

GRAŻYNA DĘBSKA¹, GRAŻYNA ROGALA-PAWELCZYK^{1, 2}, ELŻBIETA ZIĘBA³

Projekt edukacji chorego z zespołem stopy cukrzycowej oparty na teorii Dorothy Orem

A Project how to Educate a Patient with a Diabetic Foot Based on Dorothy Orem's Theory

¹ Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych, Krakowska Akademia im. A. Frycza Modrzewskiego

² Katedra i Zakład Zarządzania w Pielęgniarstwie, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

³ NZOZ, Limanowa

Streszczenie

Szczególnie ważnym elementem w leczeniu zespołu stopy cukrzycowej jest edukacja pacjentów. Zadanie to może być realizowane przez pielęgniarki rodzinne, które sprawując opiekę nad człowiekiem w miejscu jego przebywania mogą zarówno pielęgnować, jak i kształtować pozytywne zachowania zdrowotne. Celem pracy było opracowanie projektu edukacyjnego z wykorzystaniem teorii samoopieki Dorothy Orem, przeznaczonego dla pacjenta z zespołem stopy cukrzycowej. Zaprezentowany w pracy przykładowy program edukacji i współdziałania pielęgniarki z chorym na cukrzycę jest umocnieniem wiary chorego w możliwość zmniejszenia zależności od choroby, a co za tym idzie poprawy jakości życia i wyników leczenia (*Piel. Zdr. Publ.* 2012, 2, 1, 57–65).

Słowa kluczowe: zespół stopy cukrzycowej, edukacja, teoria samoopieki D. Orem.

Abstract

Patient education is especially important in the therapy of the diabetic foot syndrome. This task may be realized by family nurses, who care for patients in their home environment. They can provide nursing care as well as promote positive health behaviours. The objective of this work was to develop an educational project aiming at patients with the diabetic foot syndrome using Dorothea Orem's self-care theory. An exemplary program of patient education and cooperation with a nurse, presented in this paper, reinforces patient's faith in the possibility of limiting patient's dependency on the disease, and therefore, improvement in one's quality of life as well as the therapeutic outcomes (*Piel. Zdr. Publ.* 2012, 2, 1, 57–65).

Key words: diabetic foot syndrome, education, D. Orem's self-care theory.

Cukrzyca jest zaliczana do grupy dziesięciu najpoważniejszych epidemicznych zagrożeń życia i zdrowia, a prognozy na najbliższe lata nie napawają optymizmem. Przy obecnym stanie badań szansą na zminimalizowanie tego poważnego problemu jest profilaktyka. Szczególnie ważnym elementem profilaktyki cukrzycy jest edukacja pacjentów. Zadanie to może być realizowane przez pielęgniarki rodzinne, które sprawując opiekę nad chorym w miejscu jego przebywania, mogą zarówno pielęgnować, jak i kształtować pozytywne zachowania zdrowotne [1].

Zwiększenie liczby zachorowań na cukrzycę na świecie, w tym także w Polsce sprawia, że pielę-

gniarka rodzinna w swojej pracy coraz częściej spotyka osoby z zespołem stopy cukrzycowej (z.s.c.). To przewlekłe powikłanie cukrzycy, niezwykle groźne i bardzo trudne w leczeniu, o niepewnym rokowaniu, często prowadzi do inwalidztwa i skrócenia życia chorego. Jest jednym z głównych problemów zdrowotnych dotyczących chorych na cukrzycę [2].

Niewątpliwie jest, że intensywne leczenie cukrzycy oraz właściwe postępowanie prewencyjne umożliwia utrzymanie dobrej sprawności życiowej. Niepokojącym zjawiskiem jest natomiast mała wiedza pacjentów na temat tej jednostki choroby-

wej. Specjaliści podkreślają, że dzięki wprowadzeniu wielodyscyplinarnego modelu zapobiegania i leczenia chorych z zespołem stopy cukrzycowej oraz edukacji pacjentów i personelu medycznego, można doprowadzić do znacznej poprawy ich stanu zdrowia. Polskie Towarzystwo Diabetologiczne w swoich zaleceniach zwraca uwagę m.in. na rozpowszechnianie wiedzy dotyczącej zespołu stopy cukrzycowej wśród pracowników podstawowej opieki zdrowotnej i samych pacjentów. Dane statystyczne wskazują, iż w Polsce z.s.c. występuje u 2% chorych na cukrzycę typu 1 i u 18% chorych na cukrzycę typu 2 [2].

Nie ma wątpliwości, że wiele jednak zależy od aktywnej postawy chorego i jego rodziny oraz właściwie ukierunkowanego i kontrolowanego przez pielęgniarkę wsparcia. W czasie sprawowania opieki nad pacjentem z zespołem stopy cukrzycowej pielęgniarka rodzinna jest zobowiązana do podjęcia działań, mających na celu rozpoznanie stanu biopsychospołecznego podopiecznego, wydolności opiekuńczo-pielęgniacyjnej rodziny, ustalenia diagnozy pielęgniarskiej, określającej jego obecny stan i ewentualne zagrożenia. Kolejnym etapem jest zaplanowanie pielęgnowania i edukacji wraz z pacjentem i rodziną oraz wnikliwa ocena jego rezultatów.

W myśl koncepcji Dorothy Orem, pomoc udzielana pacjentowi może mieć charakter zachęcająco-edukacyjny. Proponuje ona system wspierająco-uczący, który stosuje się w opiece nad pacjentem mającym potencjalną zdolność do samoopieki, ale wymagającym wsparcia, motywowania, przekazywania określonej wiedzy i umiejętności lub pomocy w podejmowaniu decyzji [3].

Celem pracy było opracowanie projektu edukacyjnego z wykorzystaniem teorii samoopieki Dorothy Orem, przeznaczonego dla pacjenta z zespołem stopy cukrzycowej.

Epidemiologia i etiopatogeneza zespołu stopy cukrzycowej

Narastająca częstość występowania cukrzycy sprawia, że do gabinetów leczenia ran trafia coraz więcej osób z zespołem stopy cukrzycowej. Według prognoz Międzynarodowej Federacji Diabetologicznej na świecie w 2003 r. żyło 6,3 miliarda ludzi, spośród których 194 miliony chorowały na cukrzycę, tj. 5,1%. Przewiduje się, że gdy w 2025 r. na świecie będzie mieszkać 8 miliardów ludzi, a populacja dorosłych osób będzie liczyć 5,3 miliarda, liczba chorych na cukrzycę zwiększy się do 333 milionów, co będzie stanowiło 6,3% dorosłej

ludności [4]. Dane epidemiologiczne wykazują, że w Polsce wśród osób powyżej 20 r.ż. ok. 5,1% stanowią osoby chore na cukrzycę. Zespół stopy cukrzycowej występuje natomiast u ok. 5–10% osób. Istnieje prawdopodobieństwo, że odsetek ten jest większy. Nieoszacowanie tej liczby wynika m.in. z klasyfikowania większości przypadków jako miażdżycy zarostowej tętnic kończyn dolnych, a nie z.s.c. o etiologii naczyniowej [5, 6].

Za główny czynnik ryzyka rozwoju zespołu stopy cukrzycowej uważa się neuropatię cukrzycową – jej odsetek według różnych źródeł wynosi 28–40%. Wśród pacjentów leczonych w centrach diabetologicznych 25% chorych zgłaszało dolegliwości podmiotowe związane z neuropatią, 50% wykazywało różne zaburzenia w badaniu neurologicznym, a u 90% stwierdzono nieprawidłowości w ilościowych badaniach czucia. Ocenia się ponadto, iż u chorych na cukrzycę zwiększa się 2–4-krotnie ryzyko miażdżycy zarostowej tętnic kończyn dolnych – drugiego kluczowego czynnika sprawczego z.s.c.

Kolejnym czynnikiem są zakażenia, które odpowiadają za większość hospitalizacji związanych z występowaniem zespołu stopy cukrzycowej, a także za liczbę amputacji. Śmiertelność okołoooperacyjna zabiegu amputacji kończyny dolnej wynosi natomiast 10%. Ocenia się, że w krajach rozwiniętych około 5% populacji chorych na cukrzycę ma problemy ze stopami, a w krajach rozwijających się nie ma, niestety, dokładnych danych o częstości występowania tego powikłania. Istnieje duże prawdopodobieństwo, że odsetek chorych jest tam zdecydowanie większy, a sprzyjają temu następujące czynniki: bieda, wiara w miejscowych uzdrowicieli, gorszy lub całkowity brak dostępu do profesjonalnej opieki medycznej, a także częste chodzenie boso [4]. Podkreśla się, że dzięki wprowadzeniu wielodyscyplinarnego modelu zapobiegania i leczenia chorych z zespołem stopy cukrzycowej oraz edukacji pacjentów i personelu medycznego, uda się doprowadzić do znacznej poprawy ich stanu zdrowia. Autorzy niniejszego artykułu podają jako przykład ośrodek krakowski, który po wprowadzeniu wielodyscyplinarnego modelu uzyskał następujące rezultaty: w pierwszym roku działalności leczono 46 chorych z owrzodzeniami. Średni czas hospitalizacji wynosił 54 dni. W tym okresie uzyskano znaczną poprawę w zakresie wyrównania cukrzycy. Udało się doprowadzić do wygojenia owrzodzeń u 93,5% chorych. Częstość dokonywanych amputacji wynosiła zaledwie 6%. W ciągu trzech pierwszych lat działalności objęto opieką 127 osób z owrzodzeniami, spośród których aż 49 osób (39%) leczono w warunkach szpitalnych. Całkowite wygojenie nastąpiło u 89% pacjentów, amputacji natomiast wymagało 6%.

Polskie Towarzystwo Diabetologiczne opracowało zalecenia kliniczne dotyczące opieki nad chorymi z zespołem stopy cukrzycowej. Realizacja tych zadań jest trudna, ale możliwa do wykonania. Przede wszystkim potrzebne jest dofinansowanie opieki diabetologicznej i rozpowszechnienie wiedzy na temat zespołu stopy cukrzycowej [4].

Czynniki etiopatogenetyczne zespołu stopy cukrzycowej

W rozwoju zespołu stopy cukrzycowej podstawową rolę odgrywa neuropatia cukrzycowa i miażdżyca tętnic kończyn dolnych, czyli makroangiopatia i niedokrwienie, a gdy dołączy do nich postępujące zakażenie, może wywołać uszkodzenie tkanek miękkich oraz kości. Hiperglikemia jest natomiast głównym czynnikiem, który powoduje uszkodzenie nerwów oraz nasilenie miażdżycy tętnic kończyn dolnych. Innymi sprzyjającymi jej rozwojowi czynnikami są: zaburzenia lipidowe, insulinooporność, dysfunkcja śródbłonna. Owrzodzenie jest najczęściej pierwotną przyczyną amputacji kończyny, a głównym czynnikiem jego powstania jest utrata czucia powierzchniowego. Wynika to z niezauważalnych, nawet minimalnych urazów. Około 45–60% wszystkich owrzodzeń stopy ma podłoże tylko neuropatyczne, a ok. 45% tło mieszane, tzn. neuropatyczne i naczyniowe (niedokrwienne). Istotną rolę w rozwoju owrzodzenia stopy odgrywa neuropatia motoryczna. W jej następstwie dochodzi do zaników niektórych mięśni stopy. Mięśnie te mają za zadanie utrzymanie prawidłowego napięcia oraz kształtu stopy. Kolejnym zagrożeniem jest neuropatia autonomiczna – w jej następstwie powstają zaburzenia wydzielania potu, co powoduje wysychanie skóry z jej pękaniem i możliwością powstawania drogi zakażenia bakteriynego. Uszkodzenie włókien autonomicznych powoduje otwarcie połączeń tętniczo-żylnych, zaburzenia mikrokrążenia oraz termoregulacji, co z kolei jest powodem większej podatności na uszkodzenia tkanek [5].

W obrazie klinicznym neuropatii cukrzycowej obserwuje się wieloogniskowe ubytki czucia powierzchniowego o typie dystalnym, zaburzenia czucia wibracji, czucia ułożenia, osłabienie odruchów ścięgnistych, ataksję czuciową chodzenia, zanik drobnych mięśni stóp. Dolegliwości te w początkowym okresie to mrowienie i pieczenie występujące w spoczynku, ale nasilające się pod wpływem ciepła. Obserwuje się wówczas u chorych zespół „niespokojnych nóg”. Wcześniej występują zaburzenia czucia bólu oraz temperatury, a później zaburzenia czucia powierzchniowego oraz wibracji. Niestety, częstym zjawiskiem okazuje się

zniekształcenie stopy, które powoduje wzmożony nacisk na niektóre jej obszary i podwyższenie ciśnienia. Prowadzi to do powstania modzeli oraz odciśków, często w połączeniu z zaburzeniami neurologicznymi lub chorobami naczyń obwodowych o różnym stopniu zaawansowania [5]. Choroba dużych naczyń kończyn dolnych obejmuje zaburzenia typu mikro- i makroangiopatii. Głównie u chorych na cukrzycę typu 2 występują zmiany w tych naczyniach, które odpowiadają za dolegliwości, takie jak: uczucie zimnych nóg, objawy chromania przestankowego, a przede wszystkim ból. Zaburzenia typu mikroangiopatii, dotyczące drobnych naczyń stopy, mogą być powodem martwicy i zgorzeli na stopie.

Na uwagę zasługują czynniki ryzyka obejmujące okoliczności i stany, w których ryzyko wystąpienia owrzodzenia jest szczególnie duże (mówi się wówczas o występowaniu stopy dużego ryzyka). Wymienia się takie okoliczności, jak: długotrwałą, źle wyrównaną metabolicznie cukrzycę, obecność neuropatii (utrata czucia bólu), zaburzenia ukrwienia (chorobę naczyń obwodowych), zaburzoną biomechanikę, tj. ograniczoną ruchomość stawów, deformacje stopy, modzele, nadmierną masę ciała, czynniki ekonomiczne i społeczne, starszy wiek, owrzodzenie podane w wywiadzie, podejsie ignorancjne do swego stanu zdrowia.

Istnieją również czynniki sprawcze, które są bezpośrednią przyczyną wystąpienia owrzodzenia, czyli: niewłaściwa higiena, np. nieumiejętne obcinanie paznokci, źle dobrane obuwie, np. zbyt mały rozmiar, za wąskie, uraz mechaniczny, np. ciało obce w bucie, potknięcie, uraz termiczny, np. zbyt ciepła woda, ogrzewanie nóg termoforem, uraz chemiczny, np. stosowanie nieodpowiednich maści [4, 7–9].

Edukacja pacjenta z zespołem stopy cukrzycowej

Cukrzyca jest chorobą przewlekłą i nieuleczalną, dlatego bardzo istotne znaczenie dla zdrowia, a nawet życia podopiecznego ma jego edukacja. W odróżnieniu od innych chorób, korzystne rezultaty leczenia cukrzycy w dużej mierze zależą od samego pacjenta.

W powszechnym rozumieniu edukacja zdrowotna pacjenta/klienta polega na przekazaniu, określonego zasobu wiadomości teoretycznych i nauczaniu konkretnych umiejętności praktycznych. Aby zapewnić oczekiwaną przez pacjentów lepszą jakość życia, edukacja musi być zindywidualizowana. To zadanie najskuteczniej może spełnić pielęgniarka

rodzinna, co wynika z jej codziennej praktyki, potwierdzonej także badaniami naukowymi.

Do istotnych elementów edukacji chorych na cukrzycę należy motywowanie chorego, który powinien mieć wiedzę na temat swojej choroby i znać skalę zagrożenia. Edukacja pacjentów jest procesem ciągłym i powinna być powtarzana w celu utrwalenia już zdobytych wiadomości i podawania nowych oraz uwzględniać poziom inteligencji i wykształcenia pacjenta.

Celem edukacji chorych jest zaangażowanie ich samych do kontroli cukrzycy. W zakresie tej metody może się mieścić wiele czynności, np. chorzy w domu sami systematycznie oznaczają zawartość glukozy w moczu za pomocą suchych testów papierkowych, odpowiednio regulują dawkę insuliny, którą sami odmierzają oraz wstrzykują, sami dbają o prawidłowy skład i rozkład posiłków, zapobiegają niedocukrzeniu, stosują ćwiczenia fizyczne i potrzebne zabiegi higieniczne, umiejętnie przystosowują tryb życia i pracy do głównego zadania, jakim jest polepszenie zdrowia.

Każdy program edukacyjny, niezależnie od rodzaju cukrzycy, powinien w związku z tym obejmować:

- zapoznanie chorego z przyczynami, objawami i przebiegiem choroby;
- nauczanie pacjenta rozpoznawania objawów hipoglikemii, hiperglikemii, zapobiegania, postępowania w razie ich zaistnienia;
- ukazanie znaczenia samokontroli w cukrzycy przez kontrolę glikemii, obsługę glukometru, kontrolę ciśnienia krwi, prowadzenie dzienniczka i pomiaru masy ciała;
- zapobieganie odległym powikłaniom przez stałe monitorowanie takich parametrów, jak: badanie dna oka, badania krwi, EKG, badanie stóp, ocena pracy nerek;
- przedstawienie roli wysiłku fizycznego;
- nauczanie zasad żywienia;
- poinformowanie o zasadach przechowywania insuliny;
- nauczanie techniki przygotowania iniekcji, sposobu jej wykonania, pokazanie miejsc wkłucia [5, 6].

W programie nauczania chorych powinny znaleźć się różne tematy. Są to informacje dotyczące diety, leków, ćwiczeń, badań domowych, rozpoznawania objawów zagrożeń. Chorzy muszą zrozumieć sens zabiegów i działań przeciw cukrzycy, aby wytworzyła się u nich motywacja do leczenia. Personel edukujący powinien umiejętnie wysłuchać opinii chorych, należy też unikać wyrażenia niejasnych i skomplikowanych terminów medycznych. Dobrą metodą uczenia jest działanie według wcześniej przygotowanego wzoru programu, który powinien być kształtowany w zależności od pacjenta

i jego choroby. Należy w nim uwzględnić stosunki rodzinne, poziom wykształcenia, warunki materialne, sytuację życiową, pracę zawodową. Ważne jest wciągnięcie do procesu leczenia pozostałych członków rodziny oraz wyrobienie u chorego pewnych nawyków, tj. planowania i realizowania programu dnia oraz sposobu na poprawę stanu psychicznego i umiejętności radzenia sobie ze stresem.

Program leczenia jest skuteczny tylko wtedy, gdy chory jest przekonany o jego celowości i w pełni akceptuje metody działania. Zdarza się, że chorzy z dużą wiedzą nie potrafią jej zastosować do rozwiązania powstających problemów. Nauczanie pacjentów zasad samokontroli i samoopieki przynosi wiele korzyści: zwiększa skuteczność leczenia, oszczędza nakład pracy, daje choremu wolność od ograniczeń wynikających z choroby, gdyż umie się on do nich przystosować i ma mniej negatywnych przeżyć związanych z chorobą. Chory i jego problemy powinny znajdować się w centrum zainteresowania zespołu terapeutycznego oraz bezpośrednio wpływać na podejmowane działania [10, 11].

Kiedy minie pierwszy okres po rozpoznaniu choroby, chory na cukrzycę praktycznie sam realizuje program leczenia, dlatego musi podejść do niego czynnie, a pielęgniarka i lekarz pozostają tylko jego doradcami.

Należy umieć rozróżnić pojęcie doradztwa od poradnictwa zdrowotnego w opiece nad pacjentem z zespołem stopy cukrzycowej. Doradzanie w zdrowiu jest udzielaniem pomocy przez jedną osobę drugiej lub grupie osób w dokonywaniu wyborów, przystosowaniu się oraz rozwiązywaniu problemów związanych z zachowaniem i utrzymaniem zdrowia. W doradztwie natomiast problem zdrowotny jest najczęściej dostrzegany przez doradcę i to on jest osobą inicjującą kontakt edukacyjny. W opiece nad pacjentem w środowisku domowym, w początkowej fazie rozwoju cukrzycy oraz działaniach podejmowanych przez pielęgniarkę dominują akcenty doradcy. Często pacjent i jego rodzina nie dostrzegają problemu wymagającego interwencji pielęgniarskiej lub niejednokrotnie bagatelizują pierwsze niepokojące objawy. Inicjatywa nawiązywania kontaktu edukacyjnego należy wówczas do pielęgniarki, która musi być wtedy bardziej aktywna w poszukiwaniu kontaktu z pacjentem. Zwiększenie świadomości zdrowotnej u pacjenta i jego rodziny z biegiem czasu powinno zmienić rodzaj relacji pielęgniarka–pacjent, a praca pielęgniarki przybrać formę poradnictwa zdrowotnego. Pacjent uświadamia sobie wtedy w pierwszej kolejności potrzebę nawiązania kontaktu z pielęgniarką w celu rozwiązania swoich określonych problemów zdrowotnych. W tych relacjach dominują współpartnerstwo oraz dobrovolność z korzystania z usług [7, 12].

Model samoopieki Dorothy Orem wykorzystany w edukacji pacjenta

Model pielęgnowania według teorii D. Orem nastawiony na samoopiekę wyzwala u podopiecznych duży potencjał życiowy. Jest to program niezbędny do wdrożenia w przypadku chorego z zespołem stopy cukrzycowej. Zwraca uwagę na to, że problemy, z jakimi boryka się pacjent, mogą doprowadzić do stopniowego pogorszenia się jego funkcjonowania, ograniczenia w wykonywaniu czynności dnia codziennego oraz częściowej lub całkowitej niemożności zaspokojenia potrzeb biologicznych, psychologicznych i społecznych. Zachowanie równowagi między zdolnością pacjenta do samoopieki a zapotrzebowaniem na opiekę jest bardzo ważne w pracy pielęgniarki. Dorothy Orem zaproponowała model deficytu samoopieki zakładający, że:

- każdy człowiek powinien odpowiadać za własne życie, zdrowie, bezpieczeństwo pod warunkiem, że jest zdolny do właściwego postępowania, samoopieki, samopielęgnowania,
- rola pielęgniarki polega na pomaganiu ludziom w usamodzielnianiu się przy respektowaniu praw człowieka do samodzielnego podejmowania decyzji, w sprawach własnego zdrowia i życia,
- pielęgniarka włącza się do opieki wówczas, gdy osoba chora nie jest w stanie zaopiekować się sama sobą,
- pomoc udzielana pacjentowi może mieć charakter: zachęcająco-edukacyjny, częściowo wyrównujący braki w samoopiece, całkowicie kompensacyjny, tzw. wyrównawczy [3, 7].

Samoopieka jest rozumiana jako wspieranie procesów życiowych i normalnego funkcjonowania oraz zapobieganie lub kontrolowanie procesu chorobowego i urazu, na który szczególnie jest narażony pacjent z zespołem stopy cukrzycowej.

Główne kategorie potrzeb związanych z samoopieką to:

1) potrzeby uniwersalne – wspólne wszystkim ludziom, konieczne do utrzymania życia i zdrowia oraz dobrego samopoczucia: potrzeba oddychania, zapewnienie wystarczającej ilości płynów i prawidłowego pożywienia, wydalanie, utrzymanie równowagi między aktywnością a wypoczynkiem oraz między samotnością a interakcjami społecznymi, zapobieganie sytuacjom zagrażającym życiu i zdrowiu oraz dobremu samopoczuciu, dążenie do własnego rozwoju;

2) potrzeby rozwojowe: uniwersalne zależne od okresu rozwojowego oraz występujące w sytuacjach mogących mieć niekorzystny wpływ na rozwój osoby chorej (niewystarczająca edukacja, problemy adaptacji społecznej, utrata krewnych);

3) potrzeby w sytuacjach zaburzeń stanu zdrowia (w zapewnieniu pomocy pielęgniarskiej) – pielęgniarka wykorzystuje pięć metod:

- działanie „za” i „dla” pacjenta – polega na przejęciu tych czynności pielęgnacyjnych, których człowiek nie jest w stanie samodzielnie wykonać (np. zmiana pozycji u obłożnie chorego),
- kierowanie, doradzanie, udzielanie wskazówek – w sytuacji, gdy pacjent musi dokonać wyboru i znaleźć optymalny sposób postępowania (warunkiem jest wzajemna komunikacja, np. ustalenie postępowania przy wyjściu pacjenta ze szpitala),
- udzielanie wsparcia – dawanie pacjentowi możliwości swobodnego i otwartego wyrażania swoich myśli, emocji i uczuć przez aktywne słuchanie, akceptację, empatię,
- stwarzanie środowiska sprzyjającego rozwojowi osoby wymagającej pomocy – zapewnienie środków materialnych, stworzenie atmosfery bezpieczeństwa, grupy wsparcia,
- uczenie osób niemających wiedzy lub umiejętności koniecznych do podejmowania samoopieki.

Asystowanie w samoopiece polega na umiejętnym stosowaniu wymienionych wyżej metod pomagania, w zależności od rodzaju deficytu samoopieki. Pielęgnowanie powinno być uzasadnione, tzn. kontakt pielęgniarki z pacjentem musi wynikać z zapotrzebowania na opiekę [3].

Zgodnie z teorią Dorothy Orem, pomoc udzielana pacjentowi z zespołem stopy cukrzycowej powinna mieć charakter zachęcająco-edukacyjny. Proponuje ona system wspierająco-uczący, który powinien być zastosowany w opiece nad pacjentem mającym potencjalną zdolność do samoopieki, ale wymagającym wsparcia, motywowania, przekazywania określonej wiedzy i umiejętności lub pomocy w podejmowaniu decyzji [3].

Najważniejszymi dla pacjenta rezultatami edukacji są: skuteczniejsze leczenie; większa sprawność fizyczna, mniejsza liczba powikłań, a przede wszystkim dłuższe życie; autonomia stylu życia: zmniejszenie zależności od osoby prowadzącej leczenie, czyli większa swoboda życia; rzadsze wizyty w przychodni i laboratorium (zmniejszenie stresu, więcej wolnego czasu, mniejsze koszty leczenia, mniejsza absencja w pracy) [9].

Projekt działań edukacyjnych pacjenta z zespołem stopy cukrzycowej

Na podstawie analizy piśmiennictwa oraz pracy M. Charzyńskiej-Guli opracowano projekt działań edukacyjnych pacjenta z zespołem stopy

cukrzycowej [8, 12]. Program projektu jest przeznaczony do realizacji wśród pacjentów w warunkach domowych przez pielęgniarkę rodzinną w czasie umówionych wizyt domowych. Jednym z najpoważniejszych powikłań, które może dotknąć chorego na cukrzycę jest tzw. zespół stopy cukrzycowej. Choroba ta początkowo powoduje trudności w poruszaniu się, przewlekłe dolegliwości bólowe, a nieleczona kończy się amputacją kończyny.

Głównym celem projektu jest zmotywowanie pacjentów do właściwej pielęgnacji stóp, pozwalającej na zmniejszenie ryzyka wystąpienia zespołu stopy cukrzycowej. Cele szczegółowe to:

- przekazanie pacjentowi informacji na temat funkcjonowania jego organizmu w zaistniałej sytuacji zdrowotnej,
- zapoznanie pacjenta z etiologią powstawania zespołu stopy cukrzycowej,
- przekonanie pacjenta, że przestrzeganie ustalonych zasad zmniejsza ryzyko rozwoju zespołu stopy cukrzycowej,
- nauczanie pacjenta zapobiegania rozwojowi z.s.c. z wykorzystaniem „domowych możliwości”,

- zwiększenie świadomości i umiejętności pacjenta związanych z korzystaniem z systemu opieki zdrowotnej,

- wzmocnienie potrzeby kontrolowania stanu zdrowia,

- mobilizowanie rodziny do tworzenia atmosfery środowiska domowego, w której dominuje wspieranie działań pacjenta.

Program jest przeznaczony dla pacjentów przebywających w środowisku domowym z rozpoznaną cukrzycą. Jak już wspomniano wyżej, jednym z powikłań grożących pacjentom z tą jednostką chorobową jest zespół stopy cukrzycowej. Powikłanie to występuje z powodu uszkodzenia układu nerwowego, układu naczyniowego (zaburzeń ukrwienia) oraz podatności na zakażenia bakteryjne. Nieleczony zespół stopy cukrzycowej w skrajnych przypadkach może doprowadzić do amputacji nóg. W związku z tym szczególną uwagę należy zwracać na najdrobniejsze zmiany na stopach, aby uniknąć ich pogłębienia i długotrwałego leczenia.

Do zadań projektu działań edukacyjnych pacjenta z z.s.c. należą m.in.: rozpoznanie, jak funk-

Tabela 1. Zestawienie realizowanych zadań przez pielęgniarkę w ramach programu

Table 1. The summary of tasks realised by a nurse within the program

Numer	Zadanie	Strategia	Czas realizacji	Termin realizacji
1.	funkcjonowanie organizmu w sytuacji zaburzenia produkcji insuliny przez trzustkę	rozmowa indywidualna, pogadanka	½ godz.	I wizyta (po rozpoznaniu cukrzycy u pacjenta)
2.	patomechanizm powstawania zespołu stopy cukrzycowej	film, ulotki	½ godz.	II wizyta
3.	zasady postępowania w życiu codziennym zmniejszające ryzyko wystąpienia zespołu stopy cukrzycowej	pokaz, plansze, instruktaż	15 min	II wizyta
4.	rola zespołu interdyscyplinarnego w opiece nad pacjentem z zespołem stopy cukrzycowej – zasady korzystania z systemu opieki zdrowotnej	rozmowa indywidualna, pogadanka	15 min	II wizyta
5.	zasady kontrolowania własnego stanu zdrowia	warsztaty, instruktaż	½ godz.	III wizyta
6.	zasady pielęgnacji stopy z z.s.c.	warsztaty, instruktaż	½ godz.	III wizyta
7.	rola rodziny w opiece nad pacjentem – tworzenie relacji opiekuńczych polegających na niewielkim niedoborze opieki	warsztaty, pogadanka	½ godz.	IV wizyta

Tabela 2. Zestawienie realizacji zadań

Table 2. The summary of task realisation

Numer	Zadanie	Termin realizacji		
		wizyta (data, podpis)	ocena realizacji zadania	wskazówki do dalszych działań edukacyjnych

Realizację poszczególnych zadań należy powtarzać w zależności od potrzeb edukacyjnych pacjenta.

cjonuje organizm w sytuacji zaburzenia produkcji insuliny przez trzustkę, przedstawienie patomechanizmu powstawania zespołu stopy cukrzycowej, zasad postępowania w życiu codziennym zmniejszających ryzyko wystąpienia zespołu stopy cukrzycowej, zasad pielęgnacji stopy z z.s.c., określenie roli zespołu interdyscyplinarnego w opiece nad pacjentem z zespołem stopy cukrzycowej – zasad korzystania z systemu opieki zdrowotnej, zasad kontrolowania własnego stanu zdrowia, określenie roli rodziny w opiece nad pacjentem – tworzenie typu relacji opiekuńczych w rodzinie polegających na niewielkim niedoborze opieki.

Kontrola i ocena programu

Istotnym elementem wdrażania modelu edukacji, wpływającym na powodzenie całego przedsięwzięcia, jest kontrola i ocena przyjętego programu. Pozwala na ustalenie odchyleń i podjęcie działań wzmacniających lub korygujących. Można na tym etapie wykorzystywać następujące metody:

- ankietę,
- rozmowę indywidualną,
- ocenę realizacji poszczególnych zadań,
- ocenę końcową, bezpośrednią, dokonaną

podczas ostatniej wizyty, pozwalającą na uzyskanie informacji na temat bezpośrednich rezultatów programu,

- ocenę odległą, przeprowadzoną po 3 miesiącach, dostarczającą informacji, czy pacjent ma większą wiedzę i potrafi ją wykorzystać w działaniu praktycznym, czy zmienił swoje wcześniejsze negatywne zachowania oraz czy wspiera go rodzina w rozwiązywaniu jego problemów zdrowotnych.

Wnioski

Edukacja terapeutyczna stała się tak samo ważna jak leczenie dietą, lekami lub wysiłkiem. W Polsce edukacja chorych na cukrzycę ma wieloletnią tradycję. Wywodzi się ona z poglądów, które głosił przed II wojną światową socjolog Florian Znaniecki [9].

W pracy pielęgniarki rodzinnej z człowiekiem chorym na cukrzycę bardzo ważnym elementem jest przygotowanie pacjenta z zespołem stopy cukrzycowej do samoopieki w środowisku domowym [3, 9]. Istotnym celem tego przygotowania jest przekazanie choremu wiedzy i umiejętności koniecznych do prowadzenia skutecznej samokontroli. Podstawowym wymogiem w tym procesie jest zmotywowanie pacjenta do codziennej realizacji zaleceń wynikających z leczenia. W leczeniu cukrzycy prowadzi się edukację indy-

widualną i grupową. Wykazano w badaniach, że metody edukacji grupowej są skuteczniejsze niż indywidualnej. Szczególnie cenną metodą edukacji grupowej są tzw. grupy wsparcia, w których chorzy dzielą się doświadczeniami. Edukacja indywidualna natomiast jest konieczna w sytuacjach wyjątkowych, kiedy stosuje się rzadkie metody leczenia, np. pompy insulinowe.

Edukacja pacjenta może być prowadzona indywidualnie lub grupowo jako integralna część kontaktów osobistych między pielęgniarką a pacjentem. Podczas nauczania należy pamiętać o takim przygotowaniu programu edukacyjnego, by jego treści i zaangażowanie pacjenta były dostosowane do jego wieku i możliwości.

Korzyścią edukacji indywidualnej jest możliwość dostosowania jej do indywidualnych potrzeb, umiejętności i wiedzy pacjenta. Jest ona jednak czasochłonna. Edukacja grupowa pozwala na zwiększenie motywacji oraz zmianę zachowania pacjenta. Najkorzystniejsze są małe 6–10-osobowe grupy. Obecność innych uczestników szkolenia sprzyja bezpośredniej wymianie wiedzy, pomaga owoić się z chorobą i zmniejsza napięcie emocjonalne. Ten typ edukacji pozwala na zaoszczędzenie czasu. Prowadzi się także zajęcia praktyczne, gdzie organizuje się np. zakupy w sklepie, ćwiczenia fizyczne itp.

Maj to na celu przygotowanie chorych i ich rodzin do skutecznej samokontroli oraz samoopieki, stworzenie warunków do zapobiegania ostrym i przewlekłym powikłaniom. Formy edukacyjne to: dyskusje w niewielkich grupach, panele, inscenizacje, demonstracje, „burza mózgów”. Planując nauczanie chorych na cukrzycę należy mieć na uwadze, iż zdolność do zapamiętywania informacji u tych pacjentów jest niewielka, bardzo wielu z nich nie rozumie najprostszych wyrażen medycznych [10, 11, 13].

Chorych, szczególnie tych z cukrzycą typu 2, od początku przygotowuje się na jej postępujący przebieg, wymagający stopniowych zmian w leczeniu. Istotą tego postępowania jest to, że wypracowano koncepcję leczenia zespołowego, według której pacjent jest pełnoprawnym członkiem. W skład zespołu wchodzi: chory, lekarz, pielęgniarka – edukator. Na wyższym szczeblu organizacyjnym opieki znajdują się dodatkowo: diabetolog, drugi edukator, psycholog, fizjoterapeuta, a w razie konieczności postępowania wysokospecjalistycznego także specjaliści z innych dziedzin, np. położnik, ortopeda, chirurg naczyniowy [9–11, 13].

Pielęgniarka pełni kluczową rolę w zespole terapeutycznym, a jej rola obejmuje m.in. naukę samokontroli i promocję zdrowego stylu życia, co zobowiązuje ją do posiadania wiedzy zgodnej z najnowszymi standardami. O niedostatecznym

poziomie wiedzy u pielęgniarek donoszą Kadłubowska M. et al. oraz Berzowska et al. [14, 15]. W pierwszych badaniach wykazano, że ogólna wiedza u pielęgniarek na temat cukrzycy różni się na poszczególnych oddziałach. Najszerzą wiedzę mają pielęgniarki pracujące na oddziale wewnętrznym, następnie na oddziale chirurgii ogólnej i naczyniowej [14]. Na samym końcu natomiast plasują się pielęgniarki pracujące na oddziale stacji dializ. Drugie badanie wykazało, że stopień wiedzy pielęgniarek o objawach hipo- i hiperglikemii oraz interpretacji wskaźników kontroli cukrzycy był na poziomie dość dobrym. Stwierdzono jednak niewystarczającą znajomość kluczowych elementów prowadzenia edukacji zdrowotnej u pacjentów diabetologicznych [15]. Prace: Drzewoski et al., Bronisz et al. oraz Kadłubowska et al. postulują konieczność podnoszenia kwalifikacji zawodowych z zakresu pielęgniarstwa diabetologicznego [14, 16, 17].

Przemiany, które dokonują się w różnych obszarach życia społecznego wpływają znacząco na charakter i cele pracy pielęgniarki, która jest profesjonalistką w pielęgowaniu i edukacji. Jedną z funkcji zawodowych pielęgniarki, która wynika z realizowanych zadań, jest funkcja wychowawczo-edukacyjna. Najważniejszymi jej cechami jest kształtowanie prawidłowych zachowań zdrowotnych, przygotowanie chorego do samoopieki w domu oraz uświadomienie poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie [8–10, 12]. W związku z tym pielęgniarki podejmują różne formy doształcania się, uczestniczą w wielu kursach, szkoleniach oraz konferencjach, a od niedawna specjalizują się w dziedzinie diabetologii w celu

lepszego przygotowania do roli zawodowej. Według Szewczyk główną rolę w przygotowaniu do życia z cukrzycą odgrywa pielęgniarka edukacyjna, która ma ciągły i częsty kontakt z osobą chorą [18]. W badaniach Krystoń-Serafin et al. wykazano, że w roli edukatora aż 60% pacjentów opowiedziało się za pielęgniarką [19].

Badania Ławskiej ukazują, że pacjenci oceniają udział pielęgniarki w edukacji diabetologicznej w 48% w stopniu dobrym, a w 46,6% w stopniu bardzo dobrym [20]. Pielęgniarka jest pierwszą osobą, która dostrzega problemy pacjentów i stara się im pomóc. Ocenia poziom wiedzy chorego, umiejętność radzenia sobie w trudnej sytuacji, pomaga w wykonywaniu pomiarów, uczy w jaki sposób kontrolować stan zdrowia.

Niezaprzeczalne jest, że każdy chory troszczy się o własne zdrowie, dlatego aktywne włączanie go w proces edukacji ma istotny wpływ na zwiększenie motywacji do smokontrolii/samoopieki. Zauważyła to w swej teorii Dorothy Orem, dzięki której można zintensyfikować działania przez rozpoznanie deficytów samoopieki.

Zaprezentowany w niniejszej pracy przykładowy program edukacji i współdziałania pielęgniarki z chorym na cukrzycę jest niezbędny do wdrożenia u pacjenta z zespołem stopy cukrzycowej w środowisku domowym. Włączenie rodziny w proces edukacji jest gwarancją rozpoznania i rozwiązania deficytów samoopieki. Zastosowanie edukacji terapeutycznej z wykorzystaniem teorii D. Orem w pracy pielęgniarki rodzinnej jest zatem umocnieniem wiary chorego w możliwości zmniejszenia zależności od choroby, a co za tym idzie poprawy jakości życia i wyników leczenia.

Piśmiennictwo

- [1] **Podolec P. (red.):** Podręcznik Polskiego Forum Profilaktyki. Tom 1. Kraków 2007, 219, za: Wild S., Rogelic G., Green A et al.: Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care* 2004, 27, 1047–1053.
- [2] **Michałek-Kowalczyk M., Szewczyk M.T.:** Stan wiedzy chorych z zespołem stopy cukrzycowej. *Piel. Chir. Angiol.* 2008, 1, 29.
- [3] **Poznańska S., Płaszewska-Żywko L.:** Wybrane modele pielęgniarstwa. Wydawnictwo UJ, Kraków 2001.
- [4] International Diabetes Federation, 2003. [W:] Zespół stopy cukrzycowej. Red.: Sieracki J., Koblik T. Via Medica, Gdańsk 2008, 1.
- [5] **Strojek K.:** Insulinoterapia. [W:] Diabetologia. Red.: Strojek K. Wyd. Med. Termedia, Poznań 2008, 79–98.
- [6] **Talarska D., Zozulińska-Ziółkiewicz D., Wierusz-Wysocka B.:** Opieka pielęgniarska nad osobami z cukrzycą. [W:] Pielęgniarstwo internistyczne. Red.: Talarska D., Zozulińska-Ziółkiewicz D. PZWL, Warszawa 2009, 261–287.
- [7] **Karnafel W.:** Stopa cukrzycowa. Czelej, Lublin 2008, 7–9.
- [8] **Krzemińska S.:** Edukacja chorego na cukrzycę. Mag. Piel. Poł., Warszawa 2006, 1–2, 30.
- [9] **Tatoń J., Czech A.:** Podręcznik samokontroli w cukrzycy. PZWL, Warszawa 2008.
- [10] **Czech A.:** Edukacja terapeutyczna – nowe cele, definicje i oczekiwania w ulepszaniu wyników prewencji i leczenia przewlekłych chorych – przykład diabetologii. *Med. Metabol.* 2005, 2, 14–21.
- [11] **Tatoń J.:** Edukacja terapeutyczna osób z cukrzycą – fundament metodologiczny leczenia. [W:] Diabetologia, tom 1. Red.: Tatoń J., Czech A. PZWL, Warszawa 2001, 218–229.
- [12] **Charzyńska-Gula M.:** Edukacja zdrowotna rodziny. Stowarzyszenie na Rzecz Promocji Zdrowia i Profilaktyki Chorób Układu Krążenia, Lublin 2002.
- [13] **Sieradzki J.:** Cukrzyca i zespół metaboliczny. [W:] Choroby wewnętrzne. Red.: Szczeklik A. Med. Prakt., Kraków 2005.

- [14] **Kadłubkowska M., Bąk E., Kolonko J.:** Wiedza pielęgniarek na temat choroby cukrzycowej i uczestnictwo w szkoleniach zakresu diabetologii. *Problemy Pielęgniarstwa* 2008, 16 (3), 293–298.
- [15] **Berezowska E., Kunecka D., Drozd-Dąbrowska M., Pastucha E.:** Ocena poziomu wiedzy pielęgniarek na temat cukrzycy. *Family Med. Prim. Care Rev.* 2006, 8, 2, 189–191.
- [16] **Drzewoski J., Cypriak K., Czupryniak L., Ruder J.:** Kompleksowy model edukacji pielęgniarek w dziedzinie diabetologii jako sposób realizacji wtórnej prewencji cukrzycy. *Diabetol. Pol.* 2002, 9, 19–22.
- [17] **Bronisz A., Hołojuch E., Sobiś-Żmudzińska M., Pufal M., Junik R.:** Ocena stopnia wiedzy pielęgniarek przed i po kursie z zakresu diabetologii. *Med. Metabol.* 2005, tom IX, 1, 16–22.
- [18] **Szewczyk A., Małachowska B.:** Znaczenie edukacji zdrowotnej w terapii cukrzycy. *Diabetol. Pol.* 2001, 1, 152.
- [19] **Kryston-Serafin M., Jankowiak B., Krajewska-Kułak E., Sierakowska M., Popławska E.:** Ocena wiedzy pacjentów na temat cukrzycy typu 2 jako niezbędny element terapii. *Diabetol. Prakt.* 2005, 6 (1), 7–14.
- [20] **Ławska W., Lubińska-Żądło B., Łyżnicka M.:** Edukacja zdrowotna pacjentów z cukrzycą ocena skuteczności. *Zdrowie Publiczne* 2004, 114 (4), 537–540.

Adres do korespondencji:

Grażyna Dębska
Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych
Krakowska Akademia im A. Frycza Modrzewskiego
ul. Gustawa Herlinga Grudzińskiego 1
30-705 Kraków
tel.: 607 059 061
e-mail: grace10@vp.pl lub gdebska@afm.edu.pl

Konflikt interesów: nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 11.07.2011 r.

Po recenzji: 10.11.2011 r.

Zaakceptowano do druku: 13.02.2012 r.

Received: 11.07.2011

Revised: 10.11.2011

Accepted: 13.02.2012