

Samodzielna Pracownia Pielęgniarstwa Rodzinnego PAM w Szczecinie*
Independence Laboratory of Family Nursing Pomeranian Medical University
Katedra Medycyny Rodzinnej PAM w Szczecinie**
Chair of Family Medicine Pomeranian Medical University
Zakład Historii Medycyny i Etyki Lekarskiej PAM***
Department of History of Medicine and Medical Ethics

BEATA KARAKIEWICZ*, BOŻENA MROCZEK*, IWONA ROTTER*,
PIOTR MICHON**, ALINA KĘDZIA***, IRENA SZYMANOWSKA***

Sense of health education in treating patients with diabetes type 2

Znaczenie edukacji zdrowotnej w pracy z pacjentem z cukrzycą typu 2

WSTĘP

Cukrzyca typu 2 jest najczęściej spotykaną formą cukrzycy i stanowi 95% wszystkich postaci tej choroby.(4,5) Liczba chorych na cukrzycę wzrasta wraz z rozwojem cywilizacji, dobrobytu i nadmiernego stanu odżywienia. Należy podkreślić, że cukrzyca jest obecnie w Polsce i na świecie jednym z głównych problemów zdrowotnych. Obecnie liczbę chorych szacuje się na 2-5%.(7) Najpoważniejsze powikłania i długookresowe skutki cukrzycy, to powikłania naczyniowe. W populacji krajów europejskich u osób powyżej 60 roku życia częstość występowania tego typu powikłań wynosi od 6 do 8%.(1,6,9) Często u osób chorych rozwija się szczególna postać choroby małych naczyń obejmujących narząd wzroku oraz neuropatie obwodowe – nerki. Udowodnione są związki między cukrzycą a większym ryzykiem zachorowania na chorobę niedokrwienną mięśnia sercowego czy udar mózgu oraz gorszym rokowaniem w przebiegu tych chorób. (8)

Koszty leczenia cukrzycy a w szczególności jej powikłań są ogromnym obciążeniem finansowym. Zazwyczaj zanim chory zgłosi się do lekarza, choroba może już trwać od kilku do kilkunastu lat, często objawy kliniczne pojawiają się po dłuższym czasie.(1,2). Ze względu na złożoność czynników środowiskowych sprzyjających wystąpieniu cukrzycy, takich jak: niska aktywność fizyczna, otyłość, starzenie się, stres czy przyjmowanie niektórych leków, leczenie nie powinno być prowadzone wyłącznie za pomocą środków farmakologicznych.(9) Wskazane jest równoległe prowadzenie leczenia nefarmakologicznego obejmującego: modyfikację trybu życia, kształcenie chorych w zakresie samoopieki i samokontroli oraz kształtowanie motywacji chorych. Aby zrealizować te zamierzenia, lekarze pierwszego kontaktu powinni podjąć wieloaspektowe działania w kierunku poprawy jakości życia pacjentów z cukrzycą.

Edukacja w cukrzycy jest to ciągły proces kształtujący u pacjentów zdolności do radzenia sobie w różnych sytuacjach życiowych z uwzględnieniem wszelkich form wsparcia społecznego. Stanowi ona jeden z czterech zasadniczych elementów terapii schorzenia.

Należy mieć na uwadze nie tylko aspekty metabolicznego wyrównania cukrzycy, lecz także zapewnienie osobie chorej jak najwyższego poziomu jakości życia.

Lekarz rodzinny powinien odgrywać kluczową rolę w procesie edukacji pacjentów. Zasadnicza rola lekarza w tym zakresie polegać powinna na przedstawieniu pacjentowi argumentów motywujących do przejścia inicjatywy, która umożliwiłaby samoleczenie i samopielegnację, a także na rozwiązywaniu aktualnych problemów terapeutycznych we współpracy z chorym(3). W działaniach tych szczególną rolę powinna odgrywać pielęgniarka rodzinna, wszechstronnie przygotowana do prowadzenia edukacji terapeutycznej.

Ocena wpływu edukacji na wybrane zachowania zdrowotne u pacjentów z cukrzycą typu 2.

MATERIAŁ I METODY

Przebadano 118 osób (57 mężczyzn i 61 kobiet) w wieku 33-82 lata. Średnia wieku badanych wynosiła 61,46 lat. Badania przeprowadzono w 2003 roku w praktykach lekarzy rodzinnych NZOZ „Podgórna” w Szczecinie. Narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz ankiety (opracowanie własne). Okres od rozpoznania choroby w grupie badanych osób wahał się w granicach od świeżo rozpoznanej cukrzycy po trwającej 34 lata. W grupie osób do 9 lat od rozpoznania cukrzycy znalazło się 51,69% respondentów, w grupie od 10 do 19 lat 33,9%, od 20 do 29 lat 8,47%. Najmniej liczną grupę 2,54% stanowili pacjenci z cukrzycą rozpoznaną minimum przed 30 laty lub dłużej. Średni czas trwania choroby wynosił 9,39 lat.

Aktywni zawodowo stanowią 17,8%. Osoby nieaktywne zawodowo stanowią 82,2% z czego świadczenia emerytalne pobiera 40,68%, rentowe 35,59%, zaś osób pozostających bez pracy 5,93%. Respondentami naszej ankiety byli zarówno mieszkańcy wsi 15,25%, miast do 100 tys. – 40,68%, jak i miast powyżej 100 tys. Ludności – 38,98%. W badanej populacji 34,75% stanowiły osoby z wykształceniem podstawowym, 20,34% z zawodowym, 29,66% z wykształceniem średnim a 15,25% z wyższym.

Na podstawie uzyskanych odpowiedzi przeprowadzono analizę wybranych zachowań zdrowotnych pacjentów, stylu życia oraz samooceny wiedzy na temat cukrzycy. Szczególną uwagę poświęcono ocenie stopnia samokontroli w zakresie pomiarów glikemii, pomiarów ciśnienia tętniczego krwi stosowania się pacjentów do zaleceń żywieniowych, poziomu aktywności fizycznej oraz profilaktyki stopy cukrzycowej. Przeanalizowano również źródła wiedzy pacjentów dotyczące postępowania w cukrzycy.

Uzyskane wyniki badań poddane zostały analizie statystycznej i opracowane w postaci tabelarycznej i graficznej.

WYNIKI I OMÓWIENIE

Spośród wszystkich ankietowanych chorych 61% uważa, że ich wiedza na temat cukrzycy jest wystarczająca. Natomiast 38,9% uznało swoją wiedzę za niewystarczającą.

Stosowanie się do zaleceń dietetycznych oraz ocena własnej wagi w zależności od deklarowanego poziomu edukacji. Ponad 46% badanych osób uważających swoją wiedzę na temat cukrzycy za wystarczającą ma BMI powyżej 30, co wskazuje na otyłość, 30% tej grupy pacjentów ma BMI 25, czyli jest otyłych. Przy czym wśród pacjentów oceniających swoją wiedzę na temat cukrzycy jako niewystarczającą otyłych jest 31%, a osoby z nadwagą stanowią 51%. Wynika z tego, że wśród chorych oceniających swoją wiedzę jako wystarczającą liczbą osób z otyłością jest większa niż w grupie osób oceniających swoją wiedzę jako niedostateczną.

Konsultacje dietetyczne nie spowodowały dużej zmiany nawyków żywieniowych. Wśród pacjentów oceniających swą wiedzę na temat cukrzycy jako wystarczającą, liczba osób stosujących dietę w grupie mającej kontakt z dietetykiem była identyczna jak w grupie pozostającej bez kontaktu. Wśród pacjentów oceniających swą wiedzę negatywnie, grupa kontaktująca się z dietetykiem, stosowała dietę nieznacznie częściej niż grupa bez kontaktu. Wyniki badań przedstawiają tabele 1,2

Tab. 1. Kontakt z dietetykiem a stosowanie zaleceń dietetycznych

	Pacjenci uważający swą wiedzę za wystarczającą			
	Kontakt z dietetykiem		Brak kontaktu z dietetykiem	
	Liczba osób	Procent	Liczba osób	Procent
Stosujący dietę	16	22,2	16	22,2
Nie stosujący diety	16	22,2	24	33,3

	Pacjenci uważający swą dietę za niewystarczającą			
	Kontakt z dietetykiem		Brak kontaktu z dietetykiem	
	Liczba osób	%	Liczba osób	%
Stosujący dietę	6	13,0	4	8,7
Nie stosujący diety	10	21,7	26	56,5

Tab. 2. Częstotliwość spożywania cukru w grupie badanej
Spożywanie dżemu, marmolady, miodu (nie leczenia insuliną)

	Pacjenci uważający swą wiedzę za wystarczającą	Pacjenci uważający swą wiedzę za niewystarczającą
Codziennie	4 osoby – 9,2%	1 osoba – 2,7%
Min. 1 raz w tygodniu	15 osób – 34,1%	10 osób – 27%
Rzadziej niż 1 raz w tygodniu	12 osób – 27,3%	8 osób – 21,6%
nigdy	13 osób – 29,5%	18 osób – 48,6%

Spożywanie czekolady, ciast, słodyczy (nie leczenia insuliną)

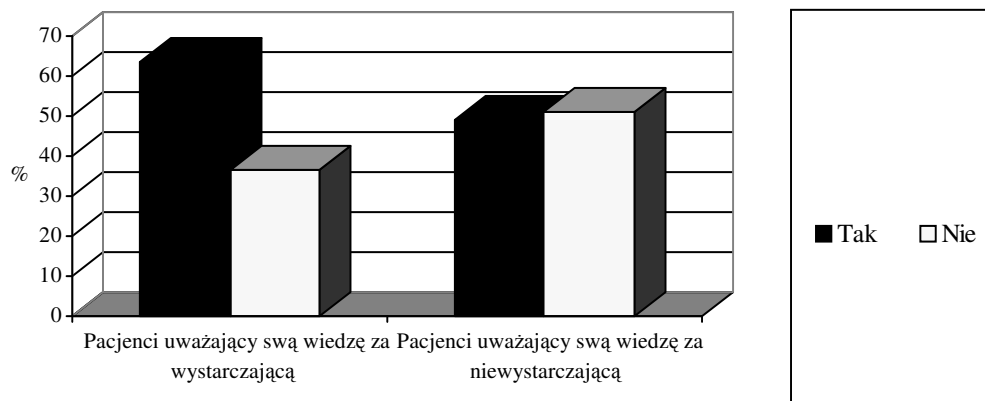
	Pacjenci uważający swą wiedzę za wystarczającą	Pacjenci uważający swą wiedzę za niewystarczającą
Codziennie	2 osoby – 4,5%	2 osoby – 5,4%
Min. 1 raz w tygodniu	5 osób – 11,4%	13 osób – 35,1%
Rzadziej niż 1 raz w tygodniu	29 osób – 65,9%	18 osób – 48,6%
nigdy	8 osób – 18,2%	4 osoby – 10,8%

Ankietowani pacjenci niechętnie odpowiadali na pytanie dotyczące stosowania używek, starali się omijać ten temat, wiedząc wiele na temat ich szkodliwości, nie przyznając się do ich stosowania.

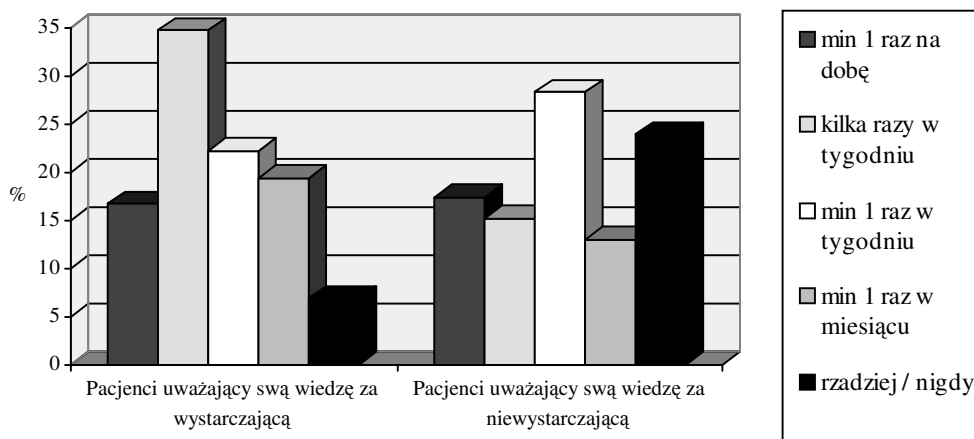
Regularna samokontrola w cukrzycy świadczy o zrozumieniu i umiejętności jej kontrolowania istoty choroby przez pacjenta oraz o chęci współpracy z lekarzem. Do większości powikłań zdrowotnych dochodzi u osób chorujących wiele lat, u których stężenie glukozy we krwi nie było prawidłowo kontrolowane. Zapytano, zatem ankietowanych pacjentów czy mierzą regularnie i notują poziomy glikemii. W grupie pacjentów oceniających swą wiedzę wysoko, 65% mierzy poziomy glikemii. W grupie oceniającej swą wiedzę jako niewystarczającą, kontroluje się regularnie około 50% pacjentów. Na pytanie jak często wykonywane były pomiary wartości ciśnienia tętniczego krwi, w grupie pacjentów uważających swą wiedzę za wystarczającą częściej występowały odpowiedzi: raz na dobę, raz na tydzień.

Pacjenci oceniający swą wiedzę jako niewystarczającą częściej odpowiadali: raz na tydzień, rzadko, nigdy. Wyniki obrazują ryciny 2,3

Ryc.2. Prawidłowe stosowanie kontroli glikemii u osób badanych.

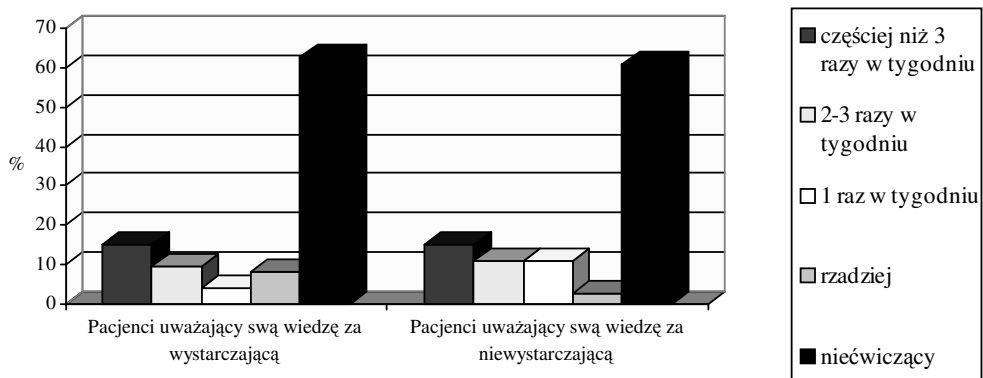


Ryc.3. Kontrola ciśnienia tętniczego krwi



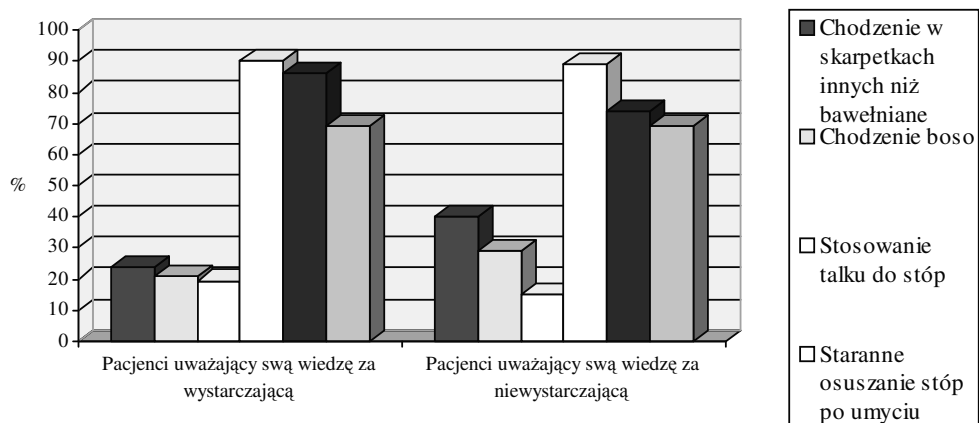
Aktywność fizyczną, która jest ważnym elementem zapobiegania chorobom układu krążenia. Utrzymanie dobrej kondycji fizycznej jest szczególnie ważne dla osób z cukrzycą. Regularne ćwiczenia fizyczne w sposób znaczący wpływają na kontrolę przebiegu choroby. W obu grupach pacjentów na pytanie jak często wykonują ćwiczenia fizyczne, odpowiedź, że nigdy tego nie robią, stanowiła w granicach 60%. Najczęstszą formą ruchu jaką zgłaszali pacjenci jest spacerowanie i jazda na rowerze, często przez samych ankietowanych kojarzona z codziennymi czynnościami. Wyniki obrazuje rycina 4.

Ryc. 4. Częstość wykonywania ćwiczeń fizycznych

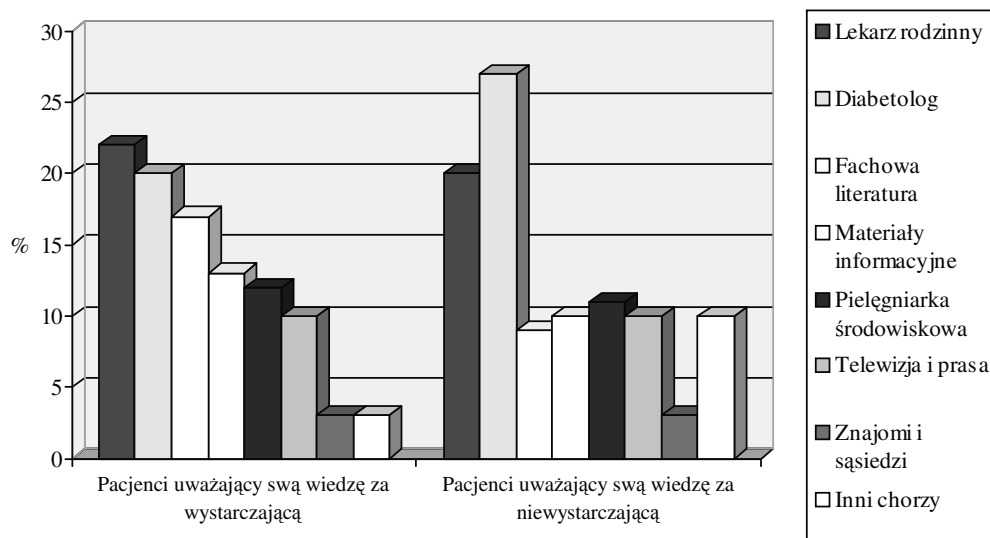


Problemy ze stopami są jednym z najczęściej występujących powikłań cukrzycy. Choroba ta powoduje stopniowe osłabienie czucia w stopach może być przyczyną urazów, obtarć w wyniku czego powstają owrzodzenia, których gojenie jest znacznie utrudnione.

Ryc.5. Profilaktyka stopy cukrzycowej



Ryc.6. Źródła wiedzy pacjentów



WNIOSKI

Poziom wiedzy uznany przez osoby badane za wysoki nie jest wystarczającym czynnikiem dla stosowania się do wymogów związanych z leczeniem cukrzycy. Istotny jest odpowiednio wysoki poziom motywacji pacjenta do zmiany dotychczasowego trybu życia.

PIŚMIENNICTWO

1. Czyżyk A.; Patofizjologia i klinika cukrzycy. PZWL, W-wa 1987
2. Mogensen C.E.; Standl E. (red.); Concepts for the ideal diabetes clinic. de Gruyter; Berlin, New York 1993
3. Blackburn G.L., Kanders B.S.; Obesity – pathophysiology, psychology and treatment. Chapman and Hall, New York 1994
4. Tatoń J.; Cukrzyca – podręcznik nauczania samoopieki. PWN, W-wa 1994
5. Tatoń J.; Diabetologia praktyczna. PZWL, W-wa 1993
6. Hillson R.; Cukrzyca – praktyczne zasady opieki. alfa – media press 1997
7. Tatoń J.; Powikłania cukrzycy, PZWL, Warszawa.1995,
8. Czech A., Nowa opieka diabetologiczna- wynikające z dowodów zwiększenie jakości leczenia w Europie i w Polsce: Nowa Medycyna 6, 1998, 2-4
9. Szczeklik- Kumala Z., Zasady zapobiegania i leczenia cukrzycy typu II skojarzonej z otyłością. Nowa Medycyna, 6, 1998, 26-31

STRESZCZENIE

Cukrzyca jest obecnie w Polsce i na świecie jednym z głównych problemów zdrowotnych. Ze względu na złożoność czynników środowiskowych sprzyjających wystąpieniu cukrzycy, takich jak: niska aktywność fizyczna, otyłość, starzenie się, stres czy przyjmowanie niektórych leków, leczenie nie powinno być prowadzone wyłącznie za pomocą środków

farmakologicznych. Edukacja zdrowotna stanowi jeden z zasadniczych elementów terapii schorzenia. Edukacja w cukrzycy jest to ciągły proces kształtujący u pacjentów zdolności do radzenia sobie w różnych sytuacjach życiowych z uwzględnieniem wszelkich form wsparcia społecznego.

Celem pracy była ocena wpływu edukacji na wybrane zachowania zdrowotne u pacjentów z cukrzycą typu 2.

Przebadano 118 osób (57 mężczyzn i 61 kobiet) w wieku 33-82 lata. Średnia wieku badanych wynosiła 61,46 lat. Narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz ankiety (opracowanie własne). Okres od rozpoznania choroby w grupie badanych osób wahał się w granicach od świeżo rozpoznanej cukrzycy po trwającej 34 lata. Na podstawie uzyskanych odpowiedzi przeprowadzono analizę wybranych zachowań zdrowotnych pacjentów, stylu życia oraz samooceny wiedzy na temat cukrzycy. Szczególną uwagę poświęcono ocenie stopnia samokontroli w zakresie pomiarów glikemii, pomiarów ciśnienia tętniczego krwi stosowania się pacjentów do zaleceń żywieniowych, poziomu aktywności fizycznej oraz profilaktyki stopy cukrzycowej. Przeanalizowano również źródła wiedzy pacjentów dotyczące postępowania w cukrzycy.

Przeprowadzone badania wskazują, że poziom wiedzy uznany przez osoby badane za wysoki nie jest wystarczającym czynnikiem dla stosowania się do wymogów związanych z leczeniem cukrzycy. Istotny jest odpowiednio wysoki poziom motywacji pacjenta do zmiany dotychczasowego trybu życia.

SUMMARY

One of the most important health's problem in Poland and in the world nowadays is diabetes. Medical treatment of diabetes should not only be by taking drugs by patients. A lot of environmental factors are connected with reveal of diabetes, especially such as: low physical activity, stoutness, old age, stress situation, using some drugs. Health education is one of most important element of diabetes therapy. This is constant process teaching patients how to live in ordinary life.

The aim of the work was to estimate influence of patient's education on some health behaviours in diabetics. We examined 118 patients (57 male and 61 female) in age between 33-82 years old. The average of them was 61,46 years old. We 've used questionnaire. Among diabetics they were just diagnosed and also they who were 34 years treated diabetes. On the base of answers the questionnaire's questions we analysed some health behaviours of diabetics, life- style of patients and knowledge about diabetes. Specially attention remark in knowledge using diets, level of physical activity and prophylaxis of "pes diabeticum". We also analysed what is the same of diabetic's knowledge for patients. Obtained results show us that the diabetics knowledge level recognized as high is not sufficient to be in good health conditions. It is important to be justify to change the life- style in patients with diabetes.