



Nowoczesne oblicza samoopieki w cukrzycy typu 2: od wiedzy do codziennej praktyki. Badania wstępne

Modern approaches to self-care in type 2 diabetes: from knowledge to everyday practice. Pilot study

Angelika Kierczak^{1,A-D}✉, Barbara Grabowska^{2,A,E-F}

¹ Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny, Wrocław, Polska

² Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Medyczny, Wrocław, Polska

A – Koncepcja i projekt badania, B – Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – Analiza i interpretacja danych, D – Napisanie artykułu, E – Krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Kierczak A, Grabowska B. Nowoczesne oblicza samoopieki w cukrzycy typu 2: od wiedzy do codziennej praktyki. Badania wstępne. Med Og Nauk Zdr. doi:10.26444/monz/222469

■ Streszczenie

Wprowadzenie i cel pracy. Cukrzyca typu 2 to narastająca globalna pandemia XXI wieku; w Polsce zmaga się z nią ok. 3 mln osób. Leczenie wymaga aktywnego zaangażowania pacjenta w proces terapeutyczny. Samoopieka, obejmująca kontrolę glikemii, przestrzeganie odpowiedniej diety i aktywność fizyczną, jest kluczowa dla poprawy jakości życia i redukcji powikłań. Celem badania była ocena poziomu samoopieki oraz identyfikacja problemów pacjentów z cukrzycą typu 2 przy użyciu kwestionariusza SCODI.

Materiał i metody. Badaniem objęto 120 osób (70% kobiet, 30% mężczyzn), przy czym najliczniejsza spośród grup wyodrębnionych ze względu na wiek była grupa osób powyżej 65. roku życia (25%). Do przeprowadzenia badania wykorzystano kwestionariusz SCODI (40 pytań w 4 sekcjach). Badanie przeprowadzono online oraz umożliwiono dostęp do niego za pomocą kodu QR pacjentom NZOZ w Świdnicy.

Wyniki. Średni ogólny poziom samoopieki wyniósł 76/100 pkt, co wskazuje na poziom przeciętny. Respondenci najlepiej radzili sobie z utrzymaniem zdrowych nawyków, a najgorzej z monitorowaniem zdrowia i kontrolą glukozy. Odnotowano silną dodatnią korelację między pewnością siebie w zarządzaniu chorobą a pozostałymi wymiarami samoopieki ($p < 3$ lata). Lepsze wyniki ($p < 0,001$) uzyskały osoby o wykształceniu wyższym i średnim, co sugeruje związek samoopieki ze świadomością zdrowotną.

Wnioski. Pacjenci z cukrzycą typu 2 potrzebują stałego wsparcia edukacyjnego. Szczególnej uwagi wymagają mężczyźni, osoby z niższym wykształceniem oraz pacjenci z długim stażem choroby, u których obserwuje się spadek motywacji. Niezbędna jest indywidualizacja programów edukacyjnych dotyczących cukrzycy typu 2 dostosowana do specyficznych potrzeb tych grup.

■ Słowa kluczowe

cukrzyca typu 2, samoopieka, edukacja zdrowotna

■ Abstract

Introduction and Objective. Type 2 diabetes is a growing global pandemic of the 21st century, affecting approximately 3 million people in Poland. Treatment requires an active involvement of the patient in the therapeutic process. Self-care, including glycaemic control, diet, and physical activity, is crucial for improvement of the quality of life and reduction of complications. The aim of the study is to assess the level of self-care and identify problems of patients with type 2 diabetes using the SCODI questionnaire.

Materials and Method. The study covered 120 patients, including 70% of females and 30% of males, with the largest group aged over 65 (25%), and was carried out using the SCODI questionnaire (40 items in 4 domains). The study was conducted online and an access was provided via a QR code to patients of the Non-Public Healthcare Centre in Świdnica.

Results. The mean overall self-care score was 76/100, indicating an average level. Respondents performed best in maintaining healthy habits, while the worst in monitoring their health and controlling glucose levels. A strong positive correlation was found between self-confidence in disease management and other dimensions of self-care ($p < 3$ years). Higher and secondary education were associated with better outcomes ($p < 0.001$), suggesting a link with health awareness.

Conclusions. Patients with type 2 diabetes require ongoing educational support. Males, patients with lower levels of education, and those who have had the disease for a long time and have shown a decline in motivation require particular attention. It is essential to tailor educational programmes to the specific needs of these groups.

■ Key words

type 2 diabetes, self-care, health education

✉ Adres do korespondencji: Angelika Kierczak, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, ul. T. Chałubińskiego 3, 50-367 Wrocław, Polska

E-mail: angelika.kierczak@student.umw.edu.pl

Nadesłano: 26.02.2026; zaakceptowano do publikacji: 26.05.2026; publikacja online: 09.08.2026

WPROWADZENIE

Cukrzyca typu 2 jest jednym z najpoważniejszych problemów zdrowia publicznego na świecie, z narastającą liczbą zachorowań i powikłań. Według Międzynarodowej Federacji Diabetologicznej (IDF) w 2021 roku liczba dorosłych chorych na cukrzycę przekroczyła 530 mln, przy czym zgodnie z przewidywaniami w 2030 roku liczba ta ma osiągnąć 643 mln [1]. W Polsce na cukrzycę typu 2 choruje ponad 2 mln ludzi, a w 90% przypadków choroba wynika z otyłości lub nadmiernego rozkładu tkanki tłuszczowej. Zgodnie z danymi za 2024 rok 5 mln Polaków ma stan przedcukrzycowy [2].

Cukrzyca jest chorobą przewlekłą, rozwija się stopniowo – etapami. Leczenie wymaga od pacjenta zmiany stylu życia i jest procesem długotrwałym. Wzrost zachorowań na cukrzycę typu 2 jest konsekwencją czynników zarówno genetycznych, jak i środowiskowych, które obejmują niewłaściwą dietę, brak aktywności fizycznej oraz otyłość. Leczenie nie może odbywać się tylko za pomocą farmakoterapii. Kluczowe w procesie terapii jest odpowiednie zarządzanie chorobą, czyli wdrożenie odpowiednich strategii samoopieki. Jest to możliwe poprzez zmianę stylu życia osoby chorej [3, 4]. Wyróżnia się siedem podstawowych zachowań, które powinny być podejmowane przez osoby z cukrzycą, ponieważ mają pozytywny wpływ na ich wyniki zdrowotne. Są to: zdrowe odżywianie, aktywność fizyczna, monitorowanie poziomu cukru we krwi, regularne zażywanie leków zgodnie z wytycznymi, umiejętność radzenia sobie z problemami, w tym zdrowe umiejętności zarządzania swoim zdrowiem i zachowania redukujące ryzyko powikłań. Wszystkie te zachowania są pozytywnie skorelowane z prawidłowym poziomem glikemii, zmniejszeniem prawdopodobieństwa wystąpienia powikłań cukrzycowych i poprawą jakości życia pacjenta [5]. Niewłaściwe wyrównanie metaboliczne oraz brak skutecznej kontroli czynników ryzyka prowadzą do powikłań mikro- i makronaczyniowych, które istotnie obniżają jakość życia pacjentów i zwiększają śmiertelność. Główne powikłania cukrzycowe prowadzą do uszkodzenia układu naczyniowego, uszkodzenia nerwów, nerek oraz upośledzenia wzroku [6].

Samoopieka przejawiana przez pacjenta z cukrzycą definiowana jest jako „ciągły proces wiedzy i umiejętności oparty na świadomości pacjenta, aby być aktywnym i kompetentnym uczestnikiem procesu leczenia” [7]. Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization, WHO) twierdzi, że w kontekście samoopieki uznaje się, że indywidualne jednostki są aktywnymi podmiotami zarządzającymi swoim zdrowiem [8].

CEL PRACY

Celem pracy była ocena poziomu samoopieki u pacjentów chorujących na cukrzycę typu 2 oraz identyfikacja czynników wpływających na jej poziom, czego dokonano przy wykorzystaniu kwestionariusza SCODI. Podczas badania analizowano również, czy istnieją istotne zależności między poziomem samoopieki a wybranymi czynnikami demograficznymi, oraz zbadano wpływ czynników klinicznych na poziom samoopieki.

MATERIAŁ I METODY

Badanie wstępne zostało przeprowadzone na grupie 120 osób (84 kobiet – 70% i 36 mężczyzn – 30%) chorujących na cukrzycę typu 2. Warunkiem włączenia do badania było ukończenie 18. roku życia oraz diagnoza cukrzycy typu 2 od co najmniej 1 roku. Badanie miało charakter sondażowy i ilościowy. Przeprowadzone zostało w okresie od marca do maja 2025 roku. Udział w nim był anonimowy i w pełni dobrowolny. Wyniki były zbierane online, za pomocą narzędzia Google Forms. Link do kwestionariusza udostępniono na wybranych forach internetowych poświęconych cukrzycy. Dodatkowo dostęp do badania przyznano pacjentom Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Świdnicy w województwie dolnośląskim poprzez umieszczenie w tej placówce plakatów informacyjnych zawierających kod QR odwołujący do formularza. Projekt badawczy został przedstawiony Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym im. Piastów Śląskich we Wrocławiu i uzyskano pozytywną ocenę projektu. Numer wniosku: KBkanc. 44/2025.

W badaniu wykorzystano kwestionariusz składający się z metryczki oraz standaryzowanego narzędzia Inwentarz Samoopieki w Cukrzycy (SCODI). SCODI zawiera 40 pytań, służących ocenie zachowań samoopieki u osób z cukrzycą. Podzielony jest na cztery kategorie, z których każda pozwala zmierzyć inne aspekty związane z radzeniem sobie z chorobą; poszczególne jego sekcje oznaczają: A – utrzymanie samoopieki, zachowania zdrowotne; B – monitorowanie samoopieki, kontrola stanu zdrowia; C – zarządzanie samoopieką, kontrola poziomu glukozy; D – pewność siebie w zarządzaniu chorobą. W kwestionariuszu zastosowano 5-stopniową skalę Likerta, gdzie 1 oznacza „nigdy”, zaś 5 „zawsze”. Dla każdego obszaru wynik jest liczbą w zakresie od 0 do 100, przy czym im wyższy wynik, tym wyższa ocena poziomu samoopieki. Na użycie polskiej adaptacji kwestionariusza uzyskano zgodę autora, którym jest m.in. Prof. dr hab. Izabella Uchmanowicz.

Analiza statystyczna została przeprowadzona za pomocą programu MS Office 365 oraz oprogramowania statystycznego IBM SPSS Statistics, przy użyciu którego wykonano wskazane testy: test Shapiro-Wilka, jednoczynnikowe analizy wariancji w schemacie wewnątrzgrupowym (ANOVA), testy Kruskala-Wallisa, testy t Studenta dla prób niezależnych, analizy korelacji rangowej rho Spearmana oraz analizy korelacji r Pearsona. Za poziom istotności uznano klasyczny próg $\alpha = 0,05$.

WYNIKI

W badaniu wzięło udział 120 osób z cukrzycą typu 2 – 84 kobiet (70%) i 36 mężczyzn (30%). Najliczniejszą grupę wiekową stanowiły osoby powyżej 65. roku życia (25%), następne pod względem wielkości były tak samo liczne dwie grupy: 36–45 lat i 56–65 lat (16%), najmniej osób stanowiła grupa wiekowa 26–35 lat (11%). Jeśli chodzi o staż choroby, to okazało się, że najwięcej respondentów choruje ponad 3 lata (42%), kolejną pod względem liczebności grupą są osoby chorujące do roku czasu (35%). Aż 38% osób zgodnie z rozpoznaniem według BMI ma otyłość. Największą grupę stanowią osoby z wykształceniem średnim (37,5%) oraz wyższym (33,3%). Pozostałe dane ukazuje tab. 1.

Na pierwszym etapie badania sprawdzano, czy istnieją różnice w nasileniu poszczególnych aspektów samoopieki

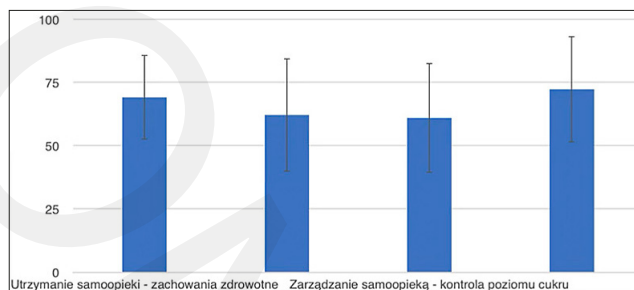
Tabela 1. Charakterystyka grupy badanej

		N	%
Wykształcenie	Podstawowe	10	8,3
	Zawodowe	25	20,8
	Średnie	45	37,5
	Wyższe	40	33,3
Miejsce zamieszkania	Miasto	84	70
	Wieś	36	30
Wiek	18–25 lat	18	15
	26-35 lat	11	9,2
	36-45 lat	16	13,3
	46-55 lat	28	23,3
	56-65 lat	16	13,3
	> 65 lat	31	25,8
Rozpoznanie wg. BMI	Nadwaga	35	29,2
	Norma	39	32,5
	Otyłość	46	38,3
Staż choroby	< rok	43	35,8
	1-3 lata	26	21,7
	> 3 lata	51	42,5
Rodzaj stosowanego leczenia	Dieta	38	31,7
	Dieta i leki doustne	53	44,2
	Dieta i przyjmowanie insuliny	21	17,5
Stan cywilny	Wszystkie powyżej	8	6,7
	Samotny	38	31,7
	W związku	82	68,3
Sytuacja zawodowa	Aktywny zawodowo	21	17,5
	Emerytura	25	20,8
	Nie pracuje	14	11,7
Choroby współistniejące	Pracuje	57	47,5
	Renta chorobowa	3	2,5
	Brak	32	26,6
Palenie papierosów	Obecne	88	73,4
	Nie	87	72,5
	Tak	33	27

Źródło: Wyniki badań własnych

u pacjentów z cukrzycą typu 2; w tym celu wykonano jednoczynnikową analizę wariancji (ANOVA) w schemacie wewnątrzgrupowym. Wyniki analizy wykazały istotnie statystycznie różnice między badanymi wymiarami samoopieki, $F(2,75; 327,17) = 24,02; p < 0,001; \eta^2 = 0,17$. Wykonano analizę post-hoc przy użyciu testów Sidaka, która wykazała cztery istotne statystycznie różnice. Poziom skali zarządzania samoopieką był niższy w porównaniu do poziomu skali utrzymania samoopieki ($p < 0,001$) oraz pewności siebie w zarządzaniu samoopieką ($p < 0,001$). Poziom skali monitorowania samoopieki także był niższy w porównaniu do poziomu skali utrzymania samoopieki ($p = 0,002$) oraz pewności siebie w zarządzaniu samoopieką ($p < 0,001$). Pozostałe różnice nie były istotne statystycznie. Wyniki zaprezentowano w formie graficznej na rys. 1.

Średnie wyniki dla wszystkich wymiarów samoopieki oscylowały w przedziale 60–72 pkt, co wskazuje na przeciętny do zadowalającego poziom samoopieki w badanej grupie pacjentów.

**Rysunek 1.** Wykres słupkowy prezentujący średnie i odchylenia standardowe dla poszczególnych wymiarów samoopieki pacjentów z cukrzycą typu 2

Zbadano również zależności między poszczególnymi wymiarami samoopieki; w tym celu wykonano analizę korelacji r Pearsona. Korelacje były dodatnie, a zatem wyższy poziom jednej skali samoopieki wpływał na wyższy poziom innych skal. Dla przykładu siła korelacji pomiędzy skalą utrzymania samoopieki a kontrolą zdrowotną była umiarkowanie duża, a między skalą pewności siebie w zarządzaniu samoopieką a skalami monitorowania samoopieki oraz zarządzania samoopieką – bardzo duża. Wyniki zaprezentowano w tab. 2.

Tabela 2. Zależności pomiędzy poszczególnymi wymiarami samoopieki pacjentów z cukrzycą typu 2

	Utrzymanie samoopieki – zachowania zdrowotne	Monitorowanie samoopieki – kontrola zdrowotna	Zarządzanie samoopieką – kontrola poziomu cukru	Pewność siebie w zarządzaniu samoopieką
Utrzymanie samoopieki – zachowania zdrowotne	X			
Monitorowanie samoopieki – kontrola zdrowotna	0,49***	X		
Zarządzanie samoopieką – kontrola poziomu cukru	0,60***	0,68***	X	
Pewność siebie w zarządzaniu samoopieką	0,66***	0,74***	0,74***	X

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

Źródło: Wyniki badań własnych

Kolejną badaną był poziom samoopieki w zależności od czynników socjodemograficznych w odniesieniu do kwestionariusza SCODI.

Sprawdzono, czy istnieje związek między wiekiem chorych na cukrzycę typu 2 a poziomem samoopieki. W tym celu przeprowadzono analizę korelacji rangowej rho Spearmana. Nie potwierdzono żadnych istotnych statystycznie zależności, więc otrzymane wyniki wskazują, że wiek pacjentów nie jest istotnie powiązany z poziomem samoopieki. Wyniki zaprezentowane zostały w tab. 3.

Aby poznać związek między wiekiem badanych a ich poziomem samoopieki, wykonano test t Studenta dla prób niezależnych. Jak widać, w tab. 4 obecna jest jedna istotnie statystycznie różnica. Kobiety w skali utrzymania samoopieki osiągały wyższe wyniki. Natomiast w pozostałych skalach różnice nie były istotne statystycznie.

Tabela 3. Zależności pomiędzy wiekiem a poziomem samoopieki pacjentów z cukrzycą typu 2

	Wiek
Utrzymanie samoopieki – zachowania zdrowotne	-0,16
Monitorowanie samoopieki – kontrola zdrowotna	0,02
Zarządzanie samoopieką – kontrola poziomu cukru	-0,09
Pewność siebie w zarządzaniu samoopieką	-0,16

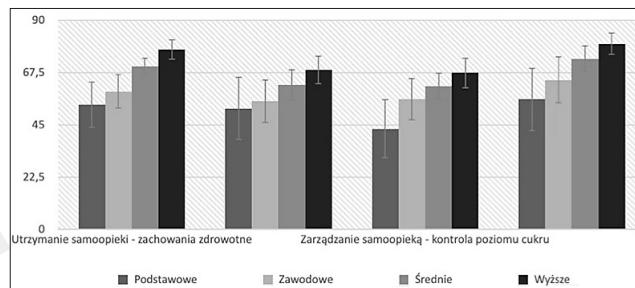
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$
 Źródło: Wyniki badań własnych

Analizowano również staż choroby i jego wpływ na poziom samoopieki. W tym celu przeprowadzono testy Kruskala-Wallisa, ponieważ porównywane grupy miały różną liczebność. Następnie zostały przeprowadzone dodatkowe analizy post-hoc przy użyciu testu Dunn-Sidak, ponieważ wcześniejsze testy wykazały tylko jeden istotny statystycznie wynik. Wykazano dwie istotnie statystycznie różnice. Poziom wymiaru samoopieki w grupie osób o stażu choroby powyżej 3 lat był niższy w porównaniu z osobami chorującymi mniej niż rok ($p = 0,032$) oraz tymi o stażu choroby od 1 roku do 3 lat ($p = 0,017$). Grupa osób ze stażem choroby do 1 roku nie różniła się znacząco pod względem wyników od grupy osób chorujących od 1 roku do 3 lat.

Zbadano także wpływ wykształcenia na poziom samoopieki pacjentów. W tym celu zostały przeprowadzone takie same analizy jak w przypadku stażu choroby, ze względu na dużą liczebność grup. W trzech skalach odnotowano istotnie statystycznie różnice. Na skali utrzymywania samoopieki osoby z wyższym i średnim wykształceniem wykazały wyższy poziom samoopieki niż osoby z wykształceniem podstawowym i zawodowym. Osoby z wykształceniem wyższym osiągały lepsze wyniki również od osób z wykształceniem średnim. Między osobami z wykształceniem podstawowym i zawodowym nie występowały istotnie statystycznie różnice.

Jeśli chodzi o zarządzanie samoopieką osoby z wykształceniem wyższym i średnim osiągały wyższe wyniki od osób z wykształceniem podstawowym i zawodowym. Takie same

różnice były widoczne pod względem pewności siebie. Osoby z wyższym i średnim wykształceniem wykazywały większą pewność siebie w zarządzaniu samoopieką niż osoby z wykształceniem podstawowym i zawodowym. Wszystkie wyniki zaprezentowano na rys. 2.

**Rysunek 2.** Wykres słupkowy prezentujący średnie i 95% przedziały ufności dla poszczególnych wymiarów samoopieki pacjentów z cukrzycą typu 2 w zależności od ich poziomu wykształcenia

W ostatnim kroku zbadano, czy wskaźnik BMI badanych pacjentów jest powiązany z ich poziomem samoopieki. Wykonano w tym celu jednoczynnikowe analizy wariancji w schemacie międzygrupowym. W tab. 5 nie odnotowano żadnych wyników istotnych statystycznie. Poziom skal samoopieki grup osób o BMI w normie, z nadwagą i otyłością nie był znacząco odmienny.

DYSKUSJA

Celem przeprowadzonego badania była ocena poziomu samoopieki pacjentów z cukrzycą typu 2 oraz analiza czynników socjodemograficznych, które mogą wpływać na jej poziom. W przeprowadzonym badaniu, obejmującym grupę 120 osób chorujących na cukrzycę typu 2, wykorzystano standaryzowany kwestionariusz SCODI. Średnie wyniki dla wszystkich wymiarów samoopieki w badanej grupie

Tabela 4. Porównanie poziomu samoopieki pacjentów z cukrzycą typu 2 w zależności od ich płci

	Kobieta (n = 67)		Mężczyzna (n = 53)		t	p	95% CI		d Cohena
	M	SD	M	SD			LL	UL	
Utrzymanie samoopieki – zachowania zdrowotne	72,46	14,81	64,70	18,21	2,51	0,014	1,63	13,88	0,47
Monitorowanie samoopieki – kontrola zdrowotna	63,76	23,14	60,08	21,46	0,89	0,374	-4,48	11,84	0,16
Zarządzanie samoopieką – kontrola poziomu cukru	63,05	22,59	58,23	20,75	1,21	0,231	-3,11	12,76	0,22
Pewność siebie w zarządzaniu samoopieką	75,24	21,45	68,61	20,15	1,73	0,087	-0,98	14,23	0,32

Adnotacja: M – średnia; SD – odchylenie standardowe; t – wynik testu t Studenta dla prób niezależnych; p – istotność; 95% CI – przedział ufności. LL – dolna granica; UL – górna granica; d Cohena – współczynnik siły efektu
 Źródło: Wyniki badań własnych

Tabela 5. Porównanie poziomu samoopieki pacjentów z cukrzycą typu 2 w zależności od ich BMI

	Norma (n = 39)		Nadwaga (n = 35)		Otyłość (n = 46)		F	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
Utrzymanie samoopieki – zachowania zdrowotne	73,72	14,16	68,05	14,38	65,81	19,71	2,63	0,077
Monitorowanie samoopieki – kontrola zdrowotna	60,34	23,63	64,46	20,28	61,89	23,18	0,31	0,731
Zarządzanie samoopieką – kontrola poziomu cukru	62,13	21,44	64,01	22,00	57,56	22,06	0,95	0,387
Pewność siebie w zarządzaniu samoopieką	74,83	19,30	75,45	16,79	67,79	24,72	1,85	0,161

Adnotacja: M – średnia; SD – odchylenie standardowe; F – wynik testu ANOVA; p – istotność
 Źródło: Wyniki badań własnych

pacjentów mieściły się w przedziale 60–72 pkt na 100 możliwych, co wskazuje na poziom od przeciętnego do zadowalającego. Wyniki te są zgodne z obserwacjami Ausili i wsp., którzy również odnotowali podobny poziom samoopieki wśród pacjentów z cukrzycą typu 2. Wyniki obu badań mogą sugerować, że osoby chore na cukrzycę posiadają podstawową wiedzę i umiejętności niezbędne do codziennego zarządzania chorobą, choć nadal istnieje przestrzeń i potrzeba wzmacniania poszczególnych wymiarów samoopieki [9].

Analiza korelacji wykazała, że wszystkie badane wymiary samoopieki były istotnie i dodatnio ze sobą powiązane. Wskazuje to, że pacjenci, którzy osiągają wyższe wyniki w jednym obszarze samoopieki, zwykle radzą sobie lepiej także w pozostałych obszarach. Szczególnie silne korelacje zaobserwowano między pewnością siebie a monitorowaniem glikemii oraz zarządzaniem samoopieką. Wyniki te pokazują, że poczucie kompetencji w zakresie samoopieki pozwala na skuteczniejsze zarządzanie chorobą. Podobne zależności odnotowali w swoim badaniu Krzemińska i wsp., a mianowicie wysokie wyniki w jednym wymiarze SCODI przekładały się na wyższe wyniki w pozostałych wymiarach [10].

W badaniu analizowano wpływ wybranych cech socjodemograficznych, takich jak płeć, wiek, wykształcenie, masa ciała, wskaźnik masy ciała (BMI) oraz czas trwania choroby, na poziom samoopieki u pacjentów z cukrzycą typu 2.

Wyniki ukazały brak istotnego związku między wiekiem a poziomem samoopieki. To inaczej niż w badaniu Ausili i wsp., w którym straszy wiek był związany z niższym poziomem zarządzania samoopieką. Odmiennie wyniki tych badań mogą być efektem różnic między badanymi populacjami lub metod oceny [9].

Płeć pacjentów okazała się czynnikiem różnicującym wyniki w jednym z wymiarów samoopieki. A mianowicie kobiety osiągały istotnie wyższe wyniki w obszarze utrzymywania zachowań zdrowotnych, podczas gdy w pozostałych wymiarach kwestionariusza SCODI różnice między grupami dobranymi według płci nie były istotnie statystycznie. Podobne zależności obserwujemy w badaniu Krzemińskiej i wsp., w którym wyższe wyniki kobiet odnotowane zostały nie tylko w zakresie zachowań zdrowotnych, ale także w obszarze pewności siebie. Wyniki te mogą sugerować, że płeć odgrywa istotną rolę w niektórych aspektach samoopieki, co warto uwzględnić przy planowaniu działań edukacyjnych i mających na celu wsparcie pacjentów z cukrzycą typu 2. Podobne obserwacje pojawiają się w literaturze międzynarodowej. Badania wskazują, że kobiety częściej podejmują działania profilaktyczne oraz wykazują większą troskę o zdrowie w porównaniu do mężczyzn [10].

W badaniu własnym analizowano wpływ stażu choroby na poziom samoopieki. Staż choroby został określony według następującego podziału: do 1 roku, od 1 roku do 3 lat, powyżej 3 lat. Najwyższe wyniki w zakresie utrzymywania zachowań zdrowotnych uzyskiwały osoby chorujące na cukrzycę typu 2 krócej niż rok, podczas gdy pacjenci ze stażem choroby powyżej 3 lat osiągalni niższe wartości w tym zakresie. Wyniki mogą sugerować spadek motywacji do podejmowania działań prozdrowotnych wraz z wydłużaniem się czasu trwania choroby. Wyniki te różnią się od obserwacji Krzemińskiej i wsp., w których badaniu dłuższy czas trwania choroby sprzyjał większej samodzielności pacjentów w zakresie zachowań zdrowotnych, lepszej kontroli glikemii oraz wyższej pewności siebie w zarządzaniu chorobą. Należy jednak zauważyć, że w przywołanym badaniu zastosowano inną kategoryzację

czasu trwania choroby (poniżej 10 lat, powyżej 10 lat), co mogło wpłynąć na odmiennosc uzyskanych wyników i co utrudnia bezpośrednie porównania z wynikami badania własnego. W badaniu własnym określone przedziały były bardziej szczegółowe, co może oznaczać, że różnice związane z poziomem samoopieki pacjentów ujawniają się już na wcześniejszych etapach choroby i są bardziej widoczne przy podziale stażu choroby na mniejsze jednostki [10].

Jak się okazało, poziom wykształcenia ma istotny wpływ na wyniki samoopieki. Pacjenci z wykształceniem wyższym i średnim uzyskiwali wyższe wyniki we wszystkich czterech skalach kwestionariusza SCODI w porównaniu do osób z wykształceniem podstawowym i zawodowym, których wyniki były zbliżone. Zależność ta zdaje potwierdzenie w badaniu Bąk i wsp., w którym osoby z wykształceniem wyższym i średnim również wykazywały bardziej nasilone zachowania zdrowotne niż osoby z wykształceniem podstawowym i zawodowym. Rozbieżność wyników wskazuje na potrzebę dostosowania programów edukacyjnych i materiałów informacyjnych do poziomu wykształcenia pacjentów, aby skutecznie wspierać ich proces samoopieki. Natomiast różnice między badaniami mogą wynikać ze specyfiki badanej populacji, różnic kulturowych, systemu opieki zdrowotnej lub strategii edukacyjnych stosowanych wobec pacjentów w różnych ośrodkach [11].

W badanej grupie większość pacjentów miała nadwagę (29%) lub otyłość (38%), a jedynie niewielki odsetek badanych cechowała prawidłowa masa ciała. Analiza wykazała brak istotnego związku między wskaźnikiem masy ciała (BMI) a poziomem samoopieki. Wyniki te są rozbieżne z wynikami Bąk i wsp., ponieważ stwierdzili oni, że pacjenci z prawidłową masą ciała wykazywali lepszą kontrolę glikemii oraz wyższy poziom zachowań zdrowotnych w porównaniu do osób z nadwagą i otyłością. Różnice te mogą być efektem specyfiki badanej grupy, w której znaczny odsetek stanowiły osoby z nadwagą lub otyłością, co mogło wpłynąć na ogólną analizę wyników. Nie można również wykluczyć, że osoby z nadwagą lub otyłością były bardziej świadome stanu swojego zdrowia i podejmowały działania mające na celu poprawę swojej sytuacji zdrowotnej, co mogło kompensować wpływ nadmiernej masy ciała na poziom samoopieki [11].

WNIOSKI

Poziom zarządzania samoopieką był niższy w porównaniu do poziomu utrzymywania samoopieki oraz pewności siebie w zarządzaniu samoopieką. Pacjenci słabiej radzą sobie z monitorowaniem glukozy, natomiast dobrze oceniają przestrzeganie zachowań zdrowotnych.

1. Wiek pacjentów z cukrzycą typu 2 nie wpływa na ich ogólny poziom samoopieki.
2. Kobiety uzyskują wyższe wyniki tylko na skali utrzymywania samoopieki, czyli przestrzegania odpowiednich zachowań zdrowotnych. Płeć pacjentów z cukrzycą typu 2 nie wpływa na ich ogólny poziom samoopieki.
3. Osoby z krótszym stażem choroby (do 3 lat) lepiej radzą sobie z utrzymywaniem prawidłowych zachowań zdrowotnych niż ci, którzy chorują dłużej.
4. Osoby z wykształceniem wyższym i średnim osiągają wyższe wyniki w ogólnym poziomie samoopieki. Największe różnice widoczne są w zakresie utrzymywania samoopieki (zachowania zdrowotne). Pacjenci z wykształceniem wyż-

szym i średnim znacznie lepiej radzą sobie z utrzymaniem zachowań zdrowotnych od tych z wykształceniem podstawowym i średnim.

5. BMI pacjentów z cukrzycą typu 2 nie wpływa na ich ogólny poziom samoopieki.

PIŚMIENICTWO

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 10th ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2021. <https://diabetesatlas.org> (access: 2025.12.06)
2. Termedia. Prawie 8 mln Polaków ma cukrzycę lub stan przedcukrzycowy. <https://www.termedia.pl/diabetologia/Prawie-8-mln-Polakow-ma-cukrzyce-lub-stan-przedcukrzycowy,58914.html> (access: 2025.12.04)
3. Polskie Stowarzyszenie Diabetyków. Samokontrola a samoopieka w cukrzycy. <https://diabetyk.org.pl/samokontrola-a-samoopieka-w-cukrzycy> (access: 2025.12.04)
4. Chrobak-Bień J, Gawor A, Borowiak E. Analysis of factors influencing the quality of life of people with type 2 diabetes. *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej*. 2024;9(3):13–28. [https://doi.org/10.19251/pwod/2024.3\(2\)](https://doi.org/10.19251/pwod/2024.3(2))
5. Shrivastava SR, Shrivastava PS, Ramasamy J. Role of self-care in management of diabetes mellitus. *J Diabetes Metab Disord*. 2013;12(1):14. <https://doi.org/10.1186/2251-6581-12-14>
6. Majkowska L. Definicja i klasyfikacja cukrzycy. In: Majkowska L, editor. *Podstawy diabetologii: dla studentów medycyny i lekarzy praktyków*. Szczecin: Wydawnictwo Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego; 2016. p. 7–17. <https://doi.org/10.48745/ppm.4px9-bd97>
7. Uchmanowicz I, Krzezińska S, Ausili D, Luciani M, Lisiak M. Polish Adaptation of the Self-Care of Diabetes Inventory (SCODI). *Patient Prefer Adherence*. 2020;14:1341–1350.
8. World Health Organization. Self-care for health and well-being. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/self-care-health-interventions> (access: 2025.12.04)
9. Ausili D, Rossi E, Rebori P, Luciani M, Tonoli L, Ballerini E, Androni S, Vellone E, Riegel B, Di Mauro S. Socio-demographic and clinical determinants of self-care in adults with type 2 diabetes: a multicentre observation study. *Acta Diabetol*. 2018;55(7):691–702. <https://doi.org/10.1007/s00592-018-1135-x>
10. Krzezińska S, Czapor E. Ocena poziomu samoopieki u pacjentów z cukrzycą typu 2 z zastosowaniem kwestionariusza Self-care of Diabetes Inventory (SCODI). *Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia*. 2019;8:4.
11. Bąk E, Potoczna R, Kupczak-Wiśniowska B. Involvement in self-care of patient with type 2 diabetes aged 60–80. *J Educ Health Sport*. 2024;64:34–50.