

Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego¹
Wydział Opieki i Oświaty Zdrowotnej,
Śląska Akademia Medyczna w Katowicach
Department of Internal Nursing Faculty of the Health Care and Education
Medical University of Silesia in Katowice
Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego²
Wydział Pielęgniarstwa i Ochrony Zdrowia
Akademia Medyczna w Białymstoku
Department of General Nursing Faculty of Nursing and Healthcare
Medical University of Białystok

TERESA PRZEORSKA- NAJGEBAUER¹, MAGDALENA JANUSZ- JENCZEŃ¹,
BEATA HORNIK¹, ELŻBIETA KOPCZYŃSKA¹, MATYLDA SIERAKOWSKA²

Participation of the patient with type 2 diabetes in a process of treatment

Udział chorego na cukrzycę w procesie leczenia

Cukrzyca zaliczana jest do chorób cywilizacyjnych a w ostatnich latach mówi się wręcz o jej epidemii. Jest jednym z głównych i narastających problemów zdrowotnych, dotyczy ludzi w każdym wieku i we wszystkich krajach. W 1995 roku na cukrzycę chorowało około 135 milionów ludzi. Przewiduje się, że w 2025 roku na cukrzycę na świecie będzie chorowało około 300 milionów osób, oznacza to ogólny wzrost zachorowań na cukrzycę o 122 %. Cukrzyca jest chorobą prowadzącą do rozwoju wielu powikłań o charakterze mikro- i makroangopatii. Powikłania te pogarszają jakość życia i skracają czas przeżycia osób cierpiących z jej powodu [7]. Jednocześnie pacjent, jego rodzina, system ochrony zdrowia, społeczeństwo i cały kraj ponoszą ogromne koszty leczenia cukrzycy. Celem zahamowania epidemii cukrzycy i wstrzymania rozwoju jej powikłań, wdrażane są programy i działania z zakresu profilaktyki pierwotnej i wtórnej.

Skuteczność terapii można również znacznie zwiększyć poprzez interwencje poprawiające wypełnianie zaleceń lekarskich [10].

Obecne podejście terapeutyczne zakłada udział chorego w procesie leczenia. Lekarz leczy chorobę poprzez pacjenta, przez jego świadome oparte na samokontroli obserwacje oraz codzienne działania lecznicze. Pacjent do aktywnego i skutecznego partnerstwa musi być właściwie przygotowany przez edukację terapeutyczną, ustalenie celów, zorganizowanie wsparcia, lepszą motywację i mobilizację psychoemocjonalną do skutecznej walki ze stresem. W ten sposób lekarz zyskuje skutecznego partnera, działania lecznicze są staranniej i umiejętniej wykonywane a pacjent może uzyskać większą niezależność i jakość życia [12]. Poczucie odpowiedzialności za własne zdrowie, pozwala aktywnie i dobrowolnie uczestniczyć w procesie leczenia.

Celem badań była ocena udziału chorych na cukrzycę w procesie leczenia, poprzez sprawowanie samokontroli i samoopieki.

MATERIAŁ I METODA

Badanie przeprowadzono wśród chorych na cukrzycę hospitalizowanych w Klinice Chorób Wewnętrznych i Metabolicznych i II Klinice Kardiologii w Szpitalu Klinicznym nr 7 w Katowicach w 2004 roku.

W badaniu uczestniczyli tylko ci pacjenci, których stan zdrowia zezwalał na samodzielne uzupełnianie kwestionariusza, lub ustne przekazywanie informacji notowanych przez badającego. Wszyscy badani uczestniczyli w indywidualnych spotkaniach edukacyjnych. Badaniem objęto 46 chorych: 26 (56,5%) kobiet i 20 (43,5%) mężczyzn, w wieku od 22 do 75 lat. Największą grupę 95,7% reprezentowały osoby w wieku od 41 do 75 lat. Badani w identycznym odsetku (30,5%) legitymowało się wykształceniem zawodowym i średnim. Czas trwania choroby w badanej populacji był zróżnicowany i mieścił się w przedziale od 3 miesięcy do 25 lat. Najwięcej (65%) osób chorowało od 1 do 10 lat.

Do badań zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z użyciem autorskiego kwestionariusza ankiety, przygotowanego na potrzeby badania.

WYNIKI I OMÓWIENIE

Zgodnie z zaleceniami przygotowanymi przez American Diabetes Association (ADA) w 2004 roku, kontrola glikemii ma podstawowe znaczenie w leczeniu cukrzycy, uzyskanie normoglikemii lub prawie normoglikemii wiąże się z utrzymującym się zmniejszeniem ryzyka wystąpienia retinopatii, nefropatii i neuropatii [11].

Samodzielne monitorowanie glikemii przez chorego (self monitoring of blood glucose- SMBG) jest składową wielokierunkowego postępowania, co wskazuje, że jest ono niezbędne do skutecznego leczenia cukrzycy [11]. SMBG pozwala choremu ocenić własną odpowiedź na stosowane leczenie, ustalić czy została osiągnięta docelowa wartość glikemii. Wyniki SMBG są przydatne w zapobieganiu hipoglikemii, dostosowywaniu dawkowania leków, diety i wysiłku fizycznego [11].

Siedemdziesiąt sześć procent badanych zadeklarowało samodzielną ocenę glikemii przy pomocy glukometru. Z tej grupy chorych, pomiary z częstotliwością: 1- 5 x dziennie- wykonywało 68% ankietowanych, 1- 3 razy na tydzień 18 % chorych. Pięć osób (14%) zadanie to wypełniało tylko 1- 2 razy w miesiącu. Pozostałe 24% osób glikemię miało oznaczaną w czasie wizyt kontrolnych w poradni diabetologicznej. W badaniach Gawor A. (2003) odsetek chorych oceniających samodzielnie kontrolę glikemii wynosił 30% [6].

Samodzielną oceną kontroli glikemii jest zachowaniem zdrowotnym zaliczanym do samokontroli i samopielęgnacji. Na samokontrolę oprócz badania stężenia glukozy i ketonów we krwi glukometrem, składają się również: badanie moczu na obecność glukozy i ciał ketonowych (aceton), białka (mikroalbuminuria), badanie ciśnienia tętniczego, systematyczne ważenie się (BMI), obserwacja objawów hipoglikemii i hiperglikemii [3].

Wśród respondentów kontrolę glukozy i acetonu w moczu podaje tylko 39% badanych i jest to badanie wykonywane laboratoryjnie. Badanie poziomu mikroalbumin w moczu wykonywane było tylko na zlecenie lekarza w warunkach laboratoryjnych u 13% chorych.

W obserwowanej grupie, u 91 % chorych stwierdzono choroby serca i układu krążenia, 61 % chorych korzysta z kardiologicznej pomocy lekarskiej, 11% przeżyło zawał serca, nadciśnienie tętnicze podaje 63 % ankietowanych. Samodzielnej kontroli ciśnienia tętniczego zgodnie z wypowiedziami dokonuje 74 % ankietowanych, z czego 1- 2 x dziennie- połowa chorych, pozostali częściej badań uzależniają od samopoczucia lub oznaczanie ciśnienia wykonują sporadycznie.

Każdy chory powinien nauczyć się, jak samodzielnie obserwować objawy cukrzycy i jak rozpoznawać zmiany w jej codziennym przebiegu [3]. Okazało się, że do umiejętności rozpoznawania u siebie objawów niedocukrzenia przyznaje się 54% osób, ale znajomością objawów cukrzycy i jej ostrych powikłań wykazuje się 50 % badanych . Dane te są bardziej zadowalające niż w badaniu chorych przeprowadzonym na terenie Krakowa przez Gawor A.(2003), gdzie grupa tylko 7,1% chorych dokonywała u siebie obserwacji w kierunku hipo- i hiperglikemii [6].

W badanej grupie 61% chorych w sytuacji wystąpienia objawów hipoglikemii, poleca jako środek zaradczy podanie słodkiego napoju lub posiłku. W sytuacji utraty przytomności o możliwości podania Glukagonu wie tylko 24% pacjentów, 15% nie potrafiło odpowiedzieć, jakie postępowanie należy wdrożyć w przypadku wystąpienia hipoglikemii.

Analiza literatury wskazuje, że co najmniej 1/3 pacjentów nie wypełnia zaleceń lekarskich [4, 10]. W cukrzycy całość zaleceń lekarskich realizuje tylko 7– 40 proc. chorych [5,10]. Odsetek ankietowanych podających systematyczne i zgodne z zaleceniami leczenie farmakologiczne wynosi 63% chorych, około 17 % przyznaje się do braku systematyczności w zażywaniu leków. Dwadzieścia osiem procent chorych nie potrafiło przedstawić rodzaju i dawki zaleconych w ich przypadku środków farmakologicznych. Natomiast tylko 15 % , ze względu na samodzielne monitorowanie glikemii i umie-

jętność korekty dawek insuliny, posiada pewną swobodę w leczeniu farmakologicznym cukrzycy. Terminów kontrolnych wizyt lekarskich przestrzega 82 % badanych.

Na pytanie, czy ankietowani podejmują wszystkie możliwe działania na rzecz swojego zdrowia 52% - odpowiedziało – tak, do braku wewnętrznej dyscypliny, braku czasu i wiedzy na temat możliwości wpływania na poprawę stanu zdrowia przyznało się 48% chorych.

Zaleceń dotyczących aktywności fizycznej wg Kamiya, (1995) przestrzega 19–30 proc. chorych na cukrzycę [8, 10]. W badaniach własnych o wpływie wysiłku fizycznego na poprawę glikemii jest przekonanych 39% chorych, którzy stosują umiarkowaną, nie zawsze systematyczną aktywność fizyczną. Główną formą tej aktywności są spacery i praca w ogrodzie. Do prowadzenia systematycznych ćwiczeń gimnastycznych przyznaje się jedynie 15 % chorych. Zgodnie z ADA u wszystkich chorych na cukrzycę zaleca się wdrożenie programu regularnych ćwiczeń fizycznych, dostosowanych do istniejących powikłań choroby [11].

Nauczenie pacjenta dbania o stopy (higiena i codzienna kontrola) oraz dobór właściwego obuwia pozwala na redukcję o 50% liczby amputacji kończyn [1, 9] .

W badaniach Barth, (1991) pielęgnacji stóp dokonuje 28 proc chorych na cukrzycę [1, 10], natomiast w danych Gawor A. (2003) obserwacji i pielęgnacji skóry tylko 2,8% chorych [6]. W badaniach własnych ok. 72% twierdzi, że dokonuje pielęgnacji stóp, ale jest to prawdopodobnie pielęgnacja przypadkowa, gdyż tylko 23% badanych ma świadomość zespołu stopy cukrzycowej jako późnego powikłania cukrzycy.

Liczne badania epidemiologiczne, kliniczno- kontrolne i kohortowe, dostarczyły wielu dowodów na istnienie związku między paleniem tytoniu a zagrożeniami zdrowotnymi. Badania przeprowadzone wśród chorych na cukrzycę potwierdziły większe ryzyko chorób i przedwczesnej śmierci związane z rozwojem mikronaczyniowych powikłań cukrzycowych [11]. Uczestnicy badania w zakresie stosowania używek, przyznają się do: palenia papierosów- ok. 11% ankietowanych, picie kawy- 59%, okazjonalnie wypijany alkohol w niewielkich ilościach- 30 % respondentów.

Plan intensywnego leczenia cukrzycy, obejmuje dążenie do normalizacji masy ciała. Normalizacja masy ciała jest złożonym procesem terapeutycznym, obejmującym wpływy psychoterapeutyczne, poznawcze, behawioralne, dietetyczne, ćwiczenia fizyczne i leczenie farmakologiczne [2]. W badaniach własnych kontrolę masy ciała i utrzymanie masy należy udaje się osiągnąć 24% chorym, natomiast w 28% przypadkach mimo kontroli występują problemy z jej utrzymaniem. Blisko połowa (48%) badanych nie zadaje sobie trudu uzyskania i utrzymania masy należytej.

Diętę pomocną w prowadzeniu terapii żywieniowej, opartą na układzie wymienników węglowodanowych, stosuje 11% chorych, 37% próbuje wdrożyć ją do kontroli ilości spożywanych węglowodanów, ale bez zadowalających efektów. Dla 35% badanych dieta oparta na układzie wymienników węglowodanowych jest zbyt trudna i nie podejmują oni wysiłku jej stosowania, 17% pacjentów podaje, że nie zna zasad w/w diety.

Poprawa realizacji zaleceń lekarskich, modyfikacja stylu życia, świadoma aktywność chorego w procesie leczenia to elementy wpływające na tak bardzo pożądaną skuteczność leczenia. Cel ten jest trudny do osiągnięcia, nie zawsze chory prezentuje oczekiwane postawy. Zalecenia dotyczące postępowania z chorym na cukrzycę, podane przez ADA nie są również w pełni realizowane przez zespoły terapeutyczne.

W praktyce korzystne jest więc przyjęcie, że niestosowanie się przez chorego do zaleceń nie jest jego wolnym wyborem, ale wyrazem jego pewnych problemów psychicznych, wyrażających się nieuzasadnionymi obawami, przekonaniami, bądź psychicznymi reakcjami, które nie osiągają poziomu zaburzeń psychicznych, ale utrudniają funkcjonowanie w roli pacjenta. Rozpoznanie takich niekorzystnych zjawisk oraz podjęcie odpowiedniego postępowania może w znacznym stopniu poprawić skuteczność terapii [10].

WNIOSKI

1. Chorzy na cukrzycę mają problemy z dostosowaniem się do zaleceń lekarskich, wymagających modyfikacji i zmiany zachowań zdrowotnych.
2. W zakresie samokontroli i samoopieki chorzy nie posiadają wystarczającej wiedzy i umiejętności.
3. Osiągnięcie zadowalającego udziału chorego w procesie leczenia, wymaga edukacji terapeutycznej dostosowanej do potrzeb chorego, prowadzonej przez cały zespół terapeutyczny z uwzględnieniem między innymi odpowiednich interwencji psychoterapeutycznych.

PIŚMIENNICTWO

1. Barth R, Campbell LU, Allen S, Jupp JJ, Chisholm DJ.: Intensive education improves knowledge compliance and foot problems in type 2 diabetes. *Diabet Med* 1991; 8: 111-7.
2. Bernas M.: Praktyka intensyfikacji leczenia dietetycznego. *Przewodnik lekarza*, 2004, vol. 7, tom 4, s.54-62.
3. Bernas M. i wsp.: Praktyka samokontroli poziomu glukozy we krwi i innych wskaźników optymalizacji leczenia cukrzycy. *Przewodnik Lekarza*, 2004; vol.7, t.4: s. 98-103.
4. Claydon BE, Efron N. Non-compliance in general health care. *Ophthalmic and Physiological Optics* 1994; 14: 257-64.
5. Fox CH, Mahoney MC. Improving diabetes preventive care in a family practice residency programme: a case study in continuous quality improvement. *Fam Med* 1998; 30 (6): 441- 445.
6. Gawor A. i wsp.: Przygotowanie chorych na cukrzycę do samoopieki w opinii własnej i pielęgniarek. *Annales Universitatis M. Curie- Skłodowska, Lublin*, vol. LVIII, suppl. XIII, 73, sectio D, s.400- 4004.
7. Grzeszczak W.: Cukrzyca- poważny problem nefrologiczny XXI wieku. *Postępy Nauk Medycznych*, Tom 2001XVI (1-2/ 2003).
8. Kamiya A. i wsp.: A clinical survey on the compliance of exercise therapy for diabetic patients. *Diabet Res Clin Pract* 1995; 27: 141-5.
9. Koblik T.: Diagnostyka i leczenie zespołu stopy cukrzycowej. *Terapia NR 2 (117)/ 2002*
10. Kokozka A. i wsp.: Krótka metoda radzenia sobie z chorobą – geneza i opis roboczej wersji metody. *Przewodnik Lekarza* 2003, 6, 10, s. 39-46.
11. Płaczekiewicz-Jankowska E. (tł.) Standardy opieki medycznej nad chorymi na cukrzycę. Aktualne (2004) stanowisko American Diabetes Association. *Diabetes Care*, 2004 (suppl. 1):515- 535. W: *Medycyna Praktyczna* 3/2004, s. 29- 72.
12. Tatoń J. i wsp.: Wieloczynnikowe leczenie cukrzycy typu 2 ze szczególnym omówieniem uczestnictwa pacjenta. *Nowa Medycyna- Diabetologia III zeszyt 102 (6/ 2000)*.

STRESZCZENIE

Pacjent do aktywnego i skutecznego partnerstwa w procesie leczenia musi być właściwie przygotowany przez edukację terapeutyczną, zorganizowanie wsparcia, lepszą motywację i mobilizację psychoemocjonalną do skutecznej walki ze stresem. W ten sposób lekarz zyskuje partnera, działania lecznicze są staranniejsze i umiejętniej wykonywane a chory może uzyskać większą niezależność i lepszą jakość życia.

Celem badań była ocena udziału chorych na cukrzycę w procesie leczenia.

W 46 osobowej grupie chorych 76 % ankietowanych zadeklarowało, że samodzielnie dokonuje oceny glikemii a ciśnienie tętnicze kontroluje 50%. Zastosowanie się do leczenia farmakologicznego potwierdziło 63% badanych. Systematyczne ćwiczenia gimnastyczne prowadziło 15 % chorych, kontrolę masy ciała i utrzymanie masy należytej udało się osiągnąć u 24% osób. Dietę pomocną w prowadzeniu terapii żywieniowej opartą na układzie wymienników węglowodanowych, stosowało 11% badanych.

Uzyskane wyniki wskazują, na trudności w dostosowaniu się chorych do zaleceń lekarskich, wymagających modyfikacji i zmiany zachowań zdrowotnych, co jest wynikiem braku wystarczającej wiedzy, umiejętności i mobilizacji ze strony zespołu terapeutycznego.

SUMMARY

In order of active and effective partnership in a process of treatment patient has to be properly prepared through the therapeutic education, organised support, better motivation and psychoemotional mobilisation to effective struggle with stress. In this way doctor is gaining effective partner, treatment actions are made more accurate and skilfully and a patient can gain bigger independence and better quality of life.

The aim of the study was to evaluate the participation of the patients with diabetes in a process of treatment.

In a group of 46 patients, 76% declared that they control glycaemia single-handed and blood pressure is controlled by 50 %. 63% of patients declared that they take drugs according to a doctor's order. Systematic exercise are made by 15% of patients, control of body mass and maintenance of a proper body mass is declared by 24% of patients. Diet, which is very helpful in a feeding therapy and is based on a system of carbohydrates exchange is applied by 11% of patients.

Obtained results shows the difficulties to adjust the patients to doctor's orders, which need modification and changing of healthy behaviours, what is a result of lack of sufficient knowledge, skills and mobilisation from the therapeutic team.