

Symposium Pielęgniarek, Położnych i Dietetyków

WYKŁADY PLENARNE

■ Dieta w profilaktyce nadmiernego przyrostu masy ciała

Roman Junik

Katedra i Klinika Endokrynologii i Diabetologii z Pracownią Medycyny Nuklearnej, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum w Bydgoszczy

Podstawą diety redukcyjnej jest zmniejszenie ilości kalorii, wzajemne proporcje węglowodanów, białek i tłuszczów mają mniejsze znaczenie. Na zaspokojenie apetytu wpływa w dużym stopniu wielkość porcji, w związku z czym nie mogą być one zbyt małe. Porcje na talerzach nie mogą jednak być zbyt duże, gdyż im większa porcja, tym więcej się je. Należy więc spożywać potrawy o niskiej gęstości energetycznej, jak warzywa, zupa, owoce.

Niestosowanie się do zaleceń dietetycznych może być również spowodowane jedzeniem skojarzonym z emocjami i stresem. Żywność jest używana jako mechanizm radzenia sobie ze stresem. Z reguły im wyższe BMI, tym większe problemy i chorzy radzą sobie „zajadaniem” ich. Należy więc zdefiniować przyczyny nadmiernej konsumpcji jak dodatkowe stresory, możliwość i umiejętność radzenia sobie z problemami. Choremu należy dać właściwą edukację, a w niektórych przypadkach wsparcie jak w grupie AA.

Pacjent powinien przebywać w otoczeniu, gdzie nie spożywa się nadmiernych ilości kalorii. Nasze środowisko sprzyja jedzeniu coraz większych ilości pokarmów. W poprzednich stuleciach wielkość talerza zwiększyła się o ponad 30%, ilość kalorii w przepisach z książek kucharskich o ponad 60%. Duże talerze powodują nakładanie większych porcji, robią tak nawet specjaliści od żywienia.

Celem uniknięcia spożycia zbyt dużych ilości kalorii należy najpierw spożywać warzywa, owoce i jogurt, a dopiero potem jajecznicę i bekon. Żeby uniknąć zamiany życia w koszmara, należy wprowadzać małe zmiany. Np. twarożek zjedzony zaraz po zakończeniu pracy, przed powrotem do domu, zapobiega spożyciu nadmiernej ilości kalorii na kolację.

■ Nowoczesne techniki edukacji terapeutycznej w cukrzycy

Beata Stepanow

Polska Federacja Edukacji w Diabetologii, Warszawa

Opieka nad chorym na cukrzycę rozpoczyna się w momencie rozpoznania choroby. Oznacza to wdrożenie nadzoru tak medycznego, jak i psychologicznego, ze szczególnym zwróceniem uwagi na edukację pacjenta, naukę samokontroli, zwiększenie motywacji oraz wzbogacanie postaw życiowych. Wykonanie tych zadań wymaga od zespołu leczącego dogłębnej wiedzy na temat kontrolowania choroby, zapobiegania jej powikłaniom i metod leczenia stosowanych w celu spowolnienia jej przebiegu. Pacjent cierpiący na schorzenie przewlekłe powinien uczestniczyć w procesie terapeutycznym. Do osiągnięcia celów potrzebna jest mu wszechstronna znajomość choroby, zasad samokontroli oraz postępowania w stanach jej zaostrzenia. Jak zatem spowodować mobilizację sił psychicznych do przeciwdziałania chorobie, jak uświadomić choremu potrzebę wiedzy o choro-

bie jako warunku jej ujarznienia oraz podtrzymywać wiarę w możliwość jej kontroli? Jest to zadanie edukacji terapeutycznej całego zespołu leczącego z zastosowaniem nowoczesnych technik. Organizatorzy edukacji terapeutycznej i psychospołecznej współpracują z innymi osobami i instytucjami, które mogą wesprzeć diabetyków i lecznictwo cukrzycy. Edukacja terapeutyczna i psychospołeczna uznaje wsparcie lokalnych społeczności i instytucji administracyjnych także poza opieką medyczną doceniającą rolę sztuki, która pełni m. in. funkcję terapeutyczną. Starożytni wyraźnie wskazywali na lecznicze oddziaływanie muzyki, teatru oraz pięknych przedmiotów takich jak rzeźby, malarstwo czy architektura, określając je mianem „uprawiania duszy”. Emocje, które wywołują w nas ludzie, zjawiska czy zdarzenia trudno czasami wyrazić słowami. To, co przeżywamy, jest często niezrozumiałe dla innych. Choć znamy tyle słów, czasami nie potrafimy nazwać naszych wewnętrznych stanów. Sztuka może pomóc spojrzeć w głąb siebie, może również stać się dla wielu osób jedynym środkiem ekspresji emocjonalnej. Poprzez symbol umożliwia komunikację różnych przekonań, konfliktów, urazów. Szeroko proponowana gama technik artystycznych pozwala na zlokalizowanie problemu i jego rozwiązanie, pomaga uzewnętrznić emocje, pragnienia, dążenia, myśli. W trakcie zajęć możliwa staje się zmiana sposobu odbioru otaczającej rzeczywistości. Dzięki niej dziecko lub osoba dorosła z cukrzycą zaczyna nabierać dystansu w stosunku do własnych, niekiedy trudnych przeżyć, uczuć i doświadczeń. Tworzy się w ten sposób skuteczniejszą terapeutyczną postawę życiową wobec cukrzycy. Celem leczenia jest nie tylko uzyskanie stężenia glukozy we krwi zbliżonego do normy, ale przede wszystkim osiągnięcie wysokiej jakości życia. Pacjent staje się bardziej odporny na stres związany z chorobami i leczeniem. Edukacja terapeutyczna stanowi więc fundament dla wszystkich innych metod leczenia i zasługuje na pełne upowszechnienie.

■ Racjonalne uwarunkowania zachowań żywieniowych

Jan Gawęcki

Katedra Higieny Żywienia Człowieka, Uniwersytet Przyrodniczy w Poznaniu

Zachowania żywieniowe rozumiane jako ogół działań człowieka związanych z żywnością i żywieniem mają istotny związek z jego stanem zdrowia. W polityce prozdrowotnej państwa zmiany zachowań żywieniowych postrzegane są więc często jako istotny etap, którego osiągnięcie warunkuje realizację zamierzonego celu. Na zachowania żywieniowe człowieka wpływa wiele różnych czynników, które można sklasyfikować w trzech grupach: związane z żywnością, związane z konsumentem i związane ze środowiskiem. W każdej z tych grup można wyodrębnić takie uwarunkowania, które mają charakter racjonalny i wynikają z rozwoju nauki.

W referacie szczegółowo omówiono instrumenty oddziaływania nauki o żywieniu na zachowania żywieniowe polskiego społeczeństwa, w tym:

- normy żywieniowe, cele żywieniowe i wzory żywieniowe;
- zalecenia żywieniowe i wskaźniki fizjologiczne (np. indeks glikemiczny);
- znakowanie wartością odżywczą, oświadczenia żywieniowe i zdrowotne, profile żywieniowe, wskaźniki wartości odżywczej (np. INQ, GDA).

PREZENTACJE PLAKATOWE

■ P1

Zachowania żywieniowe otyłych osób z cukrzycą typu 2 leczonych dietą a rekomendacje

Katarzyna Kowalcze^{1, 2}, Joanna Gromadzka-Ostrowska²

¹Klinika Chorób Wewnętrznych, Endokrynologii i Diabetologii Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa, ²Katedra Dietetyki, Wydział Nauk o Żywieniu Człowieka i Konsumpcji, Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego, Warszawa

Wstęp. Celem pracy była ocena zmiany zachowań żywieniowych i realizowania indywidualnych zaleceń dietetycznych przez pacjentów ze świeżo rozpoznaną cukrzycą typu 2 skojarzoną z otyłością leczonych w Poradni Dietetycznej CSK MSWiA w Warszawie.

Materiał i metody. Analizie poddano: zachowania żywieniowe, sposób żywienia i stan odżywienia 50 otyłych osób z cukrzycą typu 2 leczonych wyłącznie indywidualnie opracowywaną dietą. Badaną grupę stanowiło: 27 mężczyzn ($62,8 \pm SD 7,1$), 23 kobiety ($60,6 \pm SD 8,3$). Dane dotyczące sposobu żywienia badanych osób uzyskano w oparciu o metodę bieżącego notowania oraz autorski kwestionariusz z pytaniami dotyczącymi m.in.: częstotliwości spożywania posiłków, pojadania, wyboru określonych grup produktów, wykorzystując punktową ocenę jadłospisu wg Starzyńskiej i Test Bielińskiej.

Wyniki. W oparciu o zebrane dane kwestionariuszowe oraz dokonane obliczenia wartości odżywczej i energetycznej zwyczajowej diety badanych otyłych osób z cukrzycą typu 2 stwierdzono m.in.:

- przed wdrożeniem dietoterapii tylko 17% badanych spożywało owoce i warzywa w rekomendowanych ilościach;
- kasze i produkty zbożowe z pełnego przemiału spożywało przed terapią zaledwie 19% osób.

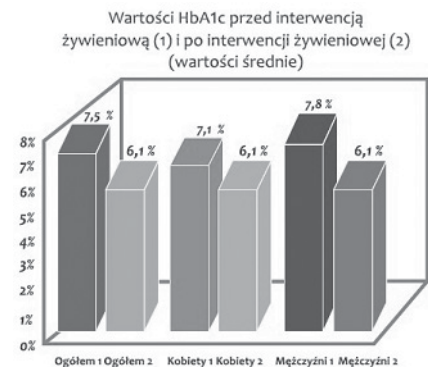
Spośród badanych osób:

- tylko ośmioro jadało regularnie 4–5 posiłków;
- 7 osób jadało 1 posiłek (późnym popołudniem lub wieczorem);
- pozostali badani deklarowali spożywanie 2–3 posiłków.

Po wprowadzeniu korekty sposobu żywienia osób z cukrzycą oczekiwano i uzyskano znaczącą redukcję ogólnej kaloryczności diety pacjentów oraz dobre wyrównanie metaboliczne wyrażone HbA_{1c}. Wartości HbA_{1c} przed interwencją żywieniową wynosiły w grupie mężczyzn 7,8% oraz 7,1% w grupie kobiet, natomiast po interwencji żywieniowej w obu grupach HbA_{1c} osiągnęła wartość 6,1% (rekomendowaną przez PTD). Zastosowana modyfikacja skutkowała zmianą kaloryczności w grupie mężczyzn do średniej wartości 1817 kcal (z 2432 kcal/dobę), a w grupie kobiet do 1531 kcal/dobę (z 1910 kcal/dobę) ($p < 0,05$).

Wnioski. 1. W celu poprawy przestrzegania zaleceń żywieniowych konieczna jest indywidualna edukacja z zakresu dietoterapii pacjenta z cukrzycą typu 2 oraz jego rodziny. 2. Intensyfikacja leczenia farmakologicznego powinna być prowadzona równorzędnie z intensyfikacją edukacji żywieniowej. 3. Na dobre wyrównanie metaboliczne w ogromnym stopniu składa się prawidłowy sposób żywienia osób z cukrzycą, bowiem tylko dobrze wyedukowani w tym zakresie pacjenci, są w stanie osiągnąć oczekiwane cele terapeutyczne (tab., ryc.).

Składniki odżywcze	Mężczyźni		Kobiety		p
	Przed interwencją	Po interwencji	Przed interwencją	Po interwencji	
Energia [kcal]	2432	1817	1910	1531	< 0,05
Białko [g]	81,2	63,8	60,3	53,5	< 0,05
Tłuszcze [g]	97,2	53,1	78,3	48,2	< 0,05
SFA [g]	36,2	17,6	30,1	18,2	< 0,05
MFA [g]	44,1	20,7	35,6	17,8	< 0,05
PFA [g]	16,9	16,1	12,6	12,2	NS
Cholesterol [mg]	371	190,3	247	156,3	< 0,05
Węglowodany [g]	308	244,2	241	224	< 0,05
Sacharoza [g]	103,6	25,6	71,1	21,4	< 0,05
Błonnik [g]	13,4	30,8	25,1	35,9	< 0,05



■ P2

Częstotliwość występowania niealkoholowej stłuszczeniowej choroby wątroby (NAFLD) wśród pacjentów z rozpoznaną cukrzycą typu 2

Michalina Nowak, Hanna Stankowiak-Kulpa, Emilia Marcinkowska, Marian Grzymiśławski

Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Metabolicznych i Dietetyki, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego, Poznań

Streszczenie wydrukowane w Sesji Plakatowej XIII Zjazdu PTD — P44

■ P3

Rola czynników środowiskowych i społecznych oraz edukacji w wyrównaniu metabolicznym cukrzycy typu 1 u dzieci — badania własne

Anna Stefanowicz^{1, 2}, Dorota Birkholz³, Małgorzata Myśliwiec³, Maciej Niedźwiecki³, Radosław Owczuk⁴, Anna Balcerska³

¹Dzienne Studia Doktoranckie, Katedra i Klinika Pediatrii, Hematologii, Onkologii i Endokrynologii, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk, ²Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego, Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk, ³Katedra i Klinika Pediatrii, Hematologii, Onkologii i Endokrynologii, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk, ⁴Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk

Wstęp. Cukrzyca typu 1 jest przewlekłą, nieuleczalną chorobą wieku dziecięcego. Stosowanie odpowiedniej insulino-terapii, diety, wysiłku fizycznego oraz edukacja pacjentów i samokontrola prowadzona przez chorych pozwala na uzyskanie normoglikemii i dobrego wyrównania metabolicznego cukrzyca. Celem pracy była ocena wpływu różnych czynników społecznych i środowiskowych, ze szczególnym uwzględnieniem edukacji, na poziom wyrównania metabolicznego cukrzyca.

Materiał i metody. Badania ankietowe przeprowadzono u 102 dzieci w wieku 0–18 lat z rozpoznaniem cukrzyca typu 1. Uwzględniając stężenie HbA_{1c} wszystkich pacjentów podzielono na 2 grupy badawcze: grupę A (63 pacjentów z dość dobrze i średnio wyrównaną metabolicznie cukrzyca typu 1) i grupę B (39 pacjentów z niewyrównaną metabolicznie cukrzyca typu 1). Przeanalizowano wpływ różnych czynników środowiskowych i społecznych na stopień wyrównania metabolicznego cukrzyca typu 1.

Wyniki. W przeprowadzonych badaniach nie stwierdzono wpływu typowych czynników środowiskowych i społecznych na poziom wyrównania metabolicznego cukrzyca typu 1 takich jak: miejsce zamieszkania, płeć, wykształcenie rodziców oraz ich aktywność zawodowa. Natomiast wykazano różnice znamienne statystycznie pomiędzy grupą A i B w zakresie poziomu wiedzy na temat choroby, metod jej leczenia, regularności spożywania posiłków, posiadania wagi do pomiaru żywności oraz samooceny w zakresie przygotowania do pielęgnacji i opieki nad dzieckiem chorym na cukrzyca typu 1.

Wnioski. 1. Ciągła edukacja pacjentów z cukrzyca typu 1 i ich rodzin na temat choroby i jej leczenia znacząco wpływa na poziom wyrównania metabolicznego. 2. Decydujący wpływ na stopień wyrównania metabolicznego cukrzyca ma regularność spożywania posiłków oraz używanie wagi do pomiaru żywności.

■ P4

Osiągnięcie poprawy wyników kontroli glikemii poprzez poznanie technik stosowania insulino-terapii u pacjentów dorosłych z cukrzyca

Alicja Szewczyk^{1, 2}, Beata Stepanow¹, Mirosława Młynarczuk^{1, 3}, Dorota Herbut^{1, 4}, Barbara Jakusz^{1, 5}, Agnieszka Wróblewska^{1, 6}, Zofia Lis^{1, 7}

¹Stowarzyszenie Polska Federacja Edukacji w Diabetologii, Warszawa, ²Klinika Endokrynologii i Diabetologii, Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”, Warszawa, ³Klinika Gastroenterologii i Chorób Przemiany Materii, CSK, Warszawa, ⁴Katedra i Klinika Endokrynologii, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4, Lublin, ⁵Oddział Chorób Wewnętrznych i Leczenia Schorzeń Endokrynologicznych, Szpital Morski, Gdynia, ⁶Oddział Diabetologiczny i Endokrynologiczny, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Olsztyn, ⁷NZOZ „MEDIAB” Centrum Diabetologii, Łódź

Wstęp. Celem pracy było poznanie stosowanych technik iniekcji insuliny do osiągnięcia poprawy wyników kontroli glikemii u osób z cukrzyca.

Materiał i metody. Badanie przeprowadzono w 5 Ośrodkach Diabetologicznych w Polsce w lutym i w marcu 2010 r. Wywiadem objęto 5 pielęgniarek oraz 100 losowo wybranych pacjentów stosujących terapię insulinową z użyciem wstrzykiwaczy typu pen w wieku 43,4 ± 10,1 charakteryzujących się wskaźnikiem masy ciała (BMI) wynoszącym 30,5 ± 4,3 kg/m². Do badania wykorzystano kwestionariusz ankiety skierowany do pielęgniarki oraz kwestionariusz wywiadu skierowany do pacjentów z cukrzyca, dotyczący technik iniekcji insuliny. Do analizy wyników użyto oprogramowania *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Wykonano analizę chi-kwadrat dla tabel kontyngencji.

Wyniki. 75,3% badanych miało wartość hemoglobiny glikowanej > 8%. 82,6% pacjentów wykonywało iniekcje z uniesieniem fałdu skórno-ego. 28% z nich zwalniało fałd przed koń-

cem iniekcji, a pozostali zaraz po iniekcji. 84,9% badanych wykorzystywało okolice brzucha do iniekcji, 84,3% udo, lecz tylko 40% pośladek i 36,4% ramię. 90,7% pacjentów robiło iniekcje w obrębie wykorzystywanego obszaru. 50,5% badanych zgłosiło, że ma błąd zmiany lipodystroficzne. 87,9% pacjentów utrzymywało igłę pod skórą < 10 sekund i 58% z nich zgłaszało wyciek insuliny z pena po iniekcji. 58,7% pacjentów nigdy nie miało badanych miejsc iniekcji insuliny. Kwestionariusz ankiety skierowany do pielęgniarki wskazał, że 11,2% pacjentów miało widoczne zmiany lipodystroficzne w okolicy brzucha, 15% w okolicy ud, 5% w okolicy pośladków i 6,3% w okolicach ramion. 77,6% badanych zwalniało fałd skóry przed wyjęciem igły.

Wnioski. Badanie wykazało, iż występowanie lipodystrofii oraz wyniki HbA_{1c} > 8% wśród badanych świadczą o tym, że: pacjenci wykonując iniekcje insuliny, nie zmieniają obszaru miejsc wstrzykiwień, zwalniają fałd skóry przed końcem lub zaraz po iniekcji, pacjenci utrzymują igłę po podaniu insuliny < 10 sekund pomimo obserwowanego wycieku insuliny z igły po iniekcji. Pielęgniarki powinny prowadzić systematycznie reedukację pacjentów z technik podawania insuliny, sprawdzać miejsca wstrzykiwania insuliny oraz nauczyć pacjenta badania siebie samego w celu wczesnego wykrycia lipodystrofii.

■ P5

Promocja zdrowia wśród dzieci i młodzieży z cukrzyca typu 1

Agnieszka Bukiewicz¹, Renata Wójcik², Anna Basa², Dorota Mocarska², Urszula Bauerfeind²

¹Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Zespołu Lekarza Rodzinnego „Panaceum”, Nowy Tomyśl, ²Katedra Auksologii Klinicznej i Pielęgniarstwa Pediatrycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego, Poznań

Streszczenie wydrukowane w Sesji Plakatowej XIII Zjazdu PTD — P89

■ P6

Przygotowanie młodych dorosłych do przejścia z lecznictwa pediatrycznego do leczenia w ośrodku dla dorosłych. Propozycja modelu kontynuacji opieki w terapii cukrzyca

Joanna Pietrusińska¹, Alicja Szewczyk², Anna Jakubowska-Winecka¹, Daniel Witkowski²

¹Zakład Psychologii Zdrowia, Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”, Warszawa, ²Klinika Endokrynologii i Diabetologii, Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”, Warszawa

Zmiana systemu opieki, z pediatrycznego na internistyczny, w leczeniu młodych dorosłych z cukrzyca to proces wymagający znacznego wysiłku adaptacyjnego. Pojawiające się problemy związane z procesem przechodzenia z jednego systemu leczenia do innego dotyczą zarówno pacjenta, jak i jego rodziny. Występują w okresie bezpośrednio poprzedzającym moment zmiany pod postacią lęku, poczucia niepewności i zagrożenia oraz zaraz po zmianie jako brak poczucia bezpieczeństwa, przeciążenie odpowiedzialnością, opór, zagubienie i w efekcie, często, zaniedbywanie leczenia. Może to doprowadzić nawet do rezygnacji z systematycznej opieki specjalistycznej. Konieczne jest ustalenie zasad postępowania w celu odpowiedniego przygotowania młodzieży do zmiany systemu leczenia i pomocy w akceptacji tej zmiany.

Plakat przedstawia propozycję programu ułatwiającego przekazywanie i przechodzenie pacjenta młodzieżowego pod opiekę ośrodka diabetologicznego dla dorosłych. Proponowane postępowanie obejmuje:

1. edukację pacjenta i jego rodziny w celu przygotowania do planowanej zmiany systemu leczenia już od 16. rz.;
2. rozpoznanie problemów pacjenta i rodziny związanych z perspektywą zakończenia leczenia w ośrodku pediatrycznym i rozpoczęcia w internistycznym;
3. szkolenie i edukację personelu medycznego;
4. ustalenie szczegółowych zasad przekazywania pacjenta (np. wybór momentu przejścia, ustalenie miejsca kontynuowania opieki, kontakt z nowym ośrodkiem);
5. monitorowanie terapii w początkowej fazie po przejściu do ośrodka dla dorosłych.

■ P7

Wiedza dzieci na temat samokontroli i pielęgnacji w cukrzycy typu 1

Dorota Ruszkowska¹, Anna Basa², Renata Wójcik², Dorota Mocarska², Barbara Wisłocka²

¹Klinika Diabetologii i Otyłości Wieku Rozwojowego, Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera w Poznaniu, ²Katedra Auksologii Klinicznej i Pielęgniarstwa Pediatrycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego, Poznań

Streszczenie wydrukowane w Sesji Plakatowej XIII Zjazdu PTD — P87

■ P8

Ocena poziomu wiedzy pacjentów z cukrzycą typu 2 na temat właściwej pielęgnacji stóp

Ewa Kostrzeva-Zabłocka^{1, 2}, Piotr Dziemidok^{2, 3}, Ewa Nowakiewicz⁴, Krzysztof Marczewski^{1, 5}

¹Katedra Pielęgniarstwa Wydziału Fizjoterapii i Pedagogiki, Wyższa Szkoła Zarządzania i Administracji, Zamość, ²Oddział Diabetologiczny, Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki, Lublin, ³Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II, Biała Podlaska, ⁴Wydział Pielęgniarstwa, Wyższa Szkoła Zarządzania i Administracji, Zamość, ⁵Oddział Nefrologii Endokrynologii, Nadciśnienia Tętnicznego i Chorób Wewnętrznych, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II, Zamość

Wstęp. Zespół stopy cukrzycowej jest jednym z najgroźniejszych powikłań cukrzycy, którego występowanie można jednak skutecznie ograniczyć przez stosunkowo proste działania pielęgnacyjne. Celem pracy było sprawdzenie stanu wiedzy pacjentów na temat pielęgnacji stóp.

Materiał i metody. Zbadano 92 pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych w Poradni Diabetologicznej w Chełmie i 92 leczonych w Oddziale Diabetologicznym IMW w Lublinie. Wiedzę o właściwej pielęgnacji stóp oceniono na podstawie wypełnionej przez chorych ankiety składającej się z 10 pytań.

Wyniki. Wyniki testu ($8 \pm 1,46$ pkt, minimalny 3 pkt, a maksymalny 10 pkt, mediana i modalna 8), wskazywały na dobry stan wiedzy badanych. W grupie chełmskiej, najtrudniejszym pytaniem było pytanie dotyczące obcinania paznokci: prosto (48) i półokrągło (44), w grupie lubelskiej pytanie o kierunek mycia stóp: od stopy do tułowia (37) i od tułowia do stopy

(55). Lepsze wyniki uzyskały kobiety ($8,0 \pm 1,5$ v. $7,3 \pm 1,6$; $p < 0,05$) i mieszkańcy miasta ($8,0 \pm 1,5$ v. $7,15 \pm 1,5$; $p < 0,02$) oraz osoby niepalące, ale tylko w pytaniu o obcinanie paznokci. Nie znaleziono korelacji wyników z wiekiem i wykształceniem.

Wnioski. Wiedza na temat pielęgnacji stóp jest wśród pacjentów z cukrzycą typu 2 znacznie zróżnicowana. Istnieje potrzeba otoczenia szczególną opieką grup słabiej wyedukowanych, jak mężczyźni i mieszkańcy wsi oraz zwrócenia uwagi na mniej znane sposoby pielęgnacji, jak obcinanie paznokci i kierunek mycia stóp.

■ P9

Ocena realizacji zaleceń Polskiej Federacji Edukacji w Diabetologii (PFED) w zakresie prowadzenia samokontroli glikemii za pomocą glukometru przez pacjentów dorosłych z cukrzycą

Beata Stepanow

Polska Federacja Edukacji w Diabetologii, Warszawa

Wstęp. Samodzielna kontrola glikemii za pomocą glukometru przez pacjentów jest jednym z istotnych elementów leczenia cukrzycy. Celem pracy była ocena realizacji zaleceń Polskiej Federacji Edukacji w Diabetologii w zakresie prowadzenia samokontroli glikemii za pomocą glukometru przez pacjentów z cukrzycą.

Materiał i metody. Badaniami objęto 200 losowo wybranych pacjentów w wieku $40,4 \pm 10,1$ z cukrzycą trwającą średnio $8,2 \pm 6,6$ leczonych w Ośrodkach Diabetologicznych w Polsce na przełomie 2009/2010 r., charakteryzujących się wskaźnikiem masy ciała (BMI) wynoszącym $32,6 \pm 6,3$ kg/m². Wszyscy badani byli uczestnikami 5-dniowego programu edukacyjnego realizowanego w Ośrodkach Diabetologicznych. W przeprowadzonych badaniach wykorzystano kwestionariusz ankiety dla pacjenta. Oceniano liczbę dokonywanych przez pacjenta pomiarów glikemii w ciągu doby oraz zasady przestrzegania zaleceń PFED dotyczących pomiaru glikemii na glukometrze. Chorych na cukrzycę podzielono na dwie grupy, w zależności od liczby pomiarów glikemii: grupa A < 3 pomiary glikemii/dzień i grupa B ≥ 3 pomiarów glikemii/dzień.

Wyniki. Zanotowano różnicę w wartościach HbA_{1c} między grupą A a grupą B, odpowiednio: $9,7 \pm 1,7$ i $6,5 \pm 1,4\%$. 65% pacjentów nie myje rąk przed pomiarem glikemii za pomocą glukometru. 42% nie dezynfekuje miejsca nakłucia palca kończyn górnych. 80% pacjentów wyrzuca zużyte lancety i paski testowe po wykonaniu pomiaru glikemii do kosza na śmieci. Natomiast 20% pacjentów przechowuje zużyte paski testowe i chusteczki higieniczne z krwią w etui glukometru.

Wnioski. Uzyskane wyniki wskazują, iż częstość pomiaru glikemii na glukometrze ma wpływ na poprawę kontroli metabolicznej cukrzycy w zakresie HbA_{1c}. Wskazane byłoby określenie wytycznych dla pacjentów dotyczących postępowania z odpadami zawierającymi krew po pomiarze glikemii. Pielęgniarki powinny prowadzić systematycznie reedukację pacjentów w temacie samokontroli cukrzycy ze szczególnym uwzględnieniem prawidłowej techniki pomiaru glikemii za pomocą glukometru.