*Natasza Tobiasz-Kałkun, Alicja Szewczyk, Renata Koczan, Anna Ignaczak, Małgorzata Masierek, Jerzy M. Loba.*

*ZALECENIA DO EDUKACJI DIABETOLOGICZNEJ NA PODSTAWIE ANALIZY WYBRANYCH*

*ASPEKTÓW BEZPIECZEŃSTWA PODAWANIA INSULINY WSTRZYKIWACZEM W GRUPIE*

*PACJENTÓW Z CUKRZYCĄ TYPU 2*

**Wprowadzenie*:***Okresowa ocena techniki wykonania iniekcji i jakości technicznej sprzętu jest obowiązkową procedurą w opiece nad pacjentem z cukrzycą. Poznanie charakteru nieprawidłowości ma ogromne znaczenie w planowaniu interwencji edukacyjnej i poprawie skuteczności leczenia.

**Cel badań:** Próba zdiagnozowania rodzaju najczęstszych nieprawidłowości w technice samodzielnej iniekcji insuliny wstrzykiwaczem przez pacjenta z cukrzycą typu 2 i określenie zakresu edukacji.

**Materiał i metoda:** W projekcie badawczo-edukacyjnym przeprowadzonym w 2013 r w Polsce wzięło udział 4513 pacjentów z cukrzycą typu 2, >18 r.*ż.,* których przydzielono do 2 grup: A – pacjenci wymagający wymiany zestawu iniekcji insuliny (niezależna decyzja pacjenta i lekarza) orazB – pacjenci pozostający przy używanym aktualnie wstrzykiwaczu. Techniką edukacji był pokaz z instruktażem. W badaniu ankietowym (kwalifikacja do badań oraz ocena techniki iniekcji (przed i po edukacji). wykorzystano 3 autorskie kwestionariusze wywiadu: jeden kwestionariusz „lekarski” oraz 2 kwestionariusze „pielęgniarskie”.

**Wyniki:** Średnia wieku w badanych grupach wynosiła: A – 65,39 lat (SD = 10,18, 95% CI = 65,06–65-72) vs B – 64,73 (SD = 9,98, 95% CI = 63,73–65,73). Większość stanowiły kobiety A – 53% vs B – 52,98%. Czas leczenia insuliną (lata): A – 5,26 (SD = 4,95, 95% CI 5,10–5,43 vs B – 6,30 (SD = 5,75, 95% CI = 5,72–6,87).

W czasie miedzy dwiema wizytami (przed i po edukacji) istotnie wzrósł odsetek osób, które: poprawnie przechowywały peny z insuliną (A – 87,18%/93,81% vs B – 90,36%/94,19%; p < 0,01) i nowe wkłady insuliny (A – 95,43%/99,09% vs B – 97,23%/99,75%), prawidłowo mieszały insulinę (A – 51,23%/79,23% vs B:57,10%/81,79%; p <0,001), zmieniały miejsce wstrzyknięć za każdym razem (A – 64,47%/79,96% vs B – 66,50%/82,19%; p <0,001), wystrzykiwały 1–2 j. przed podaniem (46,06%/83,36% vs 54,31%/83,67%; p <0,001), Wzrosła świadomość konieczności doboru długości igły (A – 51,12%/94,95% vs B – 55,30%/93,69%; p <0,001) i odsetek osób rzeczywiście dobierających rozmiar w praktyce (A – 44,73%/79,79% vs B – 52,27%/78,34%; p <0,001). Wzrósł odsetek osób wymieniających igły po każdej iniekcji (A – 6,7%/28,44% vs B – 7,12%/27,23%; p <0,001) jednak część nadal dokonywała zmiany co kilka wstrzyknięć (A – 54,44% vs B – 55,72%) lub przy wymianie wkładów (A – 17,12% vs B – 17,05%). Zmniejszyła się liczba osób nie dbających o higienę wstrzykiwaczy w ogóle (A – 41,81%/5,11% vs B – 39,80%/6,14%; p <0,001) i wzrosła liczba osób czyszczących wstrzykiwacze codziennie (A – 4,35%/18,78% vs B – 4,34%/19,18%).

**Wnioski:**

**1.** W obu badanych grupach, podczas pierwszej wizyty stwierdzono nieprawidłowości w technice iniekcji insuliny.

2. Podczas drugiej wizyty, która miała miejsce po edukacji, stwierdzono, że większość ocenianych parametrów uległa istotnej poprawie, chociaż nadal odbiega od stanu pożądanego, szczególnie w zakresie wymiany igły przy każdej iniekcji.

3. Okresowa edukacja jest niezbędna, szczególnej uwagi wymaga motywowanie pacjenta, ponieważ stopień przestrzegania zaleceń bezpieczeństwa nie odzwierciedla odnotowanego wzrostu poziomu wiedzy (jest niższy).