

Agnieszka Rapacz¹, Maria Kózka², Maria Ogarek³

¹Kliniczny Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, V Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką w Krakowie

²Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Ochrony Zdrowia Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

³Zakład Podstaw i Teorii Pielęgniarstwa, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Ochrony Zdrowia Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

Edukacja pacjentów z zespołem stopy cukrzycowej a poczucie koherencji

Education of patients with diabetic foot syndrome and sense of coherence

Adres do korespondencji:

dr n. hum. Maria Kózka
Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego
Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa
WOZ CM UJ
ul. Kopernika 25, 31-501 Kraków
tel.: (0 12) 421 41 60
e-mail: makozka@cm-uj.krakow.pl

STRESZCZENIE

Wstęp. W momencie rozpoznania zespołu stopy cukrzycowej oczekuje się od chorego wprowadzenia zmian dostosowujących codzienne życie do wymogów terapii. Gotowość chorego do wprowadzenia zmian zależy zarówno od jego wiedzy, posiadanych środków, jak i od przekonania, że zmiany te są słuszne i możliwe do osiągnięcia. Programy edukacyjne muszą być ukierunkowane na zrozumienie przez chorego potrzeby zmian, na wiarę w zasadność zaleceń i powodzenie terapii.

Cel pracy. Poznanie wpływu edukacji pacjentów z zespołem stopy cukrzycowej na ich poczucie koherencji.

Materiał i metody. Badaniem objęto 84 osoby z rozpoznaniem zespołu stopy cukrzycowej, z których 42 uczestniczyły w programie edukacji. W pracy wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety i Kwestionariusz Orientacji Życiowej Aarona Antonovsky'ego (SOC-29).

Wyniki i wnioski. W badaniach wykazano deficyt wiedzy badanych oraz zależność pomiędzy edukacją a poziomem koherencji. Wyższe poczucie koherencji uzyskano w grupie uczestniczącej w programie edukacji.

Słowa kluczowe: edukacja, stopa cukrzycowa, poczucie koherencji

ABSTRACT

Introduction. After the diagnosis of diabetic foot syndrome, the patient is expected to make several changes in his daily life that will adjust it to the requirements of therapy. The patient's readiness to make these changes depends on his knowledge, resources conviction that the changes are justified and possible to implement. Educational programs have to focus on patient's understanding of the need of changes, his belief in the plausibility of the recommendations and the success of the therapy.

Aim. The purpose of the study was to assess the influence of education of the patients with diabetic foot syndrome on their sense of coherence.

Material and methods. The study included 84 patients with diabetic foot syndrome and 42 among them participated in education program. The Questionnaire and Questionnaire Live Orientate (SOC-29) were used.

Results and conclusions. The results of the study are: deficits in patients' knowledge, dependence between education and sense of coherence. Higher sense of coherence was obtained in group participating in education program.

Key words: education, diabetic foot, sense of coherence

Wstęp

Cukrzyca jest poważną, przewlekłą chorobą wywołaną przez czynniki dziedziczne i środowiskowe. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) przewiduje, że częstość zachorowań na cukrzycę zarówno w krajach uprzemysłowionych, jak i rozwijających się wzrośnie co najmniej dwukrotnie i osiągnie w 2025 roku 300 mln [1]. Jest to spowodowane starzeniem się populacji, otyłością, siedzącym trybem życia i nawykami żywieniowymi.

Z cukrzycą wiąże się wiele poważnych powikłań, takich jak: choroby układu sercowo-naczyniowego, niewydolność nerek, ślepotą oraz owrzodzenia kończyn prowadzące do inwalidztwa oraz znacznych obciążeń emocjonalnych i fizycznych chorego.

Owrzodzenia kończyn dolnych są istotnym problemem zarówno dla chorych na cukrzycę, jak i dla całego systemu opieki zdrowotnej [2]. Rocznie u 2–3% chorych dochodzi do rozwoju owrzodzeń, a czas pobytu tych pacjentów w szpitalu jest nawet o 50% dłuższy niż w przypadku pacjentów bez owrzodzeń [3].

W cukrzyca, podobnie jak w wielu innych schorzeniach o charakterze przewlekłym, główny nacisk został przesunięty na działania prewencyjne. Prewencja ma na celu zarówno ograniczenie liczby zachorowań na cukrzycę typu 2 (zmiana stylu życia), jak i ograniczenie występowania powikłań cukrzycy. Wśród wszystkich działań prewencyjnych najtańszą i najskuteczniejszą metodą jest edukacja. Istnieje również potrzeba popularyzowania edukacji chorych na cukrzycę wśród personelu ochrony zdrowia [4, 5].

Działania edukacyjne w odniesieniu do zespołu stopy cukrzycowej powinny się koncentrować na ograniczeniu liczby i stopnia uszkodzeń stopy w przebiegu cukrzycy, a docelowo doprowadzić do redukcji liczby amputacji. Edukacja ma na celu nie tylko przekazanie wiedzy i umiejętności umożliwiających skuteczną samoopiekę, ale także powinna zmniejszać lęk spowodowany chorobą oraz wskazywać chorym nowe wartości życiowe [6–8].

Kształtowanie osobowości chorego na cukrzycę odbywa się pod ciągłym naporem świadomości istnienia ciężkiej choroby, zmiany pozycji w rodzinie, środowisku pracy i społeczności. Wpływ tych czynników może wzbogacać osobowość, pogłębiać i doskonalić etyczny i moralny stosunek do świata i ludzi, ale może również zniechęcać, wywoływać frustrację i w konsekwencji doprowadzić do „poddania się” chorobie. Postawa, jaką przyjmie chory, zależy między innymi od jego poczucia koherencji, korelującego silnie z samoopieką, na którą możemy oddziaływać poprzez edukację [6].

Poczucie koherencji (SOC, *sense of coherence*) oznacza sposób postrzegania przez jednostkę świata jako zrozumiałego, sterowalnego i sensownego [9].

Cel pracy

Celem pracy było poznanie wpływu edukacji pacjentów z zespołem stopy cukrzycowej na ich poczucie koherencji.

Materiał i metody

Badaniem objęto 42 chorych leczonych w ambulatorium przyklinicznym Kliniki Metabolicznej i Pracowni Stopy Cukrzycowej, którzy uczestniczyli w programie edukacji (grupa zasadnicza) oraz 42 chorych leczonych na oddziale Chirurgii Naczyń Szpitala Zakonu Bonifratrów św. Jana Granego (grupa kontrolna).

Badania przeprowadzono w okresie od grudnia 2005 roku do kwietnia 2006 roku.

W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, wykorzystując kwestionariusz ankiety opracowany przez autorów pracy oraz Kwestionariusz Orientacji Życiowej Aarona Antonovsky’ego (SOC-29).

Kwestionariusz SOC składa się z 29 pytań tworzących 3 podskale: zrozumiałości, sterowalności (zaradności) i sensowności, mierzących odpowiednio 3 składniki poczucia koherencji.

Do analizy wyników badań wykorzystano test χ^2 , przyjmując za statystycznie istotne wyniki z poziomem p mniejszym niż 5% ($p < 0,05$).

Wyniki

Zarówno w grupie zasadniczej (64,2%), jak i kontrolnej (71,4%) większość stanowili chorzy z cukrzycą typu 2. Średnia wieku w grupie zasadniczej wynosiła 64 lata, a w grupie kontrolnej 66 lat. Dwie trzecie z obu grup stanowiły osoby powyżej 60. roku życia chorujące na cukrzycę ponad 15 lat. Ponad połowa badanej populacji pozostaje w związku małżeńskim, a prawie 3/4 respondentów mieszka w mieście lub w małym miasteczku. Połowa ankietowanych ma wykształcenie średnie, natomiast 1/3 grupy zasadniczej i 1/4 grupy kontrolnej deklaruje wyższe wykształcenie.

W populacji obu grup przeważają choroby układu krążenia: u 66,6% badanych występuje miażdżycy, u ponad 3/4 — nadciśnienie tętnicze, a u 73,8% grupy zasadniczej i u 64,2% grupy kontrolnej — choroba niedokrwienna serca. Równie częste są choroby oczu, które deklaruje 2/3 badanych, oraz zmiany w układzie kostnym, które występują u ponad połowy populacji obu grup. Ponad 3/4 badanej populacji jest leczonych insuliną. W analizie danych socjologiczno-demograficznych nie wykazano różnic istotnych statystycznie pomiędzy populacjami obu grup ($p \geq 0,05$).

Tabela 1. Źródła wiedzy badanych na temat pielęgnacji stóp**Table 1. Sources of patients' knowledge on feet care**

Kategorie odpowiedzi	Grupa zasadnicza		Grupa kontrolna	
	n = 42	%	n = 42	%
Lekarz	23	54,7	29	69,0
Pielęgniarka	12	28,5	11	26,1
Szkolenia	42	100	–	–
Broszury, ulotki, poradniki	39	92,8	27	64,2
Literatura naukowa	5	11,9	7	16,6
Inni chorzy ze stopą cukrzycową	18	42,8	22	52,3
Razem	139	330,7	96	228,2

Procenty nie sumują się do 100, ponieważ respondenci podawali więcej niż jedną odpowiedź. Wartość p jest mniejsza od 0,05 w przypadku szkoleń oraz broszur, ulotek i poradników. Pozostałe kategorie są nieistotne statystycznie.

Edukacja zdrowotna jest uznawana za jedną z głównych metod całościowego leczenia cukrzycy i zapobiegania jej powikłaniom. Wiedzę i umiejętności potrzebne do samoopieki chorzy na cukrzycę mogą nabywać w różny sposób, ale podstawowym źródłem wiedzy powinny być szkolenia poświęcone samoopiece w tej chorobie (tab. 1). Głównym źródłem wiedzy o cukrzycy dla grupy zasadniczej są szkolenia, natomiast dla grupy kontrolnej — lekarz.

Blisko połowa badanych (45,2%) z grupy zasadniczej uczestniczyła po raz ostatni w szkoleniu w ostatnim miesiącu, prawie 1/4 brała udział w szkoleniu ponad rok temu, co wskazuje na brak systematyczności edukacji. Blisko 3/4 szkoleń, w których brali udział ankietowani, było prowadzonych przez diabetologa, a ponad połowa (57,1%) przez pielęgniarki, podiatra brał udział tylko w 9,5% szkoleń.

Proces edukacji należy rozpocząć od ustalenia celów oraz oceny wiedzy pacjenta i jego gotowości do uczenia się. Ponad 4/5 badanych uczestniczących w szkoleniach znało cel spotkań szkoleniowych, a u 30,9% respondentów przed rozpoczęciem edukacji sprawdzono wiedzę na temat pielęgnacji stóp w cukrzycy.

Optymalna grupa edukacyjna liczy 6–10 osób. Blisko połowa ankietowanych uczestniczyła w szkoleniach w grupach większych niż 10 osób.

Ponad 3/4 respondentów uczestniczyło w szkoleniach przeprowadzanych w specjalnie przygotowanych do tego celu pokojach/pracowniach dydaktycznych.

Najtrudniejsza i nadal zaniedbywana w programach edukacyjnych jest faza utrwalania zdobytych wiadomości, która u pacjentów ze stopą cukrzycową powinna trwać przez całe życie. Niestety, 1/3 respondentów uczestniczyła w szkoleniu jeden raz, a blisko 2/3 brało udział w szkoleniach tylko podczas pobytu w szpitalu.

Tabela 2. Metody szkoleń**Table 2. Methods of education**

Kategorie odpowiedzi	Grupa zasadnicza	
	n = 42	%
Wykłady	14	33,3
Pogadanki	9	21,4
Dyskusje	8	19
Pokazy z omówieniem	13	30,9
Praktyczne działanie w danej sytuacji problemowej	10	23,8
Razem	54	128,4

Procenty nie sumują się do 100, ponieważ respondenci podawali więcej niż jedną odpowiedź.

Szkolenia przeprowadzano głównie w formie wykładów i pokazów z omówieniem (tab. 2).

Edukacja ma na celu nie tylko przekazanie wiedzy i umiejętności umożliwiających skuteczną samoopiekę, ale także powinna zmniejszać lęk spowodowany chorobą oraz wytworzyć nowe wartości życiowe. W tym celu niezbędne jest wspieranie i motywowanie chorych. Tymczasem blisko 1/4 respondentów nie otrzymała wsparcia w trakcie szkoleń.

Ponad połowa (52,3%) uczestników szkoleń otrzymała pomoc w rozwiązaniu problemów zdrowotnych, 11,9% miało możliwość podzielenia się swoimi obawami związanymi z chorobą. Trzy czwarte badanych oczekuje od edukatorów pomocy w zdobyciu sprzętu i materiałów niezbędnych do samokontroli, ponad połowa (52,3%) — wsparcia emocjonalnego, a połowa — warunków, w których będzie mogła wyrazić wszelkie obawy.

Tabela 3. Zakres prowadzonych szkoleń

Table 3. Range of conducted the education program

Kategorie odpowiedzi	Grupa zasadnicza	
	n = 42	%
Ogólne wiadomości o cukrzycy	6	14,2
Samokontrola (pomiar glikemii, pomiar acetonu w moczu, prowadzenie dzienniczka samokontroli)	23	54,7
Żywnienie w cukrzycy	12	28,5
Stosowanie insuliny i glukagonu	4	30,9
Doustne leki przeciwcukrzycowe	2	4,7
Hipoglikemia i hiperglikemia	4	9,5
Wysiłek fizyczny i praca zawodowa	12	28,5
Choroby towarzyszące cukrzycy	22	52,3
Powikłania przewlekłe	13	30,9
Częstość i rodzaj kontroli lekarskich	4	9,5
Wskazówki dotyczące pielęgnacji stóp	28	66,6
Grupy wsparcia, samopomocy, stowarzyszenia diabetyków	4	9,5
Razem	134	339,8

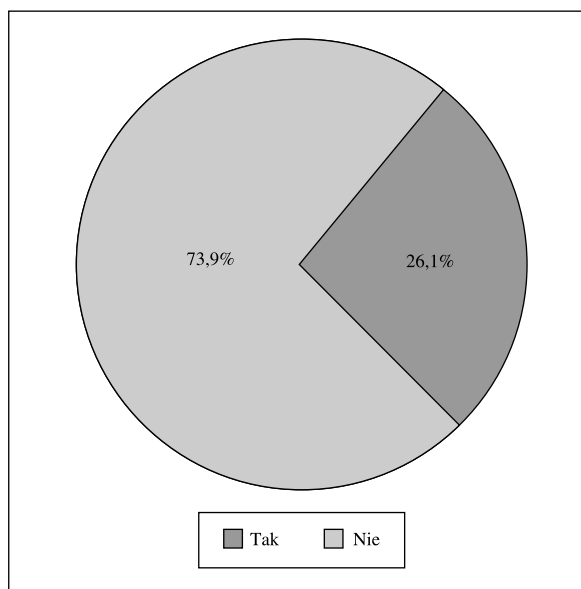
Procenty nie sumują się do 100, ponieważ respondenci podawali więcej niż jedną odpowiedź.

Zdaniem blisko 3/4 badanych szkolenia dotyczyły ogólnych wiadomości o cukrzycy, według 1/5 — pielęgnacji stóp (tab. 3). Badani oczekują od edukacji więcej informacji na temat pielęgnacji stóp (66,6%), chorób towarzyszących (52,3%) i powikłań cukrzycy (30,9%). Tylko 1/5 respondentów deklaruje zdobycie na szkoleniach niezbędnych wiadomości, pozwalających na podjęcie skutecznej pielęgnacji stóp.

Za najważniejszy czynnik w planowaniu szkoleń 1/3 badanych uznała dotychczasowy styl życia i zachowania zdrowotne, nieco mniej ważne (30,9%) są według ankietowanych rozpoznanie deficytów samoopieki i potrzeb edukacyjnych oraz dotychczasowa wiedza i umiejętności. Blisko 2/3 respondentów wskazało na konieczność kształtowania umiejętności samonauczania podczas szkoleń. Połowa badanej populacji podkreślała znaczenie współpracy pielęgniarki z pacjentem na zasadzie partnerstwa i pobudzania do aktywnego udziału w zajęciach. Oceny końcowej edukacji dokonano na podstawie opinii 26,1% badanych (ryc. 1).

Oprócz szkoleń, na których są przekazywane wiadomości, powinno się rozdáwać chorym ulotki oraz broszury informacyjne dotyczące omawianych zagadnień. Broszury i ulotki otrzymało podczas szkoleń 88% badanych.

Dużym wsparciem dla chorych na cukrzycę oraz ułatwieniem w zdobyciu wiedzy o chorobie jest udział



Rycina 1. Ocena końcowa edukacji

Figure 1. Final assessment of education program

w zorganizowanych grupach, na przykład grupach wsparcia, samopomocy czy stowarzyszeniach diabetyków. Z tej formy pomocy nie korzysta 65% badanych z grupy zasadniczej i 95,2% z grupy kontrolnej.

Prawie wszyscy badani z grupy zasadniczej uważają dokładne mycie i osuszanie stóp (95,2%) oraz unikanie skaleczeń (97,6%) za bardzo ważny element profilaktyki stopy cukrzycowej, natomiast w grupie kontrolnej 73,8% twierdzi, że działania profilaktyczne to mycie i osuszanie. Ponadto w grupie kontrolnej 23,8% badanych ogrzewa stopy, a 38% samodzielnie usuwa nagniotki i wrosnięte paznokcie (tab. 4).

Grupa kontrolna, pomimo braku udziału w szkoleniach, ocenia swoje przygotowanie do samoopieki wyżej niż grupa zasadnicza (ryc. 2). W grupie zasadniczej dominowało umiarkowane (54,7%) i wysokie (35,7%) poczucie koherencji, natomiast w grupie kontrolnej niskie (47,6%) i umiarkowane (42,85%) (ryc. 3). W analizie statystycznej wykazano bardzo istotną zależność pomiędzy uczestnictwem w edukacji a poczuciem koherencji w badanej populacji ($df = 2$; $p < 0,001$).

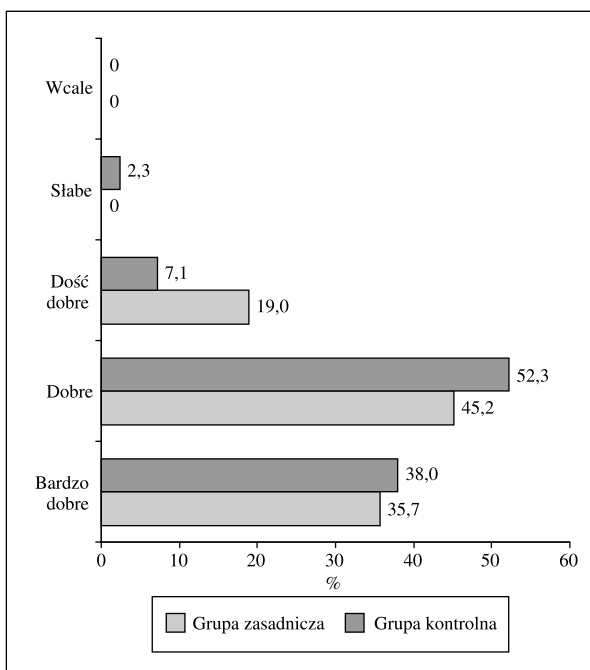
Zaobserwowano również zależność poczucia koherencji od wieku, czasu trwania cukrzycy, stanu cywilnego, wykształcenia oraz źródła utrzymania. Niskie poczucie koherencji uzyskała prawie połowa badanych (45,9%) powyżej 70. roku życia ($df = 6$; $p = 0,046$) oraz wdowy i wdowcy ($df = 6$; $p < 0,001$). Wysoki poziom koherencji uzyskali badani chorujący na cukrzycę 11–25 lat ($df = 8$; $p = 0,024$), z wykształceniem wyższym ($df = 6$; $p = 0,021$), pozostający w związkach małżeńskich i pracujący zawodowo. Natomiast niską i umiarkowaną

Tabela 4. Zakres czynności codziennej pielęgnacji stóp w opinii respondentów

Table 4. Range of everyday feet care in respondents' opinion

Kategorie odpowiedzi	Grupa zasadnicza		Grupa kontrolna	
	n = 42	%	n = 42	%
Dokładne mycie i osuszanie	40	95,2	31	73,8
Noszenie właściwego obuwia	31	73,8	11	26,1
Ćwiczenia stóp	28	66,6	5	11,9
Unikanie skałeczeń	41	97,6	22	52,3
Dokładna obserwacja stóp (ocieplenie, zmiany, czucie)	35	83,3	17	40,4
Ogrzewanie (np. termofor, poduszka elektryczna)	–	–	10	23,8
Samodzielne usuwanie zmian (wrosnięte paznokcie, nagniotki)	–	–	16	38
Razem	175	416,5	112	266,3

Procenty nie sumują się do 100, ponieważ respondenci podawali więcej niż jedną odpowiedź.
df = 1; p < 0,05



Rycina 2. Samoocena przygotowania do samoopieki

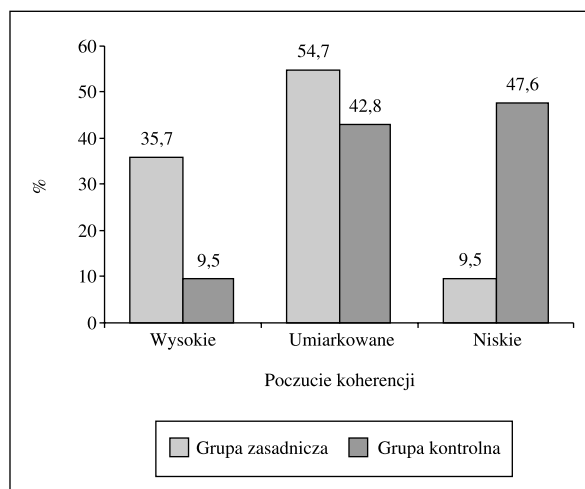
Figure 2. Self-assessment of preparation to selfcare

df = 3; p = ns [p = 0,318]

koherencję reprezentują przede wszystkim renciści (df = 4; p < 0,001).

Wnioski

1. Zdaniem badanych z grupy zasadniczej edukacja była niewystarczająca. Braki w edukacji dotyczyły: znajomości celów spotkań szkoleniowych, wstępnej



Rycina 3. Poczucie koherencji w badanej populacji

Figure 3. Sense of coherence in studied population

df = 2; p < 0,001

- oceny wiedzy, wiadomości otrzymanych w stosunku do oczekiwanych, indywidualnego zróżnicowania treści, końcowej oceny wyników i wsparcia emocjonalnego.
2. Badani z grupy zasadniczej charakteryzowali się umiarkowanym poziomem koherencji, natomiast z grupy kontrolnej — niskim poziomem koherencji.
3. Istnieje statystyczna zależność pomiędzy edukacją pacjentów z zespołem stopy cukrzycowej a poziomem koherencji. Wyższy poziom koherencji prezentowała grupa uczestnicząca w edukacji.
4. Istnieje statystyczna zależność pomiędzy poziomem koherencji a wiekiem, czasem trwania cukrzycy, stanem cywilnym, wykształceniem i źródłem utrzymania respondentów.

Piśmiennictwo

1. Apelqvist J., Bakker K., van Houtum W.H., Nabuurs-Franssen M.H., Schaper N.C. Stopa cukrzycowa. Uzgodnienia Międzynarodowej Grupy Roboczej ds. stopy cukrzycowej. Via Medica, Gdańsk 1999.
2. Day J.L., Cole C., Walford K. Samoopieka w cukrzycy: szkolenie pracowników opieki zdrowotnej. *Medycyna po Dyplomie* 2005; 9: 171–176.
3. Stock K., Vanderplas A., Tafesse E., Chang E. Koszty leczenia owrzodzeń kończyn dolnych u chorych na cukrzycę. *Diabetologia Praktyczna* 2004; 6: 318–324.
4. Sieradzki J. (red.). *Przewlekłe powikłania cukrzycy*. Fundacja Rozwoju Diagnostyki Laboratoryjnej, Kraków 1998.
5. Tatoń J., Czech A., Porzycki P. Zespół stopy cukrzycowej: określenie możliwości prewencji, zasady leczenia. *Medycyna Metaboliczna* 2000; 2: 40–54.
6. Czech A., Bernas M. Cele i metody oraz organizowanie edukacji terapeutycznej w chorobach przewlekłych w Polsce — na przykładzie chorych na cukrzycę. *Medycyna Metaboliczna* 2004; 2: 73–78.
7. Tatoń J., Czech A., Bernas M. Intensywne leczenie cukrzycy typu 2. Rekomendacje dla lekarzy praktyków. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
8. Kózka M., Biela U. Przygotowanie chorych z cukrzycą typu 2 do samoopieki. *Annales Academiae Medicae Silesiensis* 2000; (supl. 30): 293–301.
9. Mrozak B.A. Antonovsky'ego koncepcja salutogenezy i poczucia koherencji (SOC). *Nowiny Psychologiczne* 1994; 1: 5–15.