

## **Streszczenie**

**Wstęp:** Wraz z epidemią cukrzycy koszty społeczno-ekonomiczne gwałtownie rosną, zarówno bezpośrednio, jak i pośrednio. Obiektywnie kontrolowana poprawa jakości wyników leczenia cukrzycy może odbywać się poprzez badanie ryzyka retinopatii, nefropatii i wielu innych pozanaczyniowych powikłań cukrzycy oraz ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, udaru mózgu, neuropatii cukrzycowej i amputacji kończyn dolnych. Nieodzownym elementem procesu leczenia jest w tym procesie indywidualny pacjent. Biorąc pod uwagę złożoność przestrzegania zaleceń terapeutycznych u starszych pacjentów z cukrzycą typu 2, konieczne jest głębsze zrozumienie tego problemu poprzez ustalenie stopnia akceptacji choroby, poziomu samoopieki i przestrzegania zaleceń oraz istotnych predyktorów przestrzegania zaleceń.

### **Cele**

Głównym celem badania była analiza wpływu akceptacji choroby oraz wybranych czynników demograficznych i klinicznych na przestrzeganie zaleceń terapeutycznych u starszych pacjentów z cukrzycą typu 2.

### **Material i metody**

W pierwszym badaniu udział wzięło 200 pacjentów z T2DM (wiek  $M = 70,21$  lat,  $SD = 6,63$  lat). Drugie badanie przeprowadzono wśród 175 pacjentów z DM2 (87; 49,71% kobiet i 88; 50,29% mężczyzn), których średni wiek wynosił  $70,25 \pm 6,7$ .

Pierwsze badanie obserwacyjne przeprowadzono przy użyciu wystandaryzowanych kwestionariuszy badawczych: Skali Akceptacji Choroby (AIS), Inwentarza Samoopieki nad Cukrzycą (SCODI) oraz Skali Przestrzegania Chorób Przewlekłych (ACDS).

Standaryzowane instrumenty badawcze w drugim badaniu obejmowały wskaźnik kruchości Tilburga (TFI) do oceny FS i przestrzegania zaleceń kwestionariusz skali choroby (ACDS) do pomiaru przestrzegania zaleceń lekarskich.

### **Wyniki**

Pierwsze badanie: mediana stopnia akceptacji choroby wyniosła 29 (min–maks = 8–40) a mediana poziomu przylegania wyniosła 24 (min–maks = 13–28). Akceptacja choroby była istotnym ( $p = 0,002$ ) niezależnym predyktorem szans na zakwalifikowanie się do braku przestrzegania zaleceń  $OR = 0,903$ ,  $95\% CI = 0,846–0,963$ . Respondenci najniżej oceniali kontrolę glikemii ( $Mdn = 38,99$ , min–maks = 8,33–150) i kontrolę zdrowia ( $Mdn = 55,88$ , min–maks = 11,76–100). Jednokierunkowa analiza ANOVA wykazała, że pacjenci, którzy nie stosują się do zaleceń, byli znacznie starsi w porównaniu z grupą stosującą się do zaleceń

i przyjmowali znacznie więcej tabletek na cukrzycę dziennie.

Drugie badanie: Grupa 101 (57,71%) pacjentów wykazała średnie, 39 (22,29%) niskie, a 35 (20,00%) wysokie przyleganie. Wśród badanych aż u 140 (80,00%) zdiagnozowano zespół kruchości. Mediana średniej wynik TFI był istotnie wyższy w grupie niskiego przylegania ( $p < 0,001$ ) (Mdn = 9, Q1–Q3; 7–10 pkt.) niż na średnim (Mdn = 6, Q1–Q3; 5–9 pkt.) lub wysokim przestrzeganiu (Mdn = 6,00, Q1–Q3; 4,5–8 pkt.). Niezależne predyktory szansy na zakwalifikowanie się do nieprzestrzegania obejmowała trzy wskaźniki: TFI (OR 1,558, 95% CI 1,245–1,95), płeć męska (OR 2,954, 95% CI 1,044–8,353) oraz liczba wszystkich przyjmowanych codziennie leków (każda dodatkowa pigułka zmniejszała szansę) zakwalifikowania do grupy non-adherence o 15,3% (95% CI 0,728–0,954).

### **Wnioski:**

Poziom akceptacji choroby był przeciętny, ale okazał się niezależnym predyktorem przylegania. Dlatego uzasadnione jest stosowanie interwencji psychologicznych i behawioralnych, które mają na celu zwiększenie poziomu akceptacji cukrzycy u osób starszych z T2DM. Ważne jest holistyczne podejście do pacjenta i podejmowanie działań uwzględniających deficyty pacjenta w całej sferze biopsychospołecznej. Uzyskany wynik potwierdził zasadność interwencji mających na celu zwiększenie poziomu akceptacji choroby w tej grupie pacjentów.

Kruchość u pacjentów w podeszłym wieku z DM2 wpływał na przestrzeganie zaleceń lekarskich w tej grupie. Niska przyczepność dotyczyła grupy, która miała wyższe ogólne wyniki TFI i osobno wyższe wyniki w zakresie fizycznym i psychicznym domeny w porównaniu z grupami o średniej i wysokiej adhezji.