

Anna Abramczyk

Katedra Pielęgniarstwa w Podstawowej Opiece Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznej we Wrocławiu

Oczekiwania chorych na cukrzycę w zakresie edukacji w świetle badań ogólnopolskich

Expectations of diabetes patients within the scope of education in the light of nationwide research

STRESZCZENIE

Wstęp. Edukacja odgrywa istotną rolę w profilaktyce chorób społecznych i jest integralną częścią opieki nad chorym.

Cel pracy. W pracy przedstawiono oczekiwania chorych na cukrzycę w zakresie edukacji.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono wśród 1986 pacjentów i 1366 rodzin z losowo wybranych 61 zakładów podstawowej opieki zdrowotnej w kraju. Badano pacjentów z cukrzycą w wieku powyżej 16. roku życia, mieszkających w rejonie pracy pielęgniarki środowiskowej (rodzinnej) i zarejestrowanych na liście lekarza rodzinnego. Badania przeprowadzono na podstawie: ukierunkowanego wywiadu pielęgniarskiego, relatywnej oceny sprawności i samodzielności pacjentów, anonimowej ankiety wśród pacjentów i rodzin, analizy dokumentacji lekarza rodzinnego.

Wyniki. Wyniki badań wykazały, że częściej niż co drugi chory na cukrzycę oczekuje edukacji (59,4%). Osoby chore na cukrzycę różnią się otwartością na edukację zdrowotną.

Wnioski.

1. Znajomość czynników różnicujących oczekiwania w zakresie edukacji wśród chorych na cukrzycę pozwala na optymalizację troski o zdrowie i wskaźników jakości leczenia cukrzycy oraz przyczynia się do wzrostu satysfakcji pacjentów i ich rodzin z efektów leczenia cukrzycy i opieki.
2. Satysfakcja pacjentów z udziału w życiu rodziny, małżeńskim i zawodowym pozwala na poprawę skuteczności edukacji zdrowotnej prowadzonej wśród tej grupy chorych.

Problemy Pielęgniarstwa 2010; 18 (3): 249–259

Słowa kluczowe: chory na cukrzycę, edukacja

ABSTRACT

Introduction. Education plays a significant role in the prophylaxis of social diseases and is an integral part of patient care.

Aim of the study. The paper presents the expectations of diabetes patients within the scope of education.

Material and methods. For the purpose of this work, research was carried out on 1,986 patients with diabetes and 1366 families from 61 randomly chosen national primary health service units. Research materials were obtained from the patients aged above 16 years old, living in the area of work of a social and family nurse and are registered on the list of the local GP. The research was conducted on the basis of: guided nurse interviews, relative assessment of fitness and independence of the patients, anonymous questionnaire which allows to obtain patients' opinions, anonymous questionnaire conducted among families and analysis of the medical documentation.

Results. The results of the conducted research show that more than half diabetes patients expect education (59.4%). Persons suffering from diabetes vary in their openness to health education.

Conclusions.

1. Being aware of the factors which contribute to varying expectations within the scope of education among diabetes patients makes it possible to optimize health care, quality indicators for diabetes treatment and increased satisfaction of patients and their families with the effects of diabetes treatment and care.
2. Patients' satisfaction with their participation in family, married and professional lives makes it possible to increase the effectiveness of health education carried out among this group of patients.

Nursing Topics 2010; 18 (3): 249–259

Key words: diabetes patient, education

Adres do korespondencji: dr hab. n. med. Anna Abramczyk, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Medyczna, ul. Bartła 5, 51–618 Wrocław, tel. 606 914 345, e-mail: wesola2000@2com.pl

Wstęp

Edukacja odgrywa istotną rolę w profilaktyce chorób społecznych [1] i jest integralną częścią opieki nad chorym [2]. W leczeniu chorób o przewlekłym przebiegu edukacja terapeutyczna stanowi podstawowe narzędzie [2], wykracza poza proste informowanie [3], uzupełnia i wspomaga prowadzone leczenie [4]. W kwestii poprawy jakości opieki nad przewlekle chorymi modelem chorobą jest cukrzyca [5]. Stanowi ona jedno z ważniejszych wyzwań zdrowia publicznego w XXI wieku. Na podstawie badań stwierdzono, że na całym świecie z powodu cukrzycy cierpi ponad 150 milionów osób dorosłych, a w ciągu kolejnych 25 lat liczba chorych się podwoi [6, 7]. Edukacja pacjentów odgrywa istotną rolę w procesie poprawy stanu zdrowia i ochrony życia chorych na cukrzycę. Wiedza stanowi niezbędny element leczenia, który pozwala pacjentom troszczyć się o siebie, podejmując codzienne czynności i ważne dla ochrony zdrowia decyzje [8]. Samodzielne zarządzanie chorobą wymaga od pacjentów rzetelnego przygotowania [9]. W badaniach wykazano, że wielu chorych nie stosuje się do zaleceń niezbędnych w procesie leczenia cukrzycy, jeśli nie uwzględniają one potrzeb pacjenta, jego oczekiwań i dotychczasowych doświadczeń [10].

Cel pracy

Celem pracy była ocena oczekiwań w zakresie edukacji chorych na cukrzycę oraz jej uwarunkowania.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w ramach kierowanego przez autorkę projektu Komitetu Badań Naukowych nr 6P05D02320 wśród 1986 pacjentów i 1366 rodzin (opiekunów) z losowo wybranych 61 zakładów podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) w Polsce. Badano pacjentów z cukrzycą w wieku powyżej 16. roku życia, mieszkających w rejonie pracy pielęgniarki środowiskowej (rodzinnej) i zarejestrowanych na liście lekarza rodzinnego.

Badania przeprowadzono na podstawie:

- ukierunkowanego wywiadu pielęgniarskiego, podczas którego uzyskano informacje na temat: wieku i płci pacjentów, miejsca zamieszkania, stanu cywilnego, źródła utrzymania, wykształcenia, wiedzy o chorobie, udziału w leczeniu, zachowań zdrowotnych wymaganych w leczeniu cukrzycy, dolegliwości psychosomatycznych, funkcjonowania społecznego, barier w leczeniu, wydolności opiekuńczo-pielęgniacyjnej rodziny, oczekiwań chorego w zakresie edukacji oraz opieki — lekarza rodzinnego, pielęgniarki środowiskowej (rodzinnej), rodziny, pracownika socjalnego, trudności w dostępie do usług świadczonych przez lekarza w poradni cukrzycowej, okulistę, stomatologa, pogotowie ratunkowe, laboratorium;

- relatywnej oceny sprawności i samodzielności pacjentów;
- anonimowej ankiety przeprowadzonej wśród pacjentów, pozwalającej na uzyskanie informacji na temat oceny: trudności w dostępie do usług medycznych (lekarza rodzinnego, pielęgniarki środowiskowej lub rodzinnej), satysfakcji z udziału w życiu rodzinnym, zawodowym, małżeńskim, towarzyskim, zadowolenia z efektów leczenia, opieki lekarza rodzinnego, pielęgniarki rodzinnej, diabetologa, rodziny, sąsiadów;
- anonimowej ankiety przeprowadzonej wśród rodzin pacjentów, pozwalającej na uzyskanie informacji na temat: wydolności opiekuńczo-pielęgniacyjnej rodziny, problemów i obciążenia rodziny opieką, oczekiwań w zakresie opieki, satysfakcji z opieki pielęgniarki rodzinnej, lekarza rodzinnego, pracownika socjalnego, sąsiadów, efektów leczenia cukrzycy, jakości opieki.

Ponadto analizowano zamieszczone przez lekarza rodzinnego (POZ) w dokumentacji pacjenta informacje na temat: wieku i płci chorego, rodzaju (typu) cukrzycy, czasu trwania choroby, prowadzonej przez pacjenta samokontroli, metod leczenia, chorób towarzyszących cukrzycy wymagających leczenia, wyników badań istotnych w procesie kontroli jakości leczenia cukrzycy.

Analizę częstościową wykonano przy użyciu testu niezależności χ^2 . Jeśli nie były spełnione warunki stosowalności testu χ^2 (co najmniej jedna wartość oczekiwana była mniejsza niż 5), dokonano łączenia sąsiednich wierszy i kolumn w tabeli większej niż 4-połowej, a do tabeli 4-połowej stosowano test dokładny Fishera.

Zależność między cechami porządkowymi badano także za pomocą rangowych współczynników korelacji Spearmana. Istotność tych współczynników weryfikowano przy użyciu odpowiedniego testu t-Studenta. Wszystkie testowane hipotezy weryfikowano na poziomie istotności $\alpha = 0,05$. Obliczono dokładne wartości poziomu istotności p .

Wyniki

Wśród badanej populacji zdecydowaną większość stanowiły kobiety (63,4%), osoby w wieku powyżej 65. roku życia (59%), pacjenci mieszkający w środowisku miejskim (57,7%). Najliczniejszą grupę wśród badanych stanowili pacjenci utrzymujący się z emerytury (49,5%). Nieco więcej niż co trzeci pacjent wskazał na rentę jako źródło utrzymania (37,2%), a dla 9,3% chorych źródłem utrzymania jest dochód z pracy lub gospodarstwa rolnego. Większość badanych żyła w związku małżeńskim (61,3%), a prawie co trzeci był owdowiały (30,3%). Zdecydowana większość pacjentów miała wykształcenie podstawowe lub niepełne podstawowe (56,2%). Wykształcenie zasadnicze zawodowe miało 15,1% cho-

Tabela 1. Oczekiwania pacjentów w zakresie edukacji a województwo
Table 1. Expectations of diabetes patients within the scope of education and province

Teren badań (województwo)	Oczekiwanie edukacji w zakresie cukrzycy przez rodzinę					
	Tak		Nie		Brak danych	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
dolnośląskie	43	51,8%	39	47,0%	1	1,2%
kujawsko-pomorskie	84	50,3%	83	49,7%	0	0,0%
lubelskie	77	47,8%	83	51,6%	1	0,6%
lubuskie	41	85,4%	5	10,4%	2	4,2%
łódzkie	104	42,8%	134	55,1%	5	2,1%
małopolskie	55	57,3%	40	41,7%	1	1,0%
mazowieckie	82	73,9%	27	24,3%	2	1,8%
opolskie	92	59,0%	64	41,0%	0	0,0%
podkarpackie	36	63,2%	20	35,1%	1	1,8%
podlaskie	76	60,8%	46	36,8%	3	2,4%
pomorskie	50	73,5%	18	26,5%	0	0,0%
śląskie	55	78,6%	15	21,4%	0	0,0%
świętokrzyskie	107	73,8%	36	24,8%	2	1,4%
warmińsko-mazurskie	83	38,4%	132	61,1%	1	0,5%
wielkopolskie	92	87,6%	11	10,5%	2	1,9%
zachodniopomorskie	102	75,6%	31	23,0%	2	1,5%
razem	1179	59,4%	784	39,5%	23	1,2%

rych, średnie 23,8%, a wyższe 4% badanych. Najmłodszy pacjent miał 17 lat, a najstarszy — 96 lat.

Większość chorych przyjmowała tylko leki doustne (56,8), co piąty przyjmował tylko insulinę (20%), prawie co piąty insulinę i leki doustne (18,5%), natomiast tylko dietę stosowało 4,7% chorych.

Z analizy dokumentacji medycznej wynika, że cukrzycę typu 1 ustalono u 11,6% chorych, typu 2 — u 51,4%, a u 32,9% pacjentów wdrożono leczenie bez określenia typu cukrzycy. Żadnych informacji na temat typu cukrzycy nie ustalono u 4% pacjentów, którzy byli w trakcie diagnostyki w celu ustalenia rodzaju cukrzycy.

Więcej niż co drugi chory na cukrzycę (59,4%) oczekuje edukacji na temat tej choroby. Najczęściej takie oczekiwania wyrażają pacjenci zamieszkujący tereny województwa wielkopolskiego (87,6%), a najrzadziej województwa warmińsko-mazurskiego (38,4%) (tab. 1). Pacjenci najbardziej są zainteresowani zdobyciem wiedzy o zapobieganiu ostrym powikłaniom cukrzycy (25,8%) (tab. 2).

Oczekiwania w zakresie edukacji częściej deklarują chorzy, którzy: względnie dobrze dbają o higienę ciała,

nie modyfikują leczenia, regularnie badają glikemię, respektują zalecenia dotyczące samoobserwacji (tab. 3). Otwartość na edukację częściej wyrażają osoby z podwyższoną glikemią na czczo (110–125 mg/dl), podwyższonym stężeniem cholesterolu całkowitego (185–230 mg/dl), bez dodatkowych chorób, zgłaszający 3 i więcej dolegliwości oraz samodzielni (tab. 4). Częstsze oczekiwania w zakresie edukacji dotyczą też pacjentów, którzy doświadczają 5 i więcej trudności w leczeniu, niewielkich trudności w funkcjonowaniu społecznym, żyją w rodzinie charakteryzującej się dość dobrą wydolnością opiekuńczo-pielęgniacyjną, mają trudności w dostępie do 4 i więcej usług medycznych (tab. 5).

Pacjenci oczekujący edukacji najczęściej wskazują na deficyt zadowolenia lub niezadowolenie ze swojego udziału w leczeniu cukrzycy, efektów leczenia, opieki lekarza rodzinnego (tab. 6), częściej też oczekują poprawy jakości opieki diabetologicznej na poziomie POZ (tab. 7).

Chęć podniesienia swoich kompetencji częściej wyrażają osoby, których rodziny mają problemy z opieką nad chorym i również oczekują edukacji, opie-

Tabela 2. Zagadnienia, w zakresie których chorzy na cukrzycę oczekują edukacji
Table 2. Question in the range which ill on diabetes wait the education

Zagadnienia, w których zakresie jest oczekiwana edukacja	n	(%)
Zapobieganie ostrym powikłaniom cukrzycy	513	25,80%
Żywienie w cukrzycy	491	24,70%
Objawy powikłań cukrzycy	477	24,00%
Objawy przecukrzenia organizmu	467	23,50%
Objawy niedocukrzenia organizmu	454	22,90%
Zapobieganie powikłaniom odległym w cukrzycy	430	21,70%
Zapobieganie przecukrzeniu (hiperglikemii)	412	20,70%
Zapobieganie niedocukrzeniu (hipoglikemii)	386	19,40%
Zachowania sprzyjające zdrowiu w cukrzycy	356	17,90%
Postępowanie w niedocukrzeniu (hipoglikemii)	340	17,10%
Postępowanie w przecukrzeniu (hiperglikemii)	336	16,90%
Zachowania zagrażające zdrowiu w cukrzycy	325	16,40%
Uprawnienia dla diabetyków	291	14,70%
Przyczyny cukrzycy	282	14,20%
Samoobserwacja w cukrzycy	259	13,00%
Działania leków w cukrzycy	246	12,40%
Prace niewskazane w cukrzycy	244	12,30%
Aktywność fizyczna w cukrzycy	237	11,90%
Radzenie sobie ze stresem	231	11,60%
Przyjmowanie leków w cukrzycy	196	9,90%
Objawy cukrzycy	182	9,20%
Korzystanie z pomocy stowarzyszeń dla diabetyków	171	8,60%
Istota cukrzycy	167	8,40%
Kryteria wyrównania cukrzycy	163	8,20%
Pielęgnacja stóp w cukrzycy	162	8,20%
Samokontrola w cukrzycy	162	8,20%
Badania okresowe w cukrzycy	156	7,90%
Zapobieganie cukrzycy	149	7,50%
Zasady korzystania z porady diabetologa	124	6,20%
Zasady korzystania z porady lekarza rodzinnego	98	4,90%
Zasady korzystania z porady okulisty	97	4,90%
Higiena ciała w cukrzycy	93	4,70%
Higiena jamy ustnej w cukrzycy	91	4,60%
Zasady korzystania z porady stomatologa	74	3,70%
Palenie tytoniu w cukrzycy	68	3,40%
Picie alkoholu w cukrzycy	42	2,10%
Charakter pracy (wybór zawodu) w cukrzycy	39	2,00%
Zapobieganie i planowanie ciąży	28	1,40%
Sposoby odchudzania	1	0,10%

Tabela 3. Oczekiwania pacjentów w zakresie edukacji a zachowania zdrowotne
Table 3. Expectations of diabetes patients within the scope of education and wholesome behaviours

Badana cecha	Pacjent oczekuje edukacji		Analiza statystyczna
	Tak	Nie	
Razem	(n = 1179) (60%)	(n = 784) (40%)	
Higiena ciała			
myje całe ciało codziennie	61,0%	39,0%	χ^2 Pearsona: 18,0900, df = 3, p = 0,00042
myje całe ciało kilka razy w tygodniu	65,2%	34,8%	
myje całe ciało raz w tygodniu	56,0%	44,0%	
myje całe ciało rzadziej niż raz w tygodniu	44,1%	55,9%	
Zachowania w zakresie samokontroli			
modyfikuje leczenie i regularnie bada glikemię	67,1%	32,9%	χ^2 Pearsona: 21,9815, df = 3, p = 0,00006
nie modyfikuje leczenia, ale regularnie bada glikemię	68,6%	31,4%	
nie modyfikuje leczenia i nie bada glikemii	56,5%	43,5%	
nie bada glikemii a modyfikuje leczenie	57,5%	42,5%	
Samoobserwacja			
regularnie obserwuje stopy i jamę ustną	62,1%	37,9%	χ^2 Pearsona: 9,54752, df = 3, p = 0,02283
regularnie obserwuje stopy, a nieregularnie jamę ustną	58,3%	41,7%	
nieregularnie obserwuje stopy i jamę ustną	60,6%	39,4%	
nie prowadzi samoobserwacji stóp i jamy ustnej	50,5%	49,5%	

ki lekarza rodzinnego, pielęgniarki rodzinnej, pracownika socjalnego i poprawy jakości opieki nad chorym oraz wskazują na deficyt lub brak zadowolenia z opieki lekarza rodzinnego, pielęgniarki rodzinnej, sąsiadów i efektów leczenia cukrzycy (tab. 8).

Pacjenci oczekujący edukacji zwykle deklarują zadowolenie z udziału w życiu zawodowym, małżeńskim i rodziny (tab. 6).

Dyskusja

Opieka nad chorym na cukrzycę powinna się koncentrować na pacjencie w taki sposób, aby był w nią włączony w możliwie dużym stopniu [11]. Samodzielne zarządzanie chorobą wymaga od pacjentów rzetelnego przygotowania [9].

Uzyskane wyniki wskazują na różnorodność problematyki, która powinna stanowić przedmiot edukacji pacjentów na poziomie POZ. Osoby chore na cukrzycę najczęściej oczekują wiedzy na temat zapobiegania ostrym powikłaniom cukrzycy (25,8%). Niewielki odsetek chorych oczekuje edukacji w zakresie samokontroli (8%), chociaż wiedza ta pomaga w podejmowaniu codziennych decyzji i jest zalecana w procesie edu-

kacji tej grupy pacjentów [9]. W badaniach własnych nie stwierdzono związku oczekiwań pacjentów z ich poziomem wiedzy o chorobie, wykształceniem, wiekiem, sytuacją socjalno-bytową [12]. Otwartość na edukację częściej jednak deklarowały osoby, u których ustalono: stosunkowo dobrą dbałość o higienę ciała, regularne badanie glikemii i brak modyfikacji leczenia oraz oczekiwane zachowania w zakresie samoobserwacji. Brak oczekiwań w zakresie edukacji pacjentów wymagających leczenia z powodu 5 i więcej chorób dodatkowych potwierdza tezę o negatywnym wpływie chorób przewlekłych na zarządzanie opieką, uzyskanie oczekiwanych rezultatów w zakresie stanu klinicznego, zdrowia i jakości życia [12], a także otwartości na edukację i wzrostu kompetencji w radzeniu sobie z chorobą.

Częstszy brak otwartości na edukację osób, które nie mają rodziny lub których rodziny są niezdolne do wspomagania chorego na cukrzycę, potwierdza obecność ograniczeń w życiu tych pacjentów i może być wyrazem rezygnacji z wysiłku na rzecz troski o własne zdrowie [13]. Brak poczucia własnej skuteczności prowadzi do bierności, wycofywania się, rezygnacji z relacji społecznych [14] i może skutkować brakiem oczekiwań w zakresie edukacji.

Tabela 4. Oczekiwania pacjentów w zakresie edukacji a wybrane wskaźniki stanu zdrowia**Table 4.** Expectations of diabetes patients within the scope of education and chosen coefficients state of health

Badana cecha	Pacjent oczekuje edukacji		Analiza statystyczna
	Tak (n = 1179) (60%)	Nie (n = 784) (40%)	
Razem			
Glikemia na czczo [mg/dl]			
Norma (< 110)	48,7%	51,3%	χ^2 Pearsona: 7,54235, df = 2, p = 0,02302
Podwyższona (110–125)	66,3%	33,7%	
Znacznie podwyższona (> 125)	51,9%	48,1%	
Cholesterol całkowity [mg/dl]			
Norma (< 185)	57,9%	42,1%	χ^2 Pearsona: 6,17762, df = 2, p = 0,04556
Podwyższony (185–230)	66,4%	33,6%	
Znacznie podwyższony (> 230)	60,3%	39,7%	
Choroby dodatkowe			
brak informacji o chorobach dodatkowych	63,2%	36,8%	χ^2 Pearsona: 8,79103, df = 3, p = 0,03220
1–2 choroby dodatkowe	62,7%	37,3%	
3–4 choroby dodatkowe	58,1%	41,9%	
5 i więcej chorób dodatkowych	53,7%	46,3%	
Dolegliwości somatyczne			
brak dolegliwości	57,9%	42,1%	χ^2 Pearsona: 7,85204, df = 2, p = 0,01972
pojedyncze dolegliwości (1–2)	63,0%	37,0%	
liczne i bardzo liczne dolegliwości (3 i więcej)	67,6%	32,4%	
Samodzielność			
w pełni samodzielny	66,8%	33,2%	χ^2 Pearsona: 16,5616, df = 3, p = 0,00087
nieznaczne ograniczenia w zakresie samodzielności	62,8%	37,2%	
znaczne ograniczenia w zakresie samodzielności (częściowo niezdolny do wykonywania minimum 1 czynności)	57,2%	42,8%	
brak samodzielności (całkowicie niezdolny do wykonywania 10 czynności)	46,3%	53,8%	

Niedostateczna samodzielność, częstsza wśród pacjentów, którzy nie oczekują edukacji, ogranicza zdolność chorego do prawidłowej oceny stanu zdrowia i postępowania, co potwierdza konieczność objęcia procesem edukacji rodziny lub opiekunów chorego [15].

Otwartość na edukację pacjentów i ich rodzin wskazuje na deficyt lub brak zadowolenia z efektów leczenia cukrzycy oraz na problemy w opiece. Determinuje to konieczność uwzględnienia udziału rodziny w procesie edukacji. Wsparcie rodziny jest bowiem czynni-

kiem najbardziej prognozującym nie tylko stosowanie zaleceń wymaganych w leczeniu cukrzycy [16], ale także chęć podnoszenia własnych kompetencji w procesie zarządzania chorobą.

Częstsze oczekiwania w zakresie edukacji wyrażane przez chorych, którzy doświadczają trudności w dostępie do usług medycznych, potwierdzają konieczność objęcia edukacją wszystkich pacjentów z cukrzycą, a nie tylko tych, którzy korzystają z opieki zdrowotnej [17]. Przejawem efektywnego zarządzania opieką zdro-

Tabela 5. Oczekiwania pacjentów w zakresie edukacji a trudności w leczeniu, funkcjonowaniu społecznym, wydolności opiekuńczo-pielęgniacyjnej rodziny i dostępności do usług medycznych**Table 5.** Expectations of diabetes patients within the scope of education and difficulties in treatment, social functioning, family caring efficiency and accessibility to medical services

Badana cecha	Pacjent oczekuje edukacji		Analiza statystyczna
	Tak	Nie	
Razem	(n = 1179) (60%)	(n = 784) (40%)	
Trudności w leczeniu			
brak trudności	53,0%	47,0%	χ^2 Pearsona: 49,4184, df = 3, p = 0,000000
pojedyncze trudności (1–2)	67,0%	33,0%	
liczne trudności (3–4)	68,1%	31,9%	
bardzo liczne trudności (5 i więcej)	71,2%	28,8%	
Funkcjonowanie społeczne			
w pełni uczestniczy we wszystkich 5 formach życia (nie ma żadnych trudności i ograniczeń)	63,3%	36,7%	χ^2 Pearsona: 54,4377, df = 3, p = 0,000000
uczestniczy w zadowalającym stopniu (ma niewielkie trudności i ograniczenia, w pełni uczestniczy w 3–4 formach życia)	66,6%	33,4%	
udział mało zadowalający (ma znaczne trudności i ograniczenia, całkowicie nie uczestniczy w 3 formach życia)	60,1%	39,9%	
brak zadowolenia (są zbyt duże trudności i ograniczenia, całkowicie nie uczestniczy w 4 formach życia)	42,1%	57,9%	
Wydolność rodziny			
w pełni wydolna (8 pkt)	56,0%	44,0%	χ^2 Pearsona: 25,2911, df = 3, p = 0,000001
nieznaczne ograniczenia w zakresie wydolności (9–12 pkt)	63,9%	36,1%	
znaczne ograniczenia w zakresie wydolności (13–18 pkt)	62,8%	37,2%	
brak wydolności rodziny (19–24 pkt)	50,2%	49,8%	
Dostępność usług medycznych			
brak trudności w dostępie do usług	57,6%	42,4%	χ^2 Pearsona: 12,6161, df = 2, p = 0,00182
trudności w dostępie do 1–3 usług	57,7%	42,3%	
trudności w dostępie do 4–6 usług	68,4%	31,6%	

wotną jest bowiem dostęp przewlekle chorych do wiedzy specjalistycznej [9].

Ze względów finansowych (niedochodowość) realizacja usług medycznych w postaci edukacji stanowi dla organizatorów opieki zdrowotnej duży problem, jednak liczne pozytywne jej rezultaty (obniżenie ryzyka powikłań o charakterze mikro- i makroangiopatii: poprawa kontroli ciśnienia krwi, lipidów, HbA_{1c}) czynią zasadne uwzględnienie wśród finansowanych świadczeń także usług w zakresie edukacji zdrowotnej [9]. Wśród

pacjentów regularnie edukowanych tylko 5% przewlekle chorych nie jest w stanie lub nie chce wprowadzać w życie zaleceń [9]. U osób gorzej edukowanych cukrzyca rozwija się częściej [18], a u pacjentów nieobjętych żadną edukacją ryzyko głównych powikłań zwiększa się 4-krotnie [17]. Na podstawie badań stwierdzono, że długotrwała edukacja przewlekle chorych daje pozytywne rezultaty w postaci: obniżenia masy ciała, spadku wartości ciśnienia tętniczego krwi [19], a także zmniejszenia kosztów leczenia. Potwierdzona skutecz-

Tabela 6. Oczekiwania pacjentów w zakresie edukacji a ich satysfakcja
Table 6. Expectations of patients within the scope of education and their satisfaction

Badana cecha	Pacjent oczekuje edukacji		Analiza statystyczna
	Tak	Nie	
Razem	(n = 1179)	(n = 784)	
	(60%)	(40%)	
Satysfakcja pacjentów			
ze swojego udziału w leczeniu cukrzycy			
zadowolony	58,2%	41,8%	χ^2 Pearsona: 6,62459, df = 1, p = 0,010059
deficyt lub brak zadowolenia	64,3%	35,7%	
ze swojego udziału w życiu zawodowym			
zadowolony	67,6%	32,4%	χ^2 Pearsona: 7,47419, df = 1, p = 0,00626
deficyt lub brak zadowolenia	58,7%	41,3%	
ze swojego udziału w życiu małżeńskim			
zadowolony	65,6%	34,4%	χ^2 Pearsona: 18,6308, df = 1, p = 0,00001
deficyt lub brak zadowolenia	52,9%	47,1%	
ze swojego udziału w życiu rodziny			
zadowolony	62,1%	37,9%	χ^2 Pearsona: 5,30283, df = 1, p = 0,02129
deficyt lub brak zadowolenia	55,9%	44,1%	
Satysfakcja pacjentów z:			
opieki lekarza rodzinnego			
zadowolony	59,1%	40,9%	χ^2 Pearsona: 8,97556, df = 1, p = 0,00273
deficyt lub brak zadowolenia	69,0%	31,0%	
efektów leczenia cukrzycy			
zadowolony	58,2%	41,8%	χ^2 Pearsona: 7,25236, df = 1, p = 0,00708
deficyt lub brak zadowolenia	64,7%	35,3%	

ność działań edukacyjnych sprawia, że edukację zaleca się jako stały element wysokiej jakości opieki [20].

W badaniach własnych odbiegające od przewidywanych wartości glikemii na czczo, cholesterolu całkowitego, notowane częściej wśród chorych oczekujących edukacji, świadczą o związku oczekiwań pacjentów przewlekle chorych z klinicznymi rezultatami opieki [21]. Otwartość na edukację tej grupy chorych może być pomocna w optymalizacji wskaźników jakości leczenia cukrzycy.

Objęcie edukacją pacjentów, którzy zgłaszają liczne dolegliwości somatyczne i doświadczają trudności w dostępie do ważnych usług medycznych, pozwoli na dostosowanie zarówno edukacji, jak i opieki nad tą grupą cho-

rych do rzeczywistej sytuacji, umożliwi ich udział w procesie leczenia i świadczenie wysokiej jakości opieki.

Satysfakcja pacjentów z opieki lekarskiej i pielęgniarskiej przyczynia się do dobrej współpracy i skutecznego leczenia [22], dlatego objęcie edukacją pacjentów zainteresowanych zdobyciem większej wiedzy na temat choroby jest ważnym czynnikiem wpływającym na stan zdrowia pacjenta.

Otwartość na edukację, niezależnie od poziomu wiedzy o chorobie, czasu jej trwania, wykształcenia i wieku chorego, może świadczyć o tym, że pacjenci oczekują więcej informacji niż otrzymują [23].

W badaniu wykazano, że zadowolenie pacjentów z udziału w życiu zawodowym, małżeńskim i rodziny

Tabela 7. Oczekiwania pacjentów w zakresie opieki na poziomie POZ
Table 7. Expectations of patients within the scope of care in the level of PHC

Badana cecha	Pacjent oczekuje edukacji		Analiza statystyczna
	Tak	Nie	
Razem	(n = 1179) (60%)	(n = 784) (40%)	
Oczekiwanie pacjentów w zakresie:			
opieki rodziny			
obecne	66,6%	33,4%	χ^2 Pearsona: 98,9801, df = 1, p = 0,00000
brak	41,6%	58,4%	
opieki lekarza rodzinnego			
obecne	65,0%	35,0%	χ^2 Pearsona: 140,628, df = 1, p = 0,00000
brak	24,5%	75,5%	
opieki pielęgniarki rodzinnej			
obecne	65,5%	34,5%	χ^2 Pearsona: 75,7116, df = 1, p = 0,00000
brak	43,2%	56,8%	
opieki pracownika socjalnego			
obecne	71,5%	28,5%	χ^2 Pearsona: 32,6944, df = 1, p = 0,00000
brak	56,0%	44,0%	
poprawy jakości opieki			
obecne	72,5%	27,5%	χ^2 Pearsona: 23,6959, df = 1, p = 0,000001
brak	57,5%	42,5%	

oraz pełna samodzielność mogą być czynnikami sprzyjającymi podnoszeniu kompetencji w zakresie radzenia sobie z chorobą.

Oczekiwanie dotyczące edukacji wyrażane częściej przez pacjentów nie w pełni zadowolonych z opieki lekarza rodzinnego, udziału w leczeniu i efektów leczenia, funkcjonujących w rodzinie mającej problemy w opiece nad chorym i oczekującej edukacji w tym zakresie, mogą świadczyć o niedostosowaniu opieki do sytuacji indywidualnej i rodzinnej pacjenta [24] oraz niezadowoleniu także opiekunów z powodu nieuwzględnienia ich potrzeb przez świadczeniodawców [25].

Problemy rodziny w opiece nad chorym, jej oczekiwania w zakresie edukacji, niezadowolenie z efektów leczenia cukrzycy uzasadniają konieczność wykorzystania wiedzy na temat oczekiwań pacjentów w edukacji opiekunów, a także w organizacji opieki [21]. Rodzina i opiekunowie chorego stanowią istotne wsparcie w wysiłkach zmierzających do poprawy zdrowia pacjenta [26]. Znajomość oczekiwań pacjentów

pozwała na podejmowanie skuteczniejszych działań [27, 28].

Otwartość na edukację częstsza u pacjentów wyrażających oczekiwania w zakresie opieki lekarza rodzinnego, pielęgniarki rodzinnej, rodziny, pracownika socjalnego i jakości opieki świadczy o różnorodności problemów, z jakimi chorzy na cukrzycę zmagają się na co dzień, chęci zachowania samodzielności i uczestniczenia w satysfakcjonującym stopniu w życiu rodziny, małżeńskim i zawodowym.

Wnioski

1. Osoby chore na cukrzycę różnią się otwartością na edukację zdrowotną.
2. Znajomość czynników różnicujących oczekiwania chorych na cukrzycę w zakresie edukacji pozwala na optymalizację troski o zdrowie i wskaźników jakości leczenia cukrzycy oraz przyczynia się do wzrostu satysfakcji pacjentów i ich rodzin z efektów leczenia cukrzycy i opieki.

Tabela 8. Oczekiwania pacjentów w zakresie edukacji a problemy, oczekiwania i satysfakcja rodziny

Table 8. Expectations of diabetes patients within the scope of education and problems, expectation and family satisfaction

Badana cecha	Pacjent oczekuje edukacji		Analiza statystyczna
	Tak	Nie	
Razem	(n = 64,9%)	(n = 35,1%)	
Problemy rodziny w opiece:			
obecne	69,1%	30,9%	χ^2 Pearsona: 24,2937, df = 1, p = 0,00000
brak	54,4%	45,6%	
Rodzina wyraża oczekiwania w zakresie: edukacji			
tak	73,3%	26,7%	χ^2 Pearsona: 167,895, df = 1, p = 0,00000
nie	32,0%	68,0%	
opieki lekarza rodzinnego			
tak	67,0%	33,0%	χ^2 Pearsona: 34,1727, df = 1, p = 0,00000
nie	42,7%	57,3%	
opieki pielęgniarki środowiskowej (rodzinnej)			
tak	67,4%	32,6%	χ^2 Pearsona: 21,3433, df = 1, p = 0,00000
nie	52,2%	47,8%	
opieki pracownika socjalnego			
tak	70,3%	29,7%	χ^2 Pearsona: 20,2286, df = 1, p = 0,00000
nie	57,3%	42,7%	
poprawy jakości opieki			
tak	74,5%	25,5%	χ^2 Pearsona: 12,1735, df = 1, p = 0,00048
nie	61,0%	39,0%	
Rodzina zadowolona z: opieki lekarza rodzinnego			
tak	61,7%	38,3%	χ^2 Pearsona: 6,93199, df = 1, p = 0,00846
częściowo i nie	70,6%	29,4%	
opieki pielęgniarki środowiskowej			
tak	61,3%	38,7%	χ^2 Pearsona: 9,18357, df = 1, p = 0,00244
częściowo i nie	72,4%	27,6%	
opieki sąsiadów			
tak	53,8%	46,2%	χ^2 Pearsona: 10,8520, df = 1, p = 0,00098
częściowo i nie	64,9%	35,1%	
z efektów leczenia cukrzycy			
tak	60,5%	39,5%	χ^2 Pearsona: 5,29649, df = 1, p = 0,02137
częściowo i nie	67,2%	32,8%	

- Satysfakcja pacjentów z udziału w życiu rodzinnym, małżeńskim i zawodowym pozwala na zwiększenie skuteczności prowadzonej wśród tej grupy chorych edukacji zdrowotnej.

Pracę przygotowano na podstawie badań prowadzonych w ramach kierowanego przez autora pracy projektu Komitetu Badań Naukowych w Warszawie nr 6P05D02320.

Podziękowania

Autorka pracy serdecznie dziękuje pacjentom chorym na cukrzycę i wspomagającym ich w opiece rodzinną za udział w badaniu oraz lekarzom rodzinnym i pielęgniarkom środowiskowym (rodzinnym) za współpracę i wsparcie projektu.

Piśmiennictwo

- Loring W.C. Environmental health education: a different orientation. *Int. J. Health Educ.* 1977; 20: 51–56.
- Boucher J.L., Shafer K.J., Chaffin J.A. Weight loss, diets, and supplements: does anything work? *Diab. Spect.* 2001; 14: 169–175.
- Płaszewska-Żywko L. Edukacja pacjenta. *Pielęgniarstwo* 2000 1996; 6: 20–22.
- Kocur J. Znaczenie edukacji terapeutycznej u pacjentów przewlekłe chorych. *Sztuka Leczenia* 1998; 4: 81–84.
- Chin M.H., Cook S., Jin L. i wsp. Barriers to providing diabetes care in community health centers. *Diabetes Care* 2001; 24: 268–274.
- King H., Aubert R.E., Herman W.H. Global burden of diabetes, 1995–2025: prevalence, numerical estimates, and projections. *Diabetes Care* 1998; 21: 1414–1431.
- Zimmer P., Alberti K.G., Shaw J. Global and societal implications of the diabetes epidemic. *Nature* 2001; 414: 782–78.
- Fisher E.B., Walker E.A., Bostrom A. i wsp. Behavioral science research in the prevention of diabetes. *Diabetes Care* 2002; 25: 599–606.
- Siminerio L., Zgibor J., Solano, F.X. Jr. Implementing the chronic care model for improvements in diabetes practice and outcomes in primary care: the University of Pittsburgh Medical Center experience. *Clinical Diabetes* 2004; 22: 54–58.
- Gentili P., Maldonato A., Grieco R. i wsp. Influence of patient's representations and beliefs about diabetes and its treatment on their adherence to therapy. *Diabetes Nutr. Metab.* 2001; 14: 140–152.
- Hellman R.A. Systems approach to reducing errors in insulin therapy in the inpatient setting. *Endocrine Practice* 2004; 10 (supl. 2): 100–108.
- Funnell M.M., Brown T.L., Childs B.P. i wsp. National standards for diabetes self-management education. *Diabetes Care* 2008; 31: S97–S104.
- Whitford D.L., McGee H., Bernadette O'Sullivan B. Will people with type 2 diabetes speak to family members about health risk? *Diabetes Care* 2009; 32: 251–253.
- Sęk H. *Spółeczna psychologia kliniczna*. PWN, Warszawa 1991: 269.
- American Diabetes Association. Preventive foot care in people with diabetes. *Diabetes Care* 2002; 25: 69–70.
- Glasgow R.E., Toobert D.J. Social environment and regimen adherence among type II diabetic patients. *Diabetes Care* 1988; 11: 377–386.
- Mensing C., Boucher J., Cypress M. i wsp. National standards for diabetes self-management education. *Diabetes Care* 2004; 27: 143–150.
- Fisher E.B., Walker E.A., Bostrom A. i wsp. Behavioral science research in the prevention of diabetes. *Diabetes Care* 2002; 25: 599–606.
- Gruesser M., Hartmann P., Schlottmann N. i wsp. Structured patient education for out-patients with hypertension in general practice: a model project in Germany. *J. Hum. Hypertens.* 1997; 11: 501–506.
- Bodenheimer T., Loring K., Holman H. i wsp. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA* 2002; 288: 2469–2475.
- Ogedegbe G., Mancuso C.A., Allegrante J.P. Expectations of blood pressure management in hypertensive African-American patients: a qualitative study. *J. Natl. Med. Assoc.* 2004; 96:442–449.
- Wawrzyniak A., Warmus-Stangierska I., Marcinkowska M., Celczyńska-Bajew L., Horst-Sikorska W. Jak pacjenci oceniają opiekę Poradni Lekarza Rodzinnego. *Fam. Med. & Primary Care Review* 2005; 3: 618–621.
- Rankinen S., Salanterä S., Heikkinen K., Johansson K., Kaljonen A., Virtanen H., Leino-Kilpi H. Expectations and received knowledge by surgical patients. *Int. Soc. Quality in Health Care* 2007; 19: 113–119.
- Jackson J.L., Chamberlin J., Kroenke K. Predictors of patient satisfaction. *Soc. Sci. Med.* 2001; 52: 609–620.
- Van der Linde H., Hofstam C.J., Gecertzen J.H., Postema K., Van Limbeek J. From satisfaction to expectation: the patients perspective in lower limb prosthetic care. *Disabil. Rehabil.* 2007; 29: 1049–1055.
- Walker Ch. Report from Therapeutic Patient Education Conference (inc. Diabetes Attitudes Wishes Needs (DAWN) meeting) Conference held in Florence, Italy 2006, 27 to 30 April.
- Rao J.K., Weinberger M., Kroenke K. Visit-specific expectations and patient-centered outcomes. *Arch. Fam. Med.* 2000; 9: 1148–1155.
- McKinley R.K., Roberts C. Patients satisfaction with out of hours primary medical care. *Quality in Health Care* 2001; 10: 23–28.