	66,7%	100%
Podczas pomiaru glikemii przygodnej	liczebność	4	5	32	41
	%	9,8%	12,2%	78,0%	100%

Z analizy wynika, że w grupie osób z chorobami nerek 100% badanych ma wysoki poziom AIS. W grupie osób z chorobami oczu 7,4% ma niski poziom AIS, 11,1% – średni, a 81,5% – wysoki. W grupie osób z chorobami serca 6,7% ma niski poziom AIS, 20% – średni, a 73,3% – wysoki (tab. 7).

Tabela 7. Ocena stopnia akceptacji choroby w zależności od chorób współistniejących

Czy posiada Pan/i następujące choroby współistniejące?		Poziom akceptacji choroby (AIS)			Ogółem
		niski	średni	wysoki	
Choroby nerek	liczebność	0	0	2	2
	%	0%	0%	100%	100%
Choroby oczu	liczebność	2	3	22	27
	%	7,4%	11,1%	81,5%	100%
Choroby serca	liczebność	1	3	11	15
	%	6,7%	20%	73,3%	100%

Dokonano analizy poziomu akceptacji choroby biorąc pod uwagę częstość dokonywania pomiarów glikemii. Z analizy wynika, że w grupie osób dokonujących pomiarów glikemii raz dziennie 6,8% badanych ma niski poziom AIS, 15,9% – średni, a 77,3% – wysoki. W grupie osób dokonujących pomiarów glikemii trzy razy dziennie 2,4% ma niski poziom AIS, 11,9% – średni, a 85,7% – wysoki. W grupie osób dokonujących pomiarów glikemii więcej niż trzy razy dziennie 7,7% badanych ma niski poziom AIS, 23,1% – średni, a 69,2% – wysoki (tab. 8).

Tabela 8. Ocena akceptacji choroby w zależności od częstości dokonywania pomiarów glikemii

Jak często dokonuje Pan/i pomiarów cukru?		Poziom akceptacji choroby (AIS)			Ogółem
		niski	średni	wysoki	
Raz dziennie	liczebność	3	7	34	44
	%	6,8%	15,9%	77,3%	100%
Trzy razy dziennie	liczebność	1	5	36	42
	%	2,4%	11,9%	85,7%	100%
Więcej niż trzy razy dziennie	liczebność	1	3	9	13
	%	7,7%	23,1%	69,2%	100%

Biorąc pod uwagę metodę leczenia chorych zaobserwowano, że w grupie osób przyjmujących insulinę 11,1% badanych ma niski poziom AIS, 5,6% – średni, a 83,3% – wysoki. W grupie osób przyjmujących insulinę i leki doustne 28,6% badanych ma średni poziom AIS, 71,4% – wysoki. W grupie osób przyjmujących leki doustne 6,7% badanych ma niski poziom AIS, 13,3% – średni, 80% – wysoki (tab. 9).

Tabela 9. Ocena stopnia akceptacji choroby w zależności od metod leczenia

Metody leczenia		Poziom akceptacji choroby (AIS)			Ogółem
		niski	średni	wysoki	
Insulinoterapia	liczebność	2	1	15	18
	%	11,1%	5,6%	83,3%	100%
Insulinoterapia i leki doustne	liczebność	0	6	15	21
	%	0%	28,6%	71,4%	100%
Leki doustne	liczebność	4	8	48	60
	%	6,7%	13,3%	80%	100%

Ankietowanych zapytano o regularne wizyty u diabetologa oraz wykonywanie badań kontrolnych. Biorąc pod uwagę ten aspekt, poziom akceptacji choroby przedstawiał się następująco: w grupie osób, które regularnie odwiedzają diabetologa i wykonują badania kontrolne. 2% ma niski poziom AIS, 22% – średni, a 76% – wysoki. W grupie osób, które nie chodzą regularnie na wizyty kontrolne i nie wykonują badań kontrolnych 50% badanych ma niski poziom AIS, 25% – średni, a 25% – wysoki. W grupie osób, które czasami chodzą do diabetologa i czasami wykonują badania kontrolne 6,5% badanych ma niski

poziom AIS, 6,5% – średni, a 87% – wysoki (tab. 10).

Tabela 10. Ocena stopnia akceptacji choroby w zależności od częstości wykonywania badań kontrolnych i wizyt u diabetologa

Czy regularnie odwiedza Pan/i diabetologa i wykonuje badania kontrolne?		Poziom akceptacji choroby (AIS)			Ogółem
		niski	średni	wysoki	
Tak	liczebność	1	11	38	50
	%	2%	22%	76%	100%
Nie	liczebność	2	1	1	4
	%	50%	25%	25%	100%
Czasami	liczebność	3	3	40	46
	%	6,5%	6,5%	87%	100%

Biorąc pod uwagę aktywność fizyczną, wykazano, że w grupie chorych aktywnych fizycznie 7,7% badanych ma niski poziom akceptacji choroby, 15,4% – średni, a 76,9% – wysoki. W grupie osób nieaktywnych fizycznie 15,4% badanych ma niski poziom AIS, 38,5% – średni, 46,2% – wysoki. W grupie osób, które czasami są aktywne fizycznie, 2,1% badanych ma niski poziom AIS, 8,3% – średni, 89,6% – wysoki. Ocenę stopnia akceptacji choroby w zależności od częstości aktywności fizycznej przedstawia tabela 11.

Tabela 11. Ocena stopnia akceptacji choroby w zależności od aktywności fizycznej

Czy jest Pan/i aktywny fizycznie?		Poziom akceptacji choroby (AIS)			Ogółem
		niski	średni	wysoki	
Tak	liczebność	3	6	30	39
	%	7,7%	15,4%	76,9%	100%
Nie	liczebność	2	5	6	13
	%	15,4%	38,5%	46,2%	100%
Czasami	liczebność	1	4	43	48
	%	2,1%	8,3%	89,6%	100%

Oceniono także poziom akceptacji choroby w zależności od częstości hospitalizacji z powodu cukrzycy. Z analizy wynika, że w grupie osób, które w ciągu ostatnich trzech miesięcy były hospitalizowane z powodu cukrzycy, 25% badanych ma niski poziom AIS, 75% – średni. W grupie osób, które nie były hospitalizowane w ciągu ostatnich trzech miesięcy z powodu cukrzycy, 5,3% ma niski poziom AIS, 12,6% – średni, a 82,1% – wysoki (tab. 12).

Tabela 12. Ocena akceptacji choroby w zależności od hospitalizacji z powodu cukrzycy

Czy w ciągu ostatnich trzech miesięcy był Pan/i hospitalizowany/a z powodu cukrzycy?		Poziom akceptacji choroby (AIS)			Ogółem
		niski	średni	wysoki	
Tak	liczebność	1	3	0	4
	%	25%	75%	0%	100%
Nie	liczebność	5	12	78	95
	%	5,3%	12,6%	82,1%	100%

DYSKUSJA

Choroby przewlekłe, w tym cukrzyca, zaburzają funkcjonowanie chorego we wszystkich sferach: fizycznej, psychicznej oraz społecznej [6]. Brak kontroli choroby oraz niedostosowanie się do wytycznych prowadzi do wystąpienia powikłań wczesnych i późnych. Na dostosowanie się do zaleceń oraz kontrolę choroby wpływa sposób jej postrzegania oraz akceptacja. Zaakceptowanie choroby pomaga w przyjęciu pozytywnej postawy wobec zaistniałej sytuacji oraz mobilizuje pacjenta do walki z chorobą [7].

Badania własne pokazały wysoki poziom akceptacji choroby, zarówno w grupie kobiet (75% wysoki poziom AIS), jak i w grupie mężczyzn (84,1% wysoki poziom AIS). Nieznacznie wyższy poziom AIS mieli mężczyźni. Uzyskane w badaniach wyniki znalazły potwierdzenie w badaniach Kurpas, Czech i Mroczek [8] przeprowadzonych wśród pacjentów przychodni diabetologicznych Wojewódzkiego Centrum Medycznego i Wojewódzkiego Szpitala w Opolu. Wyższy stopień akceptacji choroby stwierdzo-

no w grupie mężczyzn, średnio AIS wynosiła 30 pkt. vs. 28 pkt. w grupie kobiet. Podobnie w badaniach Niedzielskiego istotnie niższy poziom AIS wykazano w grupie kobiet [9]. Odwołując się do wysokiego poziomu akceptacji w badaniach własnych, można go tłumaczyć brakiem dolegliwości fizycznych i swoistych objawów utrudniających codzienne funkcjonowanie. Organizm przystosowuje się do przewlekłego podwyższonego poziomu glukozy w krwi, który z czasem przestaje stanowić problem dla pacjenta.

Kolejną przyczyną wyższej oceny akceptacji choroby w badaniach własnych może być niska świadomość populacji i mechanizm zaprzeczania chorobie. O paradoksie zadowolenia w cukrzycy pisze Pietrzykowska. Autorka odwołując się do jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (*Health Related Quality of Life* – HRQoL), wspomina o obiektywnym wskaźniku QoL, jakim jest cukrzyca. Przyczyną paradoksu zadowolenia może być, obok braku objawów choroby przewlekłej, postawa zaprzeczająca i brak przystosowania się psychologicznego w chorobie. U pacjenta obok paradoksu zadowolenia może występować również dylemat niezadowolenia z jakości życia mimo wyrównanego poziomu glikemii. Może on wynikać z ograniczeń, jakie stawia cukrzyca bądź natężenie stresu psychologicznego w związku z wystąpieniem choroby przewlekłej. Podsumowując, Pietrzykowska podkreśla, że zdrowie i wyrównanie metaboliczne cukrzycy nie gwarantują wysokiej QoL, tylko wysoki poziom akceptacji choroby poprawia jakość życia [10].

Odnosząc się do poziomu wykształcenia w badaniach własnych, wszyscy badani akceptowali chorobę w wysokim stopniu, jednak wraz ze wzrostem wykształcenia wzrastał odsetek chorych akceptujących cukrzycę na tym poziomie. Potwierdzeniem mogą być badania prowadzone przez Kurowską i Lach w grupie 77 chorych na cukrzycę typu 2 w Bydgoszczy. Tematem prowadzonych badań była akceptacja choroby i sposoby radzenia sobie ze stresem u chorych na cukrzycę typu 2. Dowiedziano, że wraz ze wzrostem wykształcenia wzrasta akceptacja choroby [4]. W badaniach własnych osoby mieszkające same uzyskały nieznacznie wyższy poziom akceptacji choroby (92,9%) w stosunku do osób mieszkających z partnerem/ką (91,3%) lub rodziną (71%). W każdym przypadku chorzy akceptowali cukrzycę w wysokim stopniu, mając wsparcie od rodziny i osób z najbliższego otoczenia, niezależnie od tego, czy mieszkali z kimś czy sami.

Kolejno przeanalizowano poziom akceptacji choroby w zależności od wieku ankietowanych. I tak, wysoką akceptację choroby miały osoby o najniższej średniej wieku wynoszącej 54,47 lat. Wiek w wielu badaniach jest czynnikiem wpływającym istotnie na poziom akceptacji choroby. Potwierdzeniem mogą być badania Kupcewicz i Abramowicz, w których przebadano 96 osób z rozpoznaną chorobą przewlekłą. W badaniu tym płeć, wiek oraz status społeczno-zawodowy miały istotny statystycznie wpływ na stopień akceptacji choroby. W chorobach przewlekłych, m.in. w cukrzycy czy POChP, wiek może wpływać na stopień postrzegania choroby, a co jest z tym związane – jej akceptację [11]. Analizując czas trwania choroby, osoby chorujące najkrócej (od 5 lat) miały najwyższy stopień akceptacji choroby 85%. Podobnie w badaniach innych autorów, gdzie najwyższe wyniki akceptacji choroby prezentowali badani chorujący do 1 roku, natomiast najniższe – osoby chorujące ponad 10 lat. Czas trwania choroby niekorzystnie wpływał na jej postrzeganie i jakość życia chorych [4]. W badaniach własnych wśród ankietowanych występowały następujące choroby współistniejące: choroby nerek, oczu i serca. Mimo wysokiej akceptacji choroby we wszystkich schorzeniach najniższy jej odsetek (73,3%) odnotowano u chorych cierpiących z powodu zaburzeń układu krążenia. W analizie Niedzielskiego i wsp. oceniano stopień akceptacji choroby w wybranych schorzeniach przewlekłych. Badano niewydolność nerek, cukrzycę, chorobę niedokrwienną

serca oraz astmę oskrzelową. Wykazano, że wszystkie schorzenia mają istotny wpływ na jakość życia pacjentów ze względu na swój przewlekły charakter, zróżnicowane objawy i częstotliwość zaostrzeń. Jednak choroby serca biorąc pod uwagę ryzyko wystąpienia powikłań (zawał serca, udar), znacząco obniżają akceptację choroby [9].

Odwołując się do badań własnych niezależnie od metody leczenia chorzy osiągnęli porównywalnie wysoki poziom akceptacji choroby. U chorych leczonych insuliną był to poziom 83,3%, lekami doustnymi – 80% oraz leczonych insuliną i lekami doustnymi – nieco mniejszy 71,4%. Niezależnie jednak od formy leczenia istotne jest osiągnięcie normoglikemii u chorych z cukrzycą. Prawidłowy poziom glikemii pozytywnie wpływa na biopsychospołeczne funkcjonowanie, a co jest z tym związane – akceptację choroby [12]. W badaniach własnych wysoki poziom akceptacji choroby wykazano u osób, które regularnie (76%) bądź czasami (87%) odwiedzają diabetologa i wykonują badania kontrolne. Niski poziom AIS wykazano natomiast u chorych, którzy nie wykonują kontrolnych badań i nie chodzą do diabetologa (50%). Regularne wizyty u diabetologa pozwalają kontrolować przebieg cukrzycy oraz pozwalają na wczesne wykrycie powikłań. Prawidłowy przebieg leczenia daje zadowolenie z prowadzonej terapii i dobre samopoczucie u chorego, co przyczynia się do akceptacji choroby [13].

Nie bez znaczenia jest aktywność fizyczna u chorych z cukrzycą. I tak w badaniach własnych u osób aktywnych fizycznie wysoki poziom akceptacji choroby deklarowało 76,9% badanych i 89,6% wśród ankietowanych, którzy oceniają swoją aktywność fizyczną jak nieregularną. U osób nieaktywnych fizycznie wysoki poziom AIS występował tylko u 46,2%. Jegier i wsp. pisali o aktywności fizycznej jako jednej z metod leczenia cukrzycy prowadzącej do wyrównania glikemii. Podkreślała ona, że aktywność fizyczna poprawia wykorzystanie glukozy przez komórki, poprawia skuteczność działania insuliny w organizmie oraz pozytywnie wpływa na samopoczucie psychiczne i fizyczne [14]. W badaniach własnych na poziom akceptacji choroby wpływała częstość hospitalizacji. I tak u osób hospitalizowanych w ciągu ostatnich trzech miesięcy poziom AIS był średni (75%), podczas gdy u osób, które nie były hospitalizowane w tym okresie, poziom akceptacji choroby jest wysoki (82%). Potwierdzeniem mogą być już przywoływane badania Kupcewicz i Abramowicz. Obok płci, wieku i statusu społeczno-zawodowego na akceptację choroby wpływała również częstość leczenia szpitalnego [11].

WNIOSKI

Poziom akceptacji choroby zbadano w odniesieniu do następujących czynników socjodemograficznych: płeć, wykształcenie, wiek oraz klinicznych: czas trwania choroby, sposób diagnozowania, występowanie chorób współistniejących, częstość kontroli poziomu glikemii, metody leczenia, częstość wizyt u diabetologa, aktywność fizyczną i częstość hospitalizacji.

Chorzy z cukrzycą mieli wysoki poziom akceptacji choroby, zarówno kobiety, jak i mężczyźni. Nieznacznie wyższy poziom AIS mieli mężczyźni. Wraz ze wzrostem wykształcenia wzrastał odsetek chorych akceptujących cukrzycę. Wyższą akceptację choroby wykazywały osoby młodsze oraz te chorujące krócej (od 5 lat). Czas trwania choroby niekorzystnie wpływał na jej postrzeganie. Wyższy poziom AIS występował u chorych, którzy regularnie wykonują badania kontrolne, u tych aktywnych fizycznie oraz nie przebywających w szpitalu w ciągu ostatnich trzech miesięcy.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorów.

Konflikt interesów: Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

BIBLIOGRAFIA

1. Czech A, Tatoń J, Bosek I. Prognozy wzrostu zapadalności, chorobowości i umieralności z powodu cukrzycy stają się rzeczywistością – wyzwania dla systemu opieki zdrowotnej i społeczeństwa. *Nowa Klin* 2010; 17(1): 4–7.
2. Czech A, Tatoń J. *Cukrzyca. Podręcznik diagnostyki i terapii*. Katowice: Wydawnictwo ELAMED; 2009.
3. Polakowska M, Piotrowski W. Incidence of diabetes in the Polish population. Results of the Multicenter Polish Population Health Status Study – WOBASZ. *Pol Arch Med Wew* 2011; 121(5): 156–163.

4. Kurowska K, Lach B. Akceptacja choroby i sposoby radzenia sobie ze stresem u chorych na cukrzycę typu 2. *Diabetol Prakt* 2011; 12(3): 113–119.
5. Felton BJ, Revenson TA, Hionrichsen GA. *Skala akceptacji choroby AIS*. [W:] Juczyński Z, adapt. i red. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychoonkologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych; 2009: 162–166.
6. Łopatyński J, Chmiel-Perzyńska I. Hipoglikemia (niedocukrzenie) – co lekarz rodzinny powinien wiedzieć. *Pol Med Rodz* 2003; 5: 507–511.
7. Korzon-Burakowska A, Adamska K, Skuratowicz-Kubica A, i wsp. Wpływ edukacji na parametry wyrównania cukrzycy i jakość życia chorych na cukrzycę typu 2 leczonych insuliną. *Diabetol Prakt* 2010; 11: 46–53.
8. Kurpas D, Czech T, Mroczek B. Akceptacja choroby pacjentów z cukrzycą. *Fam Med Prim Care Rev* 2012; 14(3): 384–387.
9. Niedzielski A, Humeniuk E, Błaziak P, i wsp. Stopień akceptacji choroby w wybranych chorobach przewlekłych. *Wiad Lek* 2007; 60(5–6): 224–227.
10. Pietrzykowska E, Zozulińska D, Wierusz-Wysocka B. Jakość życia chorych na cukrzycę. *Pol Merk Lek* 2007; 23(136): 311–314.
11. Kupcewicz E, Abramowicz A. Wpływ wybranych czynników socjodemograficznych na stopień akceptacji choroby i poziom satysfakcji z życia u pacjentów leczonych z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. *Hygeia Public Health* 2015; 50(1): 142–148.
12. Chomka M. Materiał edukacyjny – cukrzyca typu 2. *Diabetyk* 2010; 10: 1–2.
13. Michałek-Kowalczyk M, Szewczyk M.T. Stan wiedzy chorych z zespołem stopy cukrzycowej. *Pielęg Chir Angiol* 2007; 1: 28–34.
14. [Http://www.szkołacukrzycy.pl/szkoly/0/121/wysilek_fizyczny.pdf](http://www.szkołacukrzycy.pl/szkoly/0/121/wysilek_fizyczny.pdf) dostęp z dnia 16.05.2015

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Beata Jankowska-Polańska
Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego
Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
ul. Bartła 5
51-618 Wrocław
Tel.: 71 348 4210
E-mail: bianko@poczta.onet.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 10.08.2015 r.

Po recenzji: 16.09.2015 r.

Zaakceptowano do druku: 20.09.2015 r.