

WPŁYW EDUKACJI NA JAKOŚĆ ŻYCIA CHORYCH Z CUKRZYCĄ TYPU 2

The impact of education on the quality of life in patients with type 2 diabetes

Beata Jankowska-Polańska¹, Izabella Uchmanowicz¹, Angelika Bober²

¹ Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

² Studenckie Koło Naukowe Pielęgniarstwa Internistycznego, Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

adres do korespondencji: beata.jankowska-polanska@umed.wroc.pl

STRESZCZENIE

Wstęp. Edukacja stanowi nieodłączny element terapii i opieki pielęgniarskiej nad chorym z cukrzycą. Kiedy edukacja prowadzona jest prawidłowo, przygotowuje pacjenta do zachowań prozdrowotnych oraz współpracy w procesie pielęgnacji, rehabilitacji, samokontroli oraz opieki nieprofesjonalnej. Wszystkie prowadzone działania mają na celu poprawę jakości życia pacjentów, która stanowi ważny element leczenia chorób przewlekłych.

Cel pracy. Określenie zachowań zdrowotnych oraz wpływu edukacji diabetologicznej na jakość życia chorych z cukrzycą typu 2.

Materiał i metody. Badaniami objęto dwie grupy pacjentów chorujących na cukrzycę typu 2 (grupa I – pacjenci nieedukowani, grupa II – pacjenci edukowani). W badaniach zastosowano następujące metody badawcze: kwestionariusz własnego autorstwa oceniający poziom wiedzy ankietowanych, styl życia i powikłania. Jakość życia oceniono kwestionariuszem ogólnym SF-36.

Wyniki. Analiza jakości życia wykazała wyższą jakość życia w zakresie wszystkich domen kwestionariusza w grupie pacjentów edukowanych. Stosownie w domenie PF (69,9 vs. 19,2), RP (39,5 vs. 7,25), BP (77,85 vs. 42,0), GH (73,8 vs. 35,6), VT (74,3 vs. 48), SF (80,75 vs. 50), RE (76 vs. 24), MH (76,48 vs. 53,28) oraz w zakresie zsumowanej oceny w zsumowanej domenie zdrowia fizycznego (PCS) (55,34 vs. 29,11) i psychicznego (MCS) (76,76 vs. 69,44).

Wnioski. 1. Edukacja zdrowotna wpływa pozytywnie na ocenę jakości życia chorych z cukrzycą typu 2. 2. Edukacja zdrowotna wpływa pozytywnie na zwiększenie kontroli klinicznej chorych edukowanych oraz w stopniu zadowalającym na zmianę stylu życia. 3. Stosowanie ciągłej, systematycznej edukacji zdrowotnej prowadzi do znacznego zmniejszenia powikłań późnych wśród chorych na cukrzycę typu 2, a tym samym ogranicza konieczność hospitalizacji. 4. Edukacja zdrowotna powinna być stałym elementem leczenia chorych z cukrzycą typu 2.

Słowa kluczowe: edukacja, jakość życia chorych z cukrzycą typu 2.

SUMMARY

Background. Education is an integral part of treatment and nursing care of patients with diabetes. When education is conducted properly prepares the patient to health behavior and cooperation in the process of care, rehabilitation, self-control and non-professional care. All activities are carried out to improve the quality of life of patients, which is an important part of the treatment of chronic diseases.

Objectives. Aim of this study was to determine the health behaviors and the impact of diabetes education on the quality of life in patients with type 2 diabetes.

Material and methods. The study involved two groups of patients with diabetes type 2 (Gr. I – patients non-educated, Gr. II – educated patients). The study used the following methods: by a questionnaire assessing their level of knowledge of respondents, lifestyle and complications and SF-36 questionnaire to determine quality of life.

Results. Analysis of quality of life showed a higher quality of life in all domains of the questionnaire in patients that were educated. Accordingly, in the domain PF (69.9 vs. 19.2), RP (39.5 vs. 7.25), BP (77.85 vs. 42.0), GH (73.8 vs. 35.6), VT (74.3 vs. 48), SF (80.75 vs. 50), RE (76 vs. 24), MH (76.48 vs. 53.28) and in the evaluation of the accumulated summed physical domain (PCS) (55.34 vs. 29.11) and mental (MCS) (76.76 vs. 69.44).

Conclusions. 1. Health education has a positive effect on the assessment of the quality of life in patients with type 2 diabetes. 2. Health education has a positive effect on increasing the clinical monitoring of patients educated and to the satisfaction of the change in lifestyle. 3. The use of continuous, systematic health education leads to a significant reduction of late complications in patients with type 2 diabetes, and thus reduces the need for hospitalization. 4. Health education should be a regular part of treatment for patients with type 2 diabetes.

Key words: education, treatment and nursing care of patients with diabetes.

WSTĘP

W krajach zachodnich i w Polsce około 5–9% populacji osób dorosłych cierpi na cukrzycę, z czego aż 95% stanowi typ 2. Jest to około 2 mln ludzi, z czego tylko połowa stanowi przypadki cukrzycy rozpoznanej i leczonej. Reszta przypadków to cukrzyca nierozpoznana i nieleczona, prowadząca do powikłań sercowo-naczyniowych i nerkowych. Dodatkowo szacuje się, że około 10% przypadków stanowią stany przedcukrzycowe, które mają podobne znaczenie patogenne jak sama cukrzyca [1].

Cukrzyca typu 2 ujawnia się zwykle po 40. roku życia, a zapadalność rośnie wraz z wiekiem, największą zapadalność odnotowuje się między 60. a 70. rokiem życia. Cukrzyca typu 2 nie daje charakterystycznych objawów, więc często rozpoznawana jest dopiero w momencie, gdy pojawiają się przewlekłe powikłania, jak np. retinopatia, która powstaje jako powikłanie po 5–10 latach chorowania i spowodowana jest przez hiperglikemię [2]. W Polsce cukrzyca jest ciągle główną przyczyną ślepoty, niewydolności nerek oraz amputacji kończyn. Jest także głównym czynnikiem ryzyka choroby niedokrwiennej serca, zawału mięśnia sercowego oraz bardzo częstą przyczyną udarów mózgu, zespołu stopy cukrzycowej i amputacji, a także wad

wrodzonych u noworodków [1].

Przewiduje się, że w roku 2025 liczba osób chorujących na cukrzycę w krajach rozwiniętych wzrośnie o 43%, a w krajach rozwijających się – aż o 170% [3].

Edukacja stanowi nieodłączny element terapii i opieki pielęgniarskiej nad chorym z cukrzycą. W momencie rozpoznania choroby pacjent musi przyswoić podstawową wiedzę na jej temat, aby nauczyć się z nią żyć. Zagadnienia omawiane z pacjentem obejmować powinny: zrozumienie istoty choroby, samokontrolę, żywienie, styl życia, stosowanie wysiłku fizycznego oraz radzenia sobie w różnych sytuacjach życiowych. Edukacja zdrowotna ma za zadanie podnosić kompetencje pacjentów i ich rodzin w walce z chorobą i stanami zagrożenia życia. Edukacja ma na celu nie tylko przekazywanie informacji na temat choroby, lecz również wpływ na zachowanie, nawyki oraz system wartości osoby chorującej. Kiedy edukacja prowadzona jest prawidłowo, przygotowuje pacjenta do zachowań prozdrowotnych oraz współpracy w procesie pielęgnacji, rehabilitacji, samokontroli oraz opieki nieprofesjonalnej. Wszystkie te wymienione zadania mają na celu poprawę jakości życia pacjentów [4].

Jakość życia stanowi ważny cel leczenia chorób przewlekłych. Określa subiektywną ocenę własnego życia w sferze fizycznej, psychicznej i społecznej. Przegląd badań wskazuje, że cukrzyca może mieć negatywny wpływ na jakość życia. Ocena jakości życia pod względem metodologicznym jest złożona, jednak dostępne są rzetelne i trafne narzędzia, które mogą być wykorzystywane do oceny tego parametru u chorych na cukrzycę. Badanie jakości życia chorych powinno być stałym elementem rutynowej opieki diabetologicznej i stanowić potencjalny punkt końcowy wielu badań klinicznych dotyczących problematyki cukrzycy [5].

CEL PRACY

Celem pracy było określenie zachowań zdrowotnych oraz wpływu edukacji diabetologicznej na jakość życia chorych z cukrzycą typu 2.

MATERIAŁ I METODY

Badaniami objęto dwie grupy pacjentów chorujących na cukrzycę typu 2 hospitalizowanych w Akademickim Szpitalu Klinicznym im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu: grupa I – pacjenci nieedukowani (50 osób, w tym 24 kobiety) w wieku 24 do 86 lat z Kliniki Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej, grupa II – pacjenci edukowani (50 osób, w tym 21 kobiet) w wieku 26 do 84 lat z Kliniki Angiologii, Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii. Grupa II podczas pobytu w oddziale odbyła kilka spotkań z pielęgniarką edukatorem, otrzymała kompletne informacje dotyczące istoty choroby, leczenia, samokontroli, stylu życia, diety, aktywności fizycznej i powikłań.

W badaniach zastosowano następujące metody badawcze:

1. Do oceny preferencji edukacyjnych pacjentów z cukrzycą wykorzystano kwestionariusz według własnego opracowania składający się z trzech części: dane socjodemograficzne i kliniczne ankietowanych, dane dotyczące stylu życia oraz część dotycząca powikłań.
2. Do oceny jakości życia wykorzystano amerykański kwestionariusz SF-36, który jest jednym z najczęściej stosowanych narzędzi do określania jakości życia różnych grup chorych i populacji ogólnych. Powstał w latach 80. ubiegłego wieku dla dużego programu badawczego *Medical Outcomes Study* (MOS), którego pierwotnym celem było określenie różnic w postrzeganiu przez pacjentów rezultatów stosowanej terapii. Kwestionariusz składa się z 36 pozycji, które służą do badania dwóch wymiarów jakości życia: fizycznego (*Physical Component Summary*, PCS) i psychicznego (*Mental Component Summary*, MCS).

Jakość życia w wymiarze fizycznym (*Physical Component Summary*, PCS) składa się z czterech podskali:

- 1) funkcjonowanie fizyczne (*physical functioning*, PF) – 10 pozycji;
- 2) ograniczenie pełnienia ról ze względów fizycznych (*role limitations due to physical problems*, RP) – 4 pozycje;
- 3) ból (*bodily pain*, BP) – 2 pozycje;
- 4) zdrowie ogólne (*general health perception*, GH) – 5 pozycji.

Jakość życia w wymiarze psychicznym (*Mental Component Summary*, MCS) zawiera także cztery podskale:

- 1) funkcjonowanie społeczne (*social functioning*, SF) – 2 pozycje;
- 2) ocena własnego zdrowia psychicznego (*mental health*, MH) – 5 pozycji;
- 3) ograniczenie pełnienia ról ze względu na problemy emocjonalne (*role limitation due to emotional problems*, RE) – 3 pozycje;
- 4) witalność (*vitality*, VT) – 4 pozycje [6].

Dodatkowo kwestionariusz SF-36 zawiera pytanie o własną ocenę zmian w stanie zdrowia w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Sposób odpowiadania na poszczególne grupy pytań jest zróżnicowany: na trzy-, pięcio- i sześciostopniowej skali Likerta. Każdej odpowiedzi w poszczególnych domenach przypisana

jest odpowiednia liczba punktów. Wynik waha się od 0 do 100 w każdej kategorii, przy czym im mniej punktów, tym gorsza jakość życia [7].

WYNIKI

Obie badane grupy były jednorodnie pod względem wieku ankietowanych (grupa nieedukowanych 24. a 86. rok życia, grupa edukowanych 26. a 84. rok życia). Najliczniejszą grupę w obu przypadkach stanowiły osoby między 51. a 70. rokiem życia (52% wśród pacjentów nieedukowanych i 48% wśród pacjentów edukowanych).

W grupie pacjentów nieedukowanych 12% pacjentów to osoby z wykształceniem podstawowym, 58% osób – z wykształceniem zawodowym, 24% osób – z wykształceniem średnim, a 6% – z wykształceniem wyższym, natomiast w grupie pacjentów edukowanych 22% pacjentów posiadało wykształcenie podstawowe, 36% – wykształcenie zawodowe, 40% – wykształcenie średnie, a – 2% wyższe.

Styl życia

Wśród chorych nieedukowanych połowa (50%) z nich pali regularnie papierosy, natomiast wśród edukowanych pacjentów pali tylko 2% badanej grupy. Wśród ankietowanych 46% nieedukowanych i 44% edukowanych wie, że palenie ma niekorzystny wpływ na zdrowie. Niestety podobnie 44% edukowanych i 38% nieedukowanych nie uważa, aby palenie miało niekorzystny wpływ na zdrowie.

Znacząco wyższe jest regularne zużycie alkoholu wśród ankietowanych nieedukowanych 62% vs. 42% edukowanych. Wśród chorych edukowanych aż 98% pacjentów wie, że alkohol ma niekorzystny wpływ na cukrzycę. Wśród chorych nieedukowanych zaledwie 24% badanych uważa, że alkohol nie wpływa na ich stan zdrowia, a 28% nie ma zdania na ten temat.

Zróżnicowany jest poziom aktywności uprawiany przez respondentów. Wśród pacjentów nieedukowanych 10% osób odpowiedziało, że ich aktywność fizyczna jest bardzo zła, 24% – że zła, 44% odpowiedziało – że średnia, 20% odpowiedziało – że dobra. Natomiast w grupie pacjentów edukowanych 6% osób odpowiedziało, że ich aktywność fizyczna jest bardzo zła, 34% twierdziło – że zła, 30% osób oceniło swoją aktywność jako średnią, a 30% – oceniło jako dobrą.

Wśród pacjentów nieedukowanych 70% pytanych uważa, że odżywia się prawidłowo, natomiast w grupie pacjentów edukowanych aż 90% pytanych uznało swoją dietę za prawidłową. W grupie pacjentów nieedukowanych 28% osób zdaje sobie sprawę z tego, że ich żywienie nie jest prawidłowe, a 2% nie ma zdania. Wszyscy pacjenci edukowani wiedzą, że sposób odżywiania ma wpływ na wystąpienie cukrzycy, natomiast w grupie chorych edukowanych świadomość wpływu diety na wystąpienie cukrzycy prezentuje 56% pacjentów.

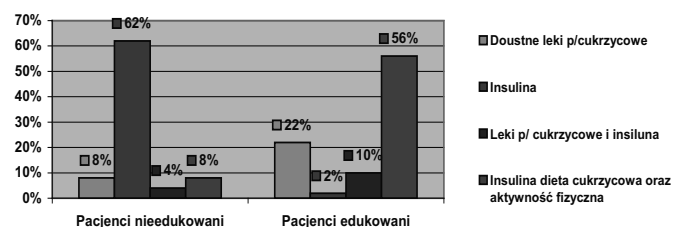
W grupie badanych 38% pacjentów nieedukowanych i 26% pacjentów edukowanych spożywa owoce i soki owocowe 2–3 razy dziennie, 44% z grupy nieedukowanych i 42% z grupy edukowanych 3–4 razy w tygodniu, po 28% badanych z obu grup 1 raz w tygodniu, natomiast 18% z grupy pacjentów nieedukowanych i 2% z grupy pacjentów nie robi tego wcale. Warzywa i soki warzywne 2–3 razy dziennie spożywa 36% pacjentów nieedukowanych i 38% pacjentów edukowanych, 28% pacjentów nieedukowanych i 50% edukowanych spożywa warzywa i soki warzywne 3–4 razy w tygodniu, 16% pacjentów nieedukowanych i 10% pacjentów edukowanych spożywa warzywa i soki warzywne zaledwie 1 raz w tygodniu. 12% pacjentów nieedukowanych i 2% pacjentów nieedukowanych spożywa soki warzywne 2 razy w miesiącu, a 8% pacjentów nieedukowanych nie robi tego wcale.

Analiza spożycia mięsa przez ankietowanych wykazała, że 6% pacjentów nieedukowanych i 2% edukowanych spożywa wieprzowinę 2–3 razy dziennie, 44% nieedukowanych i 2% edukowanych 3–4 razy w tygodniu, 20% nieedukowanych i 12% pacjentów 1 raz w tygodniu, 16% pacjentów nieedukowanych i 30% edukowanych 2 razy w miesiącu, a 14% pacjentów nie-

edukowanych i 56% edukowanych nie spożywa wieprzowiny wcale.

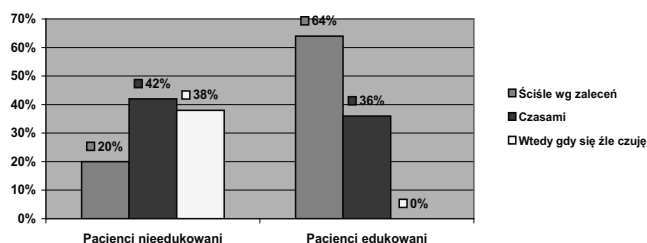
58% z grupy pacjentów edukowanych przyznało, że spożywa słodczyce 2 razy w miesiącu. Natomiast w grupie pacjentów nieedukowanych aż 22% ludzi przyznaje, że zdarza im się zjadać słodczyce 2–3 razy dziennie, 26% – 3–4 razy dziennie, 30% – 1 raz w tygodniu, natomiast tylko 14% zjada słodczyce sporadycznie – 2 razy w miesiącu i tylko 8% pacjentów nieedukowanych deklaruje, że nie je słodczych wcale.

Wśród ankietowanych zaobserwowano stosowanie różnych schematów leczenia. 62% ankietowanych z grupy nieedukowanych przyjmuje tylko insulinę, 4% insulinę i leki przeciwcukrzycowe, 8% tylko doustne leki przeciwcukrzycowe, a 18%, insulinę oraz dietę cukrzycową oraz 8% pacjentów stwierdziło, że stosuje jednocześnie insulinę, dietę cukrzycową oraz aktywność fizyczną. Z grupy osób edukowanych 22% pacjentów leczonych jest za pomocą doustnych środków przeciwcukrzycowych, 20% pacjentów stwierdziło, że zarówno przyjmuje doustne leki przeciwcukrzycowe, stosuje dietę cukrzycową, jak i aktywność fizyczną, 2% pacjentów leczonych jest tylko za pomocą insuliny, a ponad połowa, bo aż 56%, przyjmuje zarówno insulinę, stosuje dietę cukrzycową i podejmuje aktywność fizyczną (ryc. 1).



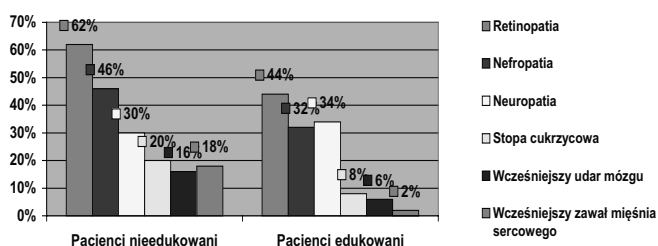
Rycina 1. Sposób leczenia cukrzycy wśród badanych ankietowanych

W grupie chorych nieedukowanych do zaleceń diabetologa: 38% pacjentów stosuje się tylko w przypadku złego samopoczucia, 42% czasami, a 20% zawsze i ściśle. W grupie pacjentów edukowanych 64% respondentów zadeklarowała, że do zaleceń diabetologa stosuje się zawsze i ściśle, pozostałe 36% pacjentów przyznało, że robi to czasami.



Rycina 2. Stosowanie się do zaleceń terapeutycznych ankietowanych

Pacjenci z cukrzycą narażeni są na występowanie powikłań. Aż u 62% pacjentów nieedukowanych rozpoznano retinopatię, u 46% – nefropatię, a 30% – neuropatię. U 20% pacjentów nieedukowanych występowała stopa cukrzycowa, a 16% z nich przeżyło wcześniejszy udar mózgu i zawał serca (18%). W grupie pacjentów edukowanych jest znacznie mniej powikłań: 44% pacjentów potwierdziło, że ma retinopatię, 32% – nefropatię, 34% – neuropatię, u 8% rozpoznano stopę cukrzycową, u 6% osób wystąpił wcześniejszy udar mózgu, a tylko u 2% pacjentów wcześniejszy zawał serca.

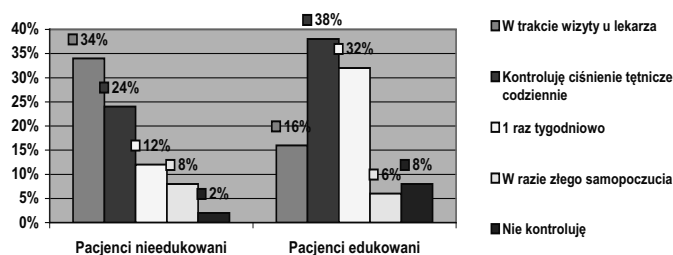


Rycina 3. Powikłania u pacjentów ankietowanych

Analiza masy ciała i wskaźnika BMI wykazała, że tylko 20% pacjentów nieedukowanych i 30% edukowanych ma prawidłową masę ciała. Stosownie 28% pacjentów nieedukowanych i 42% edukowanych ma nadwagę, 44% nieedukowanych i 24% edukowanych ma pierwszy stopień otyłości i 8% pacjentów nieedukowanych i 4% edukowanych ma otyłość stopnia drugiego.

Samokontrola

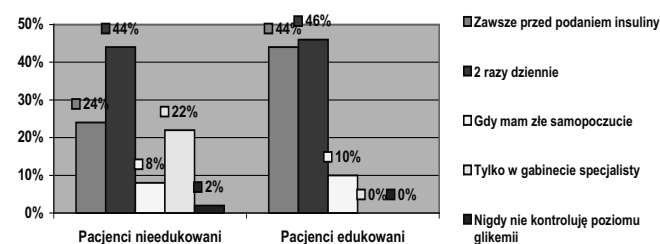
Aż 72% pacjentów z grupy edukowanych i 52% nieedukowanych kontroluje poziom swojego ciśnienia tętniczego. 34% pacjentów nieedukowanych przyznało, że kontroluje swoje ciśnienie tętnicze krwi tylko podczas wizyty u lekarza, 24% pacjentów kontroluje ciśnienie codziennie, 12% pacjentów 1 raz w tygodniu, 8% w razie złego samopoczucia. 2% respondentów nigdy nie kontroluje swojego ciśnienia. W grupie chorych edukowanych zaledwie 16% pacjentów odpowiedziało, że kontroluje swoje ciśnienie tętnicze tylko w trakcie wizyty u lekarza, aż 38% pacjentów potwierdziło, że codziennie kontroluje swoje ciśnienie krwi, 32% pacjentów 1 raz w tygodniu, 6% pacjentów stwierdziło, że mierzy ciśnienie tylko w razie złego samopoczucia, a 8% nie robi tego w ogóle.



Rycina 4. Kontrola ciśnienia tętniczego wśród respondentów

Do regularnej kontroli cholesterolu i gospodarki lipidowej przynajmniej 92% chorych edukowanych i 68% nieedukowanych. U 36% pacjentów nieedukowanych poziom cholesterolu waha się między 150 a 200 mg/dl, u 34% pacjentów – między 200 do 250 mg/dl, a u 30% – między 250 do 300 mg/dl. Natomiast 38% pacjentów edukowanych odpowiedziało, że ma poziom cholesterolu od 150 do 200 mg/dl, połowa pacjentów od 200 do 250 mg/dl, a 12% – od 250 do 300 mg/dl.

Wszyscy pacjenci edukowani jednomyślnie odpowiedzieli, że kontrolują poziom cukru we krwi, natomiast w grupie pacjentów nieedukowanych robi to tylko 76%. Na pytanie o częstotliwość kontroli poziomu glikemii: 24% pacjentów nieedukowanych zadeklarowało, że kontroluje poziom cukru zawsze przed podaniem insuliny, 44% – że 2 razy dziennie, 8% ankietowanych pacjentów – gdy ma złe samopoczucie, 22% ankietowanych chorych tylko w gabinecie specjalisty. Na to samo pytanie wśród pacjentów edukowanych 44% odpowiedziało, że mierzy poziom cukru we krwi zawsze przed podaniem insuliny, 46% pacjentów 2 razy dziennie, a 10% ankietowanych – gdy ma złe samopoczucie.



Rycina 5. Częstość kontroli poziomu cukru we krwi wśród ankietowanych chorych

Analiza jakości życia

Analiza jakości życia kwestionariuszem SF-36 wykazała wyższą jakość życia w zakresie wszystkich domen kwestionariusza w grupie pacjentów edukowanych. Stosownie w domenie PF (69,9 vs. 19,2), RP (39,5 vs. 7,25), BP (77,85 vs. 42,0), GH (73,8

vs. 35,6), VT (74,3 vs. 48), SF (80,75 vs. 50), RE (76 vs. 24), MH (76,48 vs. 53,28). Wszystkie wartości były istotne statystycznie (tab. 1). W grupie chorych z cukrzycą edukowanych w oddziale diabetologii zanotowano również istotne statystycznie wyższe wartości jakości życia w zsumowanej domenie zdrowia fizycznego (PCS) (55,34 vs. 29,11) i psychicznego (MCS) (76,76 vs. 69,44).

Tabela 1. Analiza jakości życia

Domeny kwestionariusza SF-36	Grupa edukowanych	Grupa nieedukowanych	Test istot.
PF (SF-36) średnia	69,9	19,2	0,017
RP (SF-36) średnia	39,5	7,25	0,012
BP (SF-36) średnia	77,85	42,0	0,041
GH (SF-36) średnia	73,8	35,6	0,046
VT (SF-36) średnia	74,3	48	0,049
SF (SF-36) średnia	80,75	50	0,001
RE (SF-36) średnia	76	24	0,001
MH (SF-36) średnia	76,48	53,28	0,008
PCS (SF-36) średnia	55,34	29,11	0,050
MCS (SF-36) średnia	76,76	69,44	0,001

DYSKUSJA

European Diabetes Policy Group już w latach 1998–1999 postawiło za najważniejszy cel leczenia – cukrzycy zapewnienie choremu długości i jakości życia porównywalnej z populacją osób zdrowych. Warunkiem osiągnięcia tego celu jest skuteczne realizowanie celów krótkoterminowych, do których przede wszystkim należy dobra kontrola metaboliczna cukrzycy. Nie możliwe jest osiągnięcie tych celów bez szeroko pojętych działań edukacyjnych. Wiele badań wskazuje na efektywność grupowej edukacji i jej przewagę nad tradycyjnym indywidualnym poradnictwem. Niewiele jest badań, które poruszają tematykę zorganizowanej szpitalnej edukacji diabetologicznej.

Z przeprowadzonych badań własnych wynika, iż pacjenci, którzy poddawani są działaniom edukacyjnym, znacznie lepiej oceniają jakość swojego życia niż pacjenci, którzy nie posiadają wiedzy na temat swojej choroby. Z badań własnych wynika, że w każdej z 8 domen kwestionariusza SF-36 pacjenci edukowani wyżej ocenili swoją jakość życia od pacjentów nieedukowanych. Badania własne pozostają w zgodzie z badaniami Korzon-Burakowskiej i wsp., gdzie po przeprowadzonej edukacji diabetologicznej na grupie chorych z cukrzycą leczonych insuliną uzyskano istotne różnice w zakresie spadku i wzrostu glikemii na czczo oraz kontroli zdrowia, a także poprawy jakości życia po przeprowadzeniu edukacji [8].

O poprawie jakości życia pod wpływem edukacji zdrowotnej pisze w swojej pracy Pacyk i wsp., gdzie strukturyzowana edukacja grupowa, zapewniona przez poradnię diabetologiczną, istotnie poprawia stan psychoemocjonalny i poczucie jakości życia uczestników szkolenia [9].

Styl życia pacjentów poddanych edukacji znacznie różni się od stylu życia pacjentów nieedukowanych. Z własnych badań wynika, że pacjenci edukowani zdają sobie sprawę, że palenie papierosów czy picie alkoholu ma szkodliwy wpływ na zdrowie. W badaniach własnych grupa chorych na cukrzycę, którzy

poddawani byli edukacji zdrowotnej, zna prawidłowy sposób odżywiania, swoisty dla tej choroby, oraz częściej stosuje się do zaleceń diabetologa, niż pacjenci, którzy takiej edukacji nie byli poddawani. Z własnych obserwacji wynika, że przestrzeganie diety u pacjentów edukowanych jest bardziej restrykcyjne, dokładniej i częściej prowadzona jest samokontrola poziomów glikemii, ciśnienia tętniczego i cholesterolu. Praca własna pozostaje w zgodzie z wcześniejszymi badaniami Korzon-Burakowskiej, gdzie przeprowadzona edukacja skutkowała wprowadzeniem przez edukowanych pacjentów pozytywnych zachowań zdrowotnych związanych z prowadzeniem samokontroli oraz zmniejszeniem częstości hiper- i hipoglikemii na czczo [8].

Z własnych badań wynika, że pacjenci poddawani edukacji diabetologicznej mają znacznie mniej powikłań późnych. Większa liczba powikłań osób niepoddawanych edukacji zdrowotnej ma związek z rzadką kontrolą ciśnienia tętniczego krwi, sporadyczną kontrolą i brakiem wiedzy na temat prawidłowych wartości wagi ciała, brakiem regularnej kontroli poziomu cukru we krwi oraz niejednokrotnie unikaniem kontroli w specjalistycznych poradniach. W pracy Bajkowskiej-Fiedziukiewicz i wsp., dotyczącej częstości występowania powikłań u pacjentów z cukrzycą typu 2, uznano, że nadciśnienie tętnicze, otyłość i niewyrównane wartości glikemii są najczęstszą przyczyną powikłań [2].

Edukacja zdrowotna ma na celu nauczanie pacjenta dbania o własne zdrowie oraz ma pomagać dokonywać mu wyborów prozdrowotnych. Przygotowanie pacjenta do dalszego życia i dokonywania wyborów korzystnych dla zdrowia jest niezwykle ważne w cukrzycy typu 2 [10]. Z własnych badań wynika, że edukacja zdrowotna ogromnie wpływa na podnoszenie kompetencji jednostek w zmaganiu się z chorobą, poszerzaniu wiedzy na jej temat oraz na emocjonalne ustosunkowanie się do niej, związanych z nią problemów i możliwości przezwyciężania. Edukacja zdrowotna osiąga swój cel w momencie, kiedy pacjent nie tylko posiada wiedzę na temat swojej choroby, ale kiedy zmienia swoje postawy i nawyki na prozdrowotne, ponieważ sam bierze odpowiedzialność za swoje zdrowie. Uzyskanie dobrej kontroli cukrzycy i zaangażowania chorego w proces leczenia skutkuje wyższą oceną jakości życia. Badania własne pozostają również w zgodzie z badaniami Nadeau i wsp., gdzie regularna kontrola poziomu glikemii, edukacja pacjentów i wizyty w poradni diabetologicznej korelują z poprawą jakości życia [11]. Również w badaniach Wattana i wsp. potwierdzono pozytywny wpływ stosowania się do zaleceń terapeutycznych na ocenę QoL [12].

WNIOSKI

1. Edukacja zdrowotna wpływa pozytywnie na ocenę jakości życia chorych z cukrzycą typu 2.
2. Edukacja zdrowotna wpływa pozytywnie na zwiększenie kontroli klinicznej chorych edukowanych oraz w stopniu zadowalającym na zmianę stylu życia.
3. Stosowanie ciągłej, systematycznej edukacji zdrowotnej prowadzi do znacznego zmniejszenia powikłań późnych wśród chorych na cukrzycę typu 2, a tym samym ogranicza konieczność hospitalizacji.
4. Edukacja zdrowotna powinna być stałym elementem leczenia chorych z cukrzycą typu 2.

BIBLIOGRAFIA

1. Korzeniowska K, Jabłocka A. Cukrzyca (Część I). *Farm Współcz* 2008; 1: 231–235.
2. Bajkowska-Fiedziukiewicz A, Mikołajczyk-Swatko A, Cypriak K. Przewlekłe powikłania w populacji chorych na cukrzycę typu 2. *Przegl Menopauz* 2009; 3: 170–174.
3. Fabian W, Koziarska-Rościszewska M, Szymczyk I. *Cukrzyca*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2008.
4. Bernas M, Szczeklik-Kumala Z. Znaczenie edukacji terapeutycznej w leczeniu chorych na cukrzycę. *Przew Lek* 2009; 2: 84–89.
5. Pietrzykowska E, Zozulińska D, Wierusz-Wysocka B. Jakość życia chorych na cukrzycę. *Pol Merk Lek* 2007; XXIII, 136: 311.
6. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. *SF-36 health survey manual and interpretation guide*. Boston, MA: New England Medical Center, The Health Institute; 1993.
7. Tylka J, Piotrowicz R. Kwestionariusz oceny jakości życia SF-36 – wersja polska. *Kardiol Pol* 2009; 67: 1166–1169.
8. Korzon-Burakowska A, Adamska K, Skuratowicz-Kubica A, i wsp. Wpływ edukacji na parametry wyrównania cukrzycy i jakość życia chorych na cukrzycę typu 2 leczonych insuliną. *Diabetol Prakt* 2010; 11, 2: 46–53.
9. Pacyk G, Grzeszczak W. Wpływ reformy systemu opieki zdrowotnej na jakość życia chorych na cukrzycę typu 2 leczonych w poradni diabetologicznej w latach 1999–2001. *Diabetol Dośw Klin* 2002; 2, 3: 205–209.

10. Lomper K, Rycombel A, Jankowska-Polańska B, i wsp. *Znaczenie edukacji zdrowotnej w jakości życia chorych na cukrzycę typu 2 – przegląd badań*. W: Uchmanowicz I, Rosińczuk-Tonderys J, red. *Problemy opieki nad chorym przewlekle*. Wrocław: MedPharm; 2012: 375–383.
 11. Nadeau J, et al. Teaching subject with type 2 diabetes how to incorporate sugar choices into their daily meal plan promotes dietary compliance and does not deteriorate metabolic profile. *Diabet Care* 2001; 24: 222–227.
 12. Wattana C, et al. Effects of a diabetes self-management program on glycemic control, coronary heart disease risk, and quality of life among Thai patients with type 2 diabetes. *Nurs Health Sci* 2007; 9: 135–141.
-

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Beata Jankowska-Polańska
Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego
Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
ul. Bartła 5
51-618 Wrocław
Tel.: 71 348-42-24

Praca wpłynęła do Redakcji: 9.11.2012 r.

Po recenzji: 20.12.2012 r.

Zaakceptowano do druku: 28.12.2012 r.