

3/II/2008

pfed

magazyn edukacyjny

kwartał II 2008

TEMAT NUMERU:

**Wsparcie psychologiczne
podczas rozpoznania cukrzycy**

SPECJALIZACJA

– pielęgniarstwo diabetologiczne

**Zaproszenie na konferencję
naukowo-szkoleniową PFED**

POLSKA FEDERACJA EDUKACJI W DIABETOLOGII



FEND
Federation of European Nurses in Diabetes

Pismo Polskiej Federacji
Edukacji w Diabetologii



SPONSORAMI PFED SĄ:



Wszystkie prace plastyczne zamieszczone w Magazynie Edukacyjnym PFED, powstały w Świetlicy Terapeutycznej, w Klinice Chorób Metabolicznych, Endokrynologii i Diabetologii, Instytut – „Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie, pod kierunkiem pedagogów: Beaty Kamińskiej, Anny Matejczuk, Krystyny Różańskiej.

SPIS TREŚCI

SAMOKSZTAŁCENIE

Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego 1

TEMAT WYDANIA

Wsparcie psychologiczne podczas rozpoznania cukrzycy 2

FEND DONOSI

Wpływ wielkości igły dla podskórnych iniekcji insuliny 6

WYDARZENIA

Warsztaty prowadzone przez PFED podczas konferencji w Zakopanem 8
Zaproszenie na konferencję 9
III edycja Kursu Doksztalającego – Dębe 2008 10

EDUKACJA

Edukacja zdrowotna – modele edukacji zdrowotnej (część druga) 12
Wyciąg z Zaleceń PTD na rok 2008 17

PRACE ORYGINALNE

Edukacja i samokontrola chorych na cukrzycę t 2 20

ARTYKUŁ SPONSOROWANY

Racjonalizm i skuteczność 25

ADRES REDAKCJI

Polska Federacja Edukacji w Diabetologii
Poradnia Diabetologiczna
Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”
Al. Dzieci Polskich 20, 04-730 Warszawa
tel. (022) 815 70 96, fax. (022) 815 12 32
e-mail: redakcja@pfed.org.pl

REDAKCJA

Renata Adamska – dział FEND donosi, renata.adamska@pfed.org.pl
Elżbieta Kościńska – dział Edukacja, elzbieta.koscinska@pfed.org.pl
Mirosława Młynarczuk – dział Zespół Edukacyjny w pracy, mirosława.mlynarczuk@pfed.org.pl
Sabina Przewoźniak – dział Zespół Edukacyjny w pracy, sabina.przewozniak@pfed.org.pl
Jolanta Nowak – dział Wydarzenia, jolanta.nowak@pfed.org.pl
Jadwiga Sporn – dział Samokształcenie, jadwiga.sporn@pfed.org.pl
Alicja Szewczyk – dział Prace Oryginalne, alicja.szewczyk@pfed.org.pl

PATRONAT NAUKOWY

Prof. dr hab. n. med. Krzysztof Strojek
Dr n. biol. Grażyna Kruk-Kupiec

RADA NAUKOWA

Prof. zw. dr hab. Władysław Grzeszczak
Prof. dr hab. n. med. Waldemar Karnafel
Dr hab. prof. UKW Maria Kuchcińska
Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Piontek
Prof. zw. dr hab. Jacek Sieradzki
Prof. dr hab. Jan Tylka
Doc. dr hab. n. med. Mieczysław Litwin
Dr n. biol. Elżbieta Buczkowska
Dr n. med. Marianna Bąk
Dr n. med. Krystyna Piskorz-Ogórek
Dr n. med. Zofia Ruprecht
Dr med. Ewa Semetkowska-Jurkiewicz
Mgr Leokadia Jędrzejewska
Mgr Grażyna Piegoń

KOREKTOR MERYTORYCZNY

Alicja Szewczyk

KONTAKT Z ZAGRANICĄ

Renata Adamska

WYDAWCA

SUGAR Free
ul. Sucha 1/5, 30-601 Kraków
wydawnictwo_sugarfree@o2.pl



STOWARZYSZENIE POLSKA FEDERACJA EDUKACJI W DIABETOLOGII

ZAPRASZA PIEŁĘGNIARKI DO UDZIAŁU W I EDYCJI SPECJALIZACJI W DZIEDZINIE PIEŁĘGNIARSTWA DIABETOLOGICZNEGO.

Termin rozpoczęcia specjalizacji uzależniony jest od przetargu na środki publiczne z Ministerstwa Zdrowia (przybliżony termin – czerwiec 2008 roku).

Podstawa prawna:

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych.
2. Decyzja administracyjna Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych NR 291/07.

Tryb kształcenia: mieszany.

Czas realizacji programu: 18-24 miesiące.

Do szkolenia specjalizacyjnego może przystąpić pielęgniarka, która:

1. posiada prawo wykonywania zawodu,
2. posiada co najmniej dwuletni staż pracy w zawodzie,
3. została dopuszczona do udziału w specjalizacji przez komisję kwalifikacyjną.

Warunki kwalifikacji:

1. złożenie u organizatora specjalizacji kompletu wymaganych dokumentów:
 - a. wniosek o dopuszczenie do specjalizacji,
 - b. dokument potwierdzający staż pracy w zawodzie,
 - c. kopię prawa wykonywania zawodu,
 - d. zgodę zakładu pracy na oddelegowanie na czas szkolenia,

- e. w przypadku ubiegania się o zaliczenie części dydaktycznego materiału programu (dotyczy osób spełniających wymogi Rozporządzenia MZ z dnia 29 października zapisane w § 6 i § 7).
 - kopię ukończenia wyższych studiów magisterskich,
 - kopię dokumentu ukończenia specjalizacji w innej dziedzinie.

2. Przystąpienie do testu kwalifikacyjnego i uzyskanie oceny pozytywnej.

**Koszt całkowity specjalizacji w dziedzinie
pielęgniarstwa diabetologicznego
wynosi 5 450 PLN**



ADRES ORGANIZATORA:

Polska Federacja Edukacji w Diabetologii
Poradnia Diabetologiczna
Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”
Al. Dzieci Polskich 20, 04-730 Warszawa,
tel. 022 815 70 96, fax. 022 815 12 32

Formularze wniosków znajdują się
na stronie internetowej PFED:
www.pfed.org.pl

INFORMACJE DODATKOWE:

Kierownik Specjalizacji
mgr Alicja Szewczyk – tel. 605 594 163

WSPARCIE PSYCHOLOGICZNE PODCZAS ROZPOZNANIA CUKRZYCY

Rozpoznanie cukrzycy ma szybki i wielostronny wpływ na pacjenta i jego rodzinę. Osoba chora oraz najbliżsi zwykle są w sytuacji kryzysowej, z szeroką gamą różnych negatywnych emocji m.in. smutku, poczucia winy, lęku, złości. Siła reakcji emocjonalnych będzie tu jednak zależała od wielu czynników, m.in. wieku, reaktywności (temperamentu), doświadczeń pierwotnych z sytuacją choroby czy innymi sytuacjami trudnymi, sytuacji rodzinnej lub czynników biologicznych (przebieg leczenia choroby oraz pomocy ze strony pracowników zespołu terapeutycznego). Przystosowanie do diagnozy cukrzycy zabiera pacjentowi od 6 do 9 miesięcy, zaś osobom najbliższym od 9 do 12 miesięcy. Wymaga ono specyficznego podejścia terapeutycznego. Pomoc wielu specjalistów (lekarz diabetolog, edukator, dietetyk, psycholog) umożliwia sprostanie różnym troskom i pytaniom, jakie wywołuje to wydarzenie. Wsparcie emocjonalne (m.in. empatia, zrozumienie i akceptacja przeżywanych uczuć) i informacyjne (m.in. wiedza z zakresu przyczyn choroby i metod leczenia oraz diety) to istotne składniki leczenia. Aby móc usprawnić funkcjonowanie i udział chorego w leczeniu istotne jest rozpoznanie indywidualnej sytuacji psychologicznej i życiowej pacjenta i ustalenie możliwości i ograniczeń chorego w aktywnym leczeniu cukrzycy.

„W rzeczywistości, cokolwiek proponujemy pacjentowi, niezależnie od tego jak jest to doskonałe i potencjalnie przydatne, nie sprawi niczego dobrego, dopóki nie będzie to miało sensu dla pacjenta w jego realnym, codziennym życiu” (Rubin, 2000).

Rozpoznanie cukrzycy u dzieci, młodzieży.

W sytuacji diagnozy cukrzycy dzieci oraz ich najbliżsi są zwykle w sytuacji szczególnie trudnej. Najbliższa rodzina nie zawsze wie, jak postępować, czy zachowywać się wobec dziecka, co często wzmacnia lęk lub niepokój. Dostosowanie działań terapeutycznych w oparciu o dostępną wiedzę z zakresu diabetologii dziecięcej do warunków pracy z dziećmi w czasie rozpoznawania cukrzycy może pozwolić osiągnąć cele i wytyczne zawarte w dokumentach mających podstawowe znaczenie dla organizacji opieki diabetologicznej m.in. w Deklaracji z St. Vincent (1989). Zakłada ona dążenie do osiągnięcia optymalnego zdrowia, dobrobytu społecznego oraz optymalnej jakości życia wszystkich dzieci i młodzieży chorych na cukrzycę na całym świecie (2, 3, 4).

Zaangażowanie dziecka w leczenie, edukację cukrzycową zależy od jego wieku – dojrzałości fizycznej, umysłowej i emocjonalnej. Korzystne jest, aby możliwie najwcześniej włączyć dziecko w proces leczenia, aby mogło połączyć zmaganie się z chorobą, nabywanie nowych umiejętności i rozwijanie zdolności czy samokontroli. Inny jest oczywiście udział młodszych dzieci, a inny starszych czy nastolatków, w zależności od ich możliwości (5, 6).

Dziecko **do 2 roku życia** nie rozumie, na czym polega choroba. Można proponować rodzicom i opiekunom wprowadzanie do codziennego rozkładu dnia prostych czynności związanych z leczeniem cukrzycy, aby wspólnie z mamą czy tatą wybierało palec do nakłucia, aby samodzielnie nacisnęło przycisk na glukometrze lub pomogło wybrać miejsce wstrzyknięcia.



Od 2 roku życia trudno jest dziecku zrozumieć, co się stało i uwierzyć, że klucie pomaga czuć się dobrze. Może mieć ono poczucie, że nakłucia i cukrzyca to coś innego, nowego, dziwnego, a może są karą za jakiś przewinienie – na przykład, że był niemiły w stosunku do swojego brata lub siostry. „Uderzyłem brata i dlatego dostałem cukrzycę”. Można wtedy pomóc dziecku tłumacząc, że na cukrzycę choruje więcej dzieci i że w żadnym wypadku nie jest to kara za jakiegokolwiek postępowanie. Spróbujmy wytłumaczyć dziecku, że cukrzyca po prostu jest i nikt nie jest temu winny – „Jacek ma astmę, nikt nie jest temu winny, ty się tym nie możesz zarazić. Podobnie jest z cukrzycą”. **Przypominajmy dziecku, że nie miało wpływu na to, że zachorowało na cukrzycę. W wieku przedszkolnym i szkolnym** dziecko może w okresie rozpoznania choroby początkowo sprawiać wrażenie, że zaakceptowało cukrzycę, później jednak może stać się smutne, lękliwe, zbuntowane lub zmartwione sobą. Może ono okazywać smutek, złość czy lęk poprzez niegrzeczne zachowanie, niechęć do współdziałania, upór. Wsparciem dla dziecka będzie zapewnienie osoby dorosłej, że razem będziecie sobie radzić z cukrzycą, że ma na kogo liczyć i mimo rozpoznania cukrzycy życie potoczy się dalej. Myślenie magiczne, fantastyczne (charakterystyczne dla tego wieku) powoduje, że emocje i przeżywane stany uczuciowe są szczególnie związane z myśleniem o cukrzycy. Zabawa, jak na przykład robienie lalce lub pluszowej zabawce zastrzyków (aby uniknąć wypadku, usuń najpierw igłę) pozwala dziecku wyrazić swoje uczucia, odreagować swój strach i wprowadzić je w czynności związane z cukrzycą poprzez bezpośrednie i dostosowane do wieku komunikowanie się z dzieckiem. Nie oczekujmy perfekcji od małego dziecka.

Bądźmy pogodni i okazujmy dziecku dużo uczucia. Wsparcie jest mu bardzo potrzebne, jednak wciąż potrzebuje ono wyznaczenia wymagań i ograniczeń związanych z chorobą (7).

Nastolatkowi w momencie diagnozy może być trudno uwierzyć

w rozpoznanie i przyjąć do wiadomości, że cukrzyca będzie mu towarzyszyć do końca życia. W tym momencie może pojawić się złość, gdyż z powodu cukrzycy nie będzie mógł postępować tak, jak jego zdrowi rówieśnicy np. jeść to, na co ma ochotę, wtedy gdy tylko o tym pomyśli. Ponieważ młodzi ludzie żyją w kategorii „tu i teraz”, czują się zazwyczaj niewrażliwi na długoterminowe powikłania (8, 9). Nastolatki opisują często swą sytuację jako „ciężką” (3). Zazwyczaj więcej problemów z troszczeniem się o cukrzycę mają dziewczęta niż chłopcy (np. zaburzenia jedzenia – anorexia, bulimia, otyłość lub sprawy dotyczące rozpoczynania miesiączkowania). W 2001 roku T. Wysocki zaproponował realizowanie terapii behawioralnej dla rodzin nastolatków. Nastolatek może poprosić o pomoc w dawkowaniu insuliny lub oznaczeniu stężenia glukozy we krwi. Gdy raz zobaczy, że pomoc zostanie mu udzielona, będzie chętniej z niej korzystał. Gdy wyniki leczenia cukrzycy są zadowalające, ważne jest pochwalenie nastolatka za sposób leczenia oraz poczucie odpowiedzialności. Badania wskazują, iż stosowana terapia daje efekt długoterminowy. Pozytywna zmiana w relacji: rodzic – adolescent stwarzają trwałe zmiany w funkcjonowaniu związanym z chorobą i stanem zdrowia (10). Rodzeństwo chorego dziecka może się obawiać, że będzie mniej kochane i odepchnięte na dalszy plan na korzyść dziecka z cukrzycą. Jest to bardzo trudna i delikatna sytuacja, w której nie ma złych czy dobrych metod postępowania. Rodzeństwo może również obawiać się zachorowania na cukrzycę. Bez odpowiedniej edukacji może nawet obawiać się, że przebywanie obok chorego rodzeństwa może sprawić, iż będą oni bardziej podatni na „złapanie” cukrzycy. I mogą również myśleć, że to oni w jakiś sposób „wywołali” cukrzycę u siostry czy brata, ponieważ w chwili gniewu życzyli im jakiegoś nieszczęścia.

Poradnictwo i edukacja mogą pomóc w rozwiązaniu wielu konfliktów (3,4).



Oddzielnym zagadnieniem jest pomoc udzielana rodzicom i najbliższym opiekunom młodocianych chorych. Ważna jest tu rozmowa z rodzicami, którzy w tym okresie szczególnie potrzebują:

- wsparcia emocjonalnego (empatii); pomocy w radzeniu sobie ze stresem;
- wsparcia informacyjnego i zadaniowego m.in. ustalenie jadłospisu dla dziecka;
- informacji o wpływie rozpoznania cukrzycy na dziecko i o roli dorosłych (rodziców, zespołu leczącego) na jego radzenie sobie z chorobą);
- nauczania się odmawiania dziecku np. dodatkowych posiłków bez narażania go na trudne przeżycia emocjonalne;
- pomocy dla rodzeństwa chorego dziecka.

Tu obok predyspozycji intelektualnych pod uwagę brać należy ogromnie ważny czynnik, jakim jest stan emocjonalny chorego nastolatka. Aktywne włączenie młodocianego chorego oraz jego opiekunów w proces leczenia możliwe jest dopiero po osiągnięciu pewnej równowagi psychicznej i akceptacji choroby.

Aby sam chory mógł przejąć część obowiązków związanych z cukrzycą konieczne jest, by nauczył się więcej o swojej chorobie np. w Poradni Cukrzycowej, czy podczas organizowanych spotkań grupowych dla dzieci, czy młodzieży w podobnym wieku – spotkania szkoleniowe lub spotkania w grupach samopomocy i wzajemnego wsparcia dla dzieci, młodzieży, czy rodziców. Doskonałą okazją do wymiany doświadczeń oraz zmniejszenia poczucia inności dziecka są obozy dla dzieci i młodzieży lub wczasy dla rodziców z dziećmi z cukrzycą. Pierwszy obóz dla dzieci chorych na cukrzycę zorganizowany został w roku 1925 przez dr L.F.C. Wendet w Detroit. W tym samym roku organizację takich obozów przy współpracy z Kliniką Joslina, rozpoczęła dyplomowana pielęgniarka Elizabeth Devine. W roku 1932 obóz dla chorych dziewcząt zorganizował dr Elliot Joslin. W Europie akcje organizowania takich obozów rozpoczął profesor Lastradet we Francji w roku 1953. W Polsce pierwszy obóz zorganizowany został z inicjatywy dr A. Margolis w roku 1961. Obecnie akcja takich obozów rozwija się w całym świecie. Uważane są one za ważny czynnik optymalizacji opieki diabetologicznej nad młodocianymi chorymi na cukrzycę.

W niektórych ośrodkach organizowane są również sobotnio-niedzielne wyjazdy dla całych rodzin. Są książki dla dzieci z cukrzycą. Chore dziecko może się identyfikować z postaciami z opowiadań. Gdy rodzic poczuje, że może mu to pomóc, może skorzystać z pomocy psychologa, psychoterapeuty Poradni Cukrzycowej.

Rozpoznanie cukrzycy u osób dorosłych

Rozpoznanie cukrzycy w szczególności wpływa na sytuację dorosłych pacjentów, co jest spowodowane m.in. koniecznością szczególnych zachowań ze względu na samą chorobę, wpływami środowiska, przeżyciami emocjonalnymi, a także obciążeniem finansowym. Pierwsze spotkanie przedstawicieli zespołu terapeutycznego z pacjentem może mieć duży, a czasem decydujący wpływ na dalszy przebieg leczenia. Szczególnie ważne jest nawiązanie empatycznego i pełnego zrozumienia kontaktu z pacjentem, poznanie przeżywanych przez niego uczuć i sposobów radzenia sobie z nimi, jego oczekiwań dotyczących leczenia, poznanie poglądu pacjenta na edukatora uważanego m.in. za orędownika, cudotwórcę (w zakresie leczenia) lub zagrożenie (odkrywanie założeń terapeutycznych), zebranie danych orientacyjnych o pacjencie (m.in. wiek, sytuacja życiowa, rodzinna, zawodowa), które pomogą w indywidualizowaniu procesu leczenia (12).

Jednocześnie od samego początku ważne jest stopniowe zaznajamianie pacjenta i jego najbliższych z informacjami dot. rozpoznania, konieczności długotrwałego leczenia, a także obciążeniem finansowym. Istotna jest tu również indywidualizacja planu leczenia dla każdego chorego poprzez branie pod uwagę wewnętrznych i zewnętrznych ograniczeń. Tzw. wstępny okres dla chorego ze świeżo ujawnioną cukrzycą trwa 1-2 tygodnie. Po tym okresie rozpoczyna się leczenie, np. wg modelu funkcjonalnej insulinoterapii, łącznie z intensywną edukacją. Uczenie pacjenta i jego najbliższych życia z chorobą zwykle dotyczy również ekspresji emocji i ujawnianych uczuć w zakresie radzenia sobie ze stresem, jakim jest poczucie odmienności, niepokoju przed insulinoterapią, uznaniem konieczności interwencji medycznych, przekształcenia osobowości dla uzyskania akceptacji dla wielu nowych potrzeb.

Zaburzenia emocjonalne związane z diagnozą choroby, nie zawsze uświadamiane przez chorego i jego najbliższych, mogą hamować aktywność terapeutyczną pacjentów. Pacjenci wówczas rozumieją wymogi edukacji diabetologicznej, lecz wykazują opór wobec jej realizowania. Zrównoważenie emocjonalne czy panowanie nad uczuciami może w dużym stopniu wpłynąć na styl i jakość życia chorego na cukrzycę. Rozpoznanie i redukcja przyczyn tych trudności może poprawić skuteczność leczenia poprzez nawiązanie z pacjentem i jego najbliższymi odpowiedniego kontaktu.

Uporanie się przez pacjenta i jego najbliższych z przeżywanym stresem, związanym z rozpoznaniem choroby ułatwia przystosowywanie się do życia z cukrzycą. Wyniki badań Turan i współpracowników ukazują, że to jak osoby z cukrzycą radzą sobie ze stresem, jakim jest ich choroba, odgrywa ważną rolę w przewidywaniu wypełniania przez nich zaleceń terapeutycznych i występowaniu powikłań w przyszłości (13).

Ponieważ ciężar codziennego prowadzenia cukrzycy spada w dużej mierze na samego pacjenta, można mu pomóc w odnalezieniu indywidualnych sposobów radzenia sobie ze stresem (np. wyjście na spacer, do kina, teatru, kilka minut ćwiczeń, medytacji czy modlitwy, udział w zajęciach grupy wsparcia czy treningu relaksacyjnym). Ważne jest włączenie do procesu leczenia i edukacji chorego jego najbliższych.

Należy jednocześnie pamiętać, że wśród chorych na cukrzycę częściej niż w całej populacji występują zaburzenia psychiczne (m.in. depresja, zaburzenia lękowe, zaburzenia odżywiania). W dużej części przypadków diagnoza i leczenie wymagają konsultacji psychiatrycznej (14).

BIBLIOGRAFIA

Dostępna u autorki i w Redakcji.

● Mgr Maria Zegarlicka-Poręba

NASZ EKSPERT:

Mgr Maria Zegarlicka-Poręba

jest psychologiem, pracuje w Górnośląskim Centrum Zdrowia Dziecka i Matki im. Jana Pawła II Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Zawodowo zajmuje się psychoterapią indywidualną i rodzinną, badaniami psychologicznymi z oceną stanu rozwoju psychomotorycznego dzieci i młodzieży, doradztwem psychologicznym dla rodziców. Szczególną uwagę poświęca sytuacji pacjentów z cukrzycą. Jest autorką i współautorką licznych prac poświęconych cukrzycy dzieci i młodzieży.

Wpływ wielkości igły dla podskórnych iniekcji insuliny na kontrolę metaboliczną i akceptację pacjenta

G Kreugel, HJM Beijer, MN Kerstens, JC ter Marten, WJ Sluiter, BS Boot
European Diabetes Nursing, Summer 2007 Vol. 4 No. 2, 51-55

Streszczenie i tłumaczenie artykułu: **Renata Adamska**

Wprowadzenie

W Holandii większość pacjentów leczonych insuliną podaje lek używając pena i jednorazowej igły. Różne badania dowiodły, że właściwa technika iniekcji jest tak samo ważna dla optymalnej kontroli poziomu glukozy jak przepisany i opracowany wspólnie z lekarzem plan leczenia insuliną.(1-4) Dobra kontrola metaboliczna redukuje ryzyko powikłań cukrzycowych (5,6) ale nie ma pewności czy długość igły ma jakikolwiek wpływ na kontrolę metaboliczną. Chociaż American Diabetes Association zaleca wstrzykiwanie insuliny do tkanki podskórnej, nie precyzuje dokładnie gdzie w obrębie tej tkanki powinno nastąpić wstrzyknięcie. Iniekcja insuliny w sąsiedztwie spłotów kapilarów, pomiędzy warstwami tłuszczu i mięśni, niesie ryzyko możliwego wstrzyknięcia insuliny bezpośrednio do mięśnia, prowadząc przez to do szybszego wchłaniania insuliny i zwiększonego ryzyka hipoglikemii.(9,12) Inne możliwe efekty uboczne podawania insuliny to ból, siniaczenie, krwawienie, wyciek insuliny po wycofaniu igły oraz lipodystrofia.(14-16) Chociaż dowiedziono, że używanie igły z mniejszą średnicą powoduje mniej bólu niż używanie igły o większej średnicy u dorosłych, u dzieci takiej zależności nie wykazano.(18) Inne badanie u dorosłych wykazało, że długość igły – 6 lub 12 mm – nie ma wpływu na odczuwanie bólu pacjenta podczas iniekcji.(15)

Obecne badanie miało na celu zbadanie czy długość igły do podskórnego podawania insuliny wpływa na kontrolę metaboliczną, występowanie efektów ubocznych iniekcji i preferencje pacjentów.

Pacjenci i metody

Pacjenci z typem I i II cukrzycy z Uniwersyteckiego Centrum Medycznego w Groningen zostali wybrani spośród pacjentów przychodni i podzieleni na dwie grupy. Grupa A zaczęła używać igły o długości 5 mm, grupa B kontynuowała podawanie insuliny za pomocą igły o długości 8 lub 12 mm. Po 13 tygodniach pacjenci z grupy A powrócili do używania dłuższej igły a ci z grupy B zaczęli stosować igły o długości 5 mm. Po zmianie długości igieł pacjenci kontynuowali iniekcje w te same miejsca podawania insuliny.

5 mm igły używane w badaniu miały zewnętrzną średnicę 0,25 mm i wewnętrzną średnicę 0,12 mm. 8 mm igły miały zewnętrzną średnicę 0,30 mm, a 12 mm igły – 0,36 mm.

Do badania zostali włączeni pacjenci płci męskiej i żeńskiej z typem I i II cukrzycy, którzy wstrzykiwali insulinę przez 1 rok lub dłużej penem z igłą o długości ≥ 8 mm. Kryteria wykluczenia były następujące: samodzielne dostosowywanie dawek insuliny, które były niewłaściwie odnotowywane przez pacjenta, poziom HbA1c $> 15\%$ w roku poprzedzającym badanie, pacjenci używający już igieł o długości 5 lub 6 mm, nieświadomość stanów hipoglikemii, ciąża lub zamiar zajścia w ciążę, nie efektywna antykoncepcja u kobiet, BMI < 18 , grubość fałdu skórniego ≤ 10 mm w miejscach podawania insuliny (brzuch i udo), hemoglobinopatia i lipodystrofia.(..)

Zmienne badania i instrumenty badawcze

Pomiary zostały dokonane na początku badania oraz po 13 i 26 tygodniach. Grubość fałdu skórniego został oznaczony za pomocą fałdomierza Harpenden. HbA1c zostało oznaczone za pomocą ciekłej chromatografii wysokiej wydajności (holenderska norma HbA1c: 4,6-6,1%). Dawki insuliny i epizody hipoglikemii były rejestrowane podczas każdej wizyty.

Do analiz statystycznych wyodrębniono następujące podgrupy badawcze: Dla grupy A pomiary na początku badania zostały porównane z pomiarami po 13 tygodniach, dla grupy B pomiary po 13 tygodniach zostały porównane z pomiarami po 26 tygodniach.

Po używaniu 5 mm igły pacjenci zostali zapytani, którą igłę preferują i dlaczego. Efekty uboczne iniekcji insuliny zostały ocenione za pomocą pół-jakościowego kwestionariusza. Poziom odczuwanego bólu został zmierzony za pomocą skali VAS (a visual analogue scale), punktowany od *bez bólu* do *najgorszy możliwy ból*.

Wyniki

Z ogólnej liczby 68 pacjentów z typem I i II cukrzycy wybranych do badania, 52 pacjentów badanie ukończyło. Charakterystyka pacjentów została przedstawiona w Tab. nr 1.

Analiza statystyczna pomiędzy grupami wykazała brak istotnej statystycznie różnicy w poziomach HbA_{1c} po używaniu igły 5 mm w porównaniu z poziomami HbA_{1c} po używaniu 8 lub 12 mm igieł. Oddzielna analiza pacjentów w grupach A i B wykazała znaczący statystycznie wzrost poziomów HbA_{1c} (p=0.04) w grupie A, kiedy pacjenci powrócili do używania 8 lub 12 mm igieł.

Większość pacjentów (86,5%) preferowało 5 mm igłę (p < 0,05); 7,7% preferowało 8 mm igłę; 3,8% preferowało 12 mm igłę i 1,9% pacjentów nie miało ulubionej długości igły. Powody, dla których pacjenci preferowali 5 mm igłę to: jest łatwiejsza do używania (nie ma potrzeby unoszenia skóry), powoduje mniej siniaków, jest mniej bolesna w używaniu lub jest odczuwana jako przyjemniejsza w użyciu.

Znacząco statystycznie więcej krwawień (p < 0,05), siniaków (p < 0,05) i bólu (p < 0,05) zaobserwowano podczas używania dłuższej igły w porównaniu z igłą krótszą.

Nie było istotnej statystycznie różnicy w wycieku insuliny lub częstości hipoglikemii przy używaniu igły 5 mm w porównaniu z dłuższą igłą.

Dyskusja

W bieżącym badaniu dowiedziono, że używanie 5 mm igły bez wykonywania fałdu skórno, celem wykonania iniekcji insuliny, nie ma żadnych negatywnych wpływów na kontrolę glikemiczną ocenianą poziomem HbA_{1c} w porównaniu z używaniem dłuższej igły razem z fałdem skórny.

Obserwowano znaczący statystycznie wzrost poziomów HbA_{1c} w grupie A pacjentów, którzy używali igły 5 mm w pierwszym okresie badania i powrócili do stosowania dłuższej igły w drugim okresie badania (p=0,04). Jedną z możliwych przyczyn tego stanu rzeczy może być wytłumaczenie, że stres związany z koniecznością powrotu do używania dłuższej igły mógł wpłynąć na poziom HbA_{1c}. Powyższe twierdzenie może popierać fakt, że 86% pacjentów preferuje igłę krótszą. Innym wytłumaczeniem jest, że dłuższa igła powoduje więcej związanych z iniekcją urazów skóry, które mogły niekorzystnie wpłynąć na wchłanianie insuliny.

Wyniki wcześniejszego badania (15), gdzie porównywano użycie 6 mm i 12 mm igły w sytuacji, kiedy pacjenci nie wiedzieli której długości igłę używali, pokazały, że długość igły nie ma wpływu na odczucie bólu. Wyniki aktualnego badania przeczą powyższemu. Jeśli odczuwany ból jest większy, gdy pacjent widzi dłuższą igłę, i gdy sam wstrzykując sobie insulinę w codziennym postępowaniu jest świadomy długości igły, ważne jest by wziąć fakt doboru długości igły pod uwagę w poradnictwie i edukacji diabetologicznej na temat insulinoterapii. (...)

Rekomendacje dla praktyki pielęgniarskiej i lekarskiej

Wyniki tego badania nie są wystarczająco silne by zarekomendować używanie igły o długości 5 mm jako standardowej praktyki. Dla iniekcji insuliny używanie igły o długości 5 mm wiąże się z niezmiennymi poziomami HbA_{1c}, niezmienną częstością lub ciężkością epizodów hipoglikemii i zmniejszeniem dyskomfortu w porównaniu z 8 lub 12 mm igłami. Chociaż wyniki tego badania nie mogą być interpretowane z zamiarem, że szczupli pacjenci mogą zawsze bezpiecznie używać 5 mm igieł, ich używanie jest tak samo bezpieczne jak przy użyciu 8 lub 12 mm igieł u pacjentów z BMI ≥ 18 i z grubością fałdu skórno > 10 mm.

Pacjenci właśnie rozpoczynający leczenie cukrzycy iniekcjami insuliny powinni otrzymać informacje na temat dostępnych długości igieł i produkowanych przez różnych producentów. Powinni być poinformowani, że w przypadku doświadczania różnych problemów podczas iniekcji insuliny, powinni zbadać, czy używanie innych igieł może zmniejszyć problemy.

Wskazane jest przeprowadzenie dalszych badań wśród pacjentów szczupłych i otyłych przy użyciu 5 mm igieł by ustalić wystandardyzowane rekomendacje dla praktyki pielęgniarskiej i lekarskiej.

Tabela 1.
Charakterystyka 52 pacjentów z typem I i II cukrzycy, losowo podzielonych na Grupę A i Grupę B, dobranych do badania długości igły podskórno podawania insuliny

ZMIENNA	GRUPA A	GRUPA B
Płeć (M/K)	18/7	16/11
Wiek (średni ± SD)	58,4±14,6	52,8±18,8
Typ cukrzycy (I/II)	11/14	16/11
BMI (średnie ± SD)	29,5±5,8	27,0±4,7

Bibliografia

Dostępna w Redakcji. ■



WARSZTATY W ZAKOPANEM PROWADZONE PRZEZ PFED

Podczas XI Konferencji Cukrzycy Typu I organizowanej przez Polskie Towarzystwo Diabetologiczne w Zakopanem 10-12.04.2008 r. stowarzyszenie PFED wspólnie z I Sekcją Pediatriczną PTD prowadziło dwie sesje warsztatowe.

Głównym celem pierwszej sesji pt. „Glukometry w samokontroli”, „Dawki insuliny w funkcjonalnej, intensywnej insulinoterapii” było zwrócenie uwagi uczestników na zagadnienie właściwie prowadzonej przez pacjentów samokontroli i samoobserwacji. Sugerowano, by nakłaniać pacjenta, aby uczciwie odpowiedział sobie na pytanie, czy badania glikemii wykonuje dla swojego dobra, czy też w celu pokazania ich rodzicom, lekarzowi czy pielęgniarce podczas wizyt w poradni.

Druga sesja warsztatowa poświęcona była tematowi żywienia i sportu. W części żywieniowej podjęto dwa tematy. Pierwszy dotyczył „Wartości energetycznej produktów, ich indeksu i ładunku glikemicznego” i zreferowany został przez prof. dr hab. n. med. Hannę Kunachowicz i mgr Annę Ukleję z Warszawy. Prof. H. Kunachowicz przedstawiła ogólne zalecenia żywieniowe dla osób chorych na cukrzycę. Mgr Ukleja omówiła indeks i ładunek glikemiczny produktów oraz czynniki żywieniowe, które wpływają na podwyższenie glikemii poposiłkowej. Kolejny wykład w tej sesji prowadzony przez prof. dr hab. n. med. Bognę Wierusz-Wysocką z Poznania miał odpowiedzieć na pytanie „Czy zasady zdrowego żywienia są nam potrzebne?”. Głównym wnioskiem wykładu było stwierdzenie, że przestrzeganie zasad zdrowego żywienia i aktywność fizyczna są nieodzownymi warunkami długiego życia.

Z części poświęconej wysiłkowi fizycznemu przedstawiamy osobistą refleksję rehabilitantki mgr Ilony Makowskiej. „Możliwość uczestniczenia w tej sesji była dla mnie wielkim zaszczytem. Wśród wielu znanych lekarzy diabetologów, pediatrów, internistów, pielęgniarek, dietetyczek i edukatorek byłam jedynym

reprezentantem działalności zajmującej się wysiłkiem fizycznym w leczeniu cukrzycy. Wysiłek fizyczny, jako ważny temat, jest często poruszany w różnych pracach, doniesieniach, ale nie jest rozwijany w szerszym zakresie w pracy zespołów terapeutycznych. Uważam, mimo podzielonych zdań na ten temat, że jest to istotny element w leczeniu cukrzycy, zarówno typu 1 jak i typu 2. Niektórzy lekarze twierdzą, że ruch w postaci ćwiczeń fizycznych czy sportu w cukrzycy typu 1, nie wpływa na wyrównanie glikemii i że jest to możliwe tylko w cukrzycy typu 2. Są to pojedyncze spostrzeżenia i nie do końca potwierdzone w badaniach. Z moich doświadczeń wynika, że wysiłek fizyczny ma duży, pozytywny wpływ na osoby dotknięte cukrzycą typu 2, ale również typu 1. Ruch poprawia sprawność i wydolność fizyczną całego organizmu. Zmniejsza ryzyko chorób serca i układu krążenia. Powoduje utrzymanie prawidłowej masy ciała i zwiększenie masy mięśniowej (beztłuszczowej), a w związku z tym wzmacnia odporność psychiczną, ułatwia pokonanie stresu, podnosi samoocenę. Zmniejsza niepokój i wpływa na możliwość nawiązywania kontaktów towarzyskich, poczucie własnej wartości, akceptację przez otoczenie, wyzwala wolę współzawodnictwa i nie wyróżnia choroby. Dlatego też uważam, że czas przeznaczony na edukację w tym temacie, powinien być zwiększony tak, by problem można było potraktować obszerniej i bardziej znacząco”.

Każda z sesji zakończyła się owocną dyskusją.

Stowarzyszenie PFED serdecznie dziękuje organizatorom: Sekcji Pediatricznej Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego oraz Polskiemu Towarzystwu Diabetologicznemu za zaproszenie do udziału w prowadzeniu sesji warsztatowej.

Z ramienia PFED uczestniczyły: Sabina Przewoźniak, Grażyna Korzeniewska, Ilona Makowska, Alicja Szewczyk.

ZAPROSZENIE

STOWARZYSZENIE: POLSKA FEDERACJA EDUKACJI W DIABETOLOGII ZAPRASZA DO UDZIAŁU W III MIĘDZYNARODOWEJ KONFERENCJI NAUKOWO-SZKOLENIOWEJ

na temat: „Edukacja diabetologiczna – terażniejszość a wyzwania przyszłości”
WARSZAWA, 5-6 XII 2008 r. Hotel Novotel ul. Marszałkowska 94/98

PROBLEMATYKA I CEL KONFERENCJI

Celem konferencji jest próba zdefiniowania edukacji diabetologicznej oraz zanalizowanie jej różnych aspektów. Przedmiotem naszej dyskusji będą uwarunkowania, szanse i zagrożenia, skuteczność współczesnej edukacji diabetologicznej oraz wyzwania stawiane zespołom edukacyjnym i pacjentom przez dzisiejszą rzeczywistość.

Osoba z cukrzycą i jej edukacja analizowane są z różnych punktów widzenia, w refleksji teoretycznej i badaniach empirycznych, według odmiennych metod i sposobów naukowej penetracji. Konferencja adresowana jest do przedstawicieli dyscyplin naukowych, których przedmiotem badań jest człowiek z cukrzycą i jego edukacja. Do współpracy zapraszamy zatem przedstawicieli nauk medycznych (pielęgniarki, lekarzy, rehabilitantów, dietetyków, psychologów), socjologów, pedagogów oraz przedstawicieli innych dyscyplin naukowych zajmujących się problematyką edukacji ludzi z cukrzycą.

TEMATYKA KONFERENCJI

1. Edukacja zdrowotna w cukrzycy jako globalne wyzwanie.
2. Edukacja diabetologiczna zorientowana personalistycznie.
3. Uwarunkowania edukacji zdrowotnej w cukrzycy.
4. Inicjatywy edukacji diabetologicznej w Polsce i na świecie.
5. Ocena skuteczności działań edukacyjnych.
6. Bariery ograniczające prowadzenie edukacji diabetologicznej.
7. Propozycje rozwiązań dla zespołów edukacyjnych.

KOMITET ORGANIZACYJNY KONFERENCJI

Przewodnicząca: Alicja Szewczyk

Członkowie: Mirosława Młynarczuk, Bożena Łukomska-Tyll, Sabina Przewoźniak, Jolanta Nowak, Elżbieta Kościńska, Jadwiga Sporn, Barbara Burzyńska, Renata Adamska

ZGŁOSZENIE UCZESTNICTWA ORAZ PRAC DO PREZENTACJI

Uprzejmie prosimy o przesłanie „Karty zgłoszenia” dostępnej na stronie www.pfed.org.pl na adres: Polska Federacja Edukacji w Diabetologii. Poradnia Diabetologiczna. Instytut Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka. Al. Dzieci Polskich 20, 04-730 Warszawa lub wysłanie jej drogą emailową na adres: pfed@pfed.org.pl do 15.10. 2008 roku.

Terminowe przesłanie „Karty zgłoszenia” jest warunkiem uczestnictwa w Konferencji. Szczegółowe informacje o Konfe-

rencji zostaną przesłane w Komunikacie nr 2. Opłata konferencyjna dla członków PFED wynosi 50 PLN, dla osób nie należących do PFED 100 PLN.

W ramach opłaty organizatorzy zapewniają:

- materiały konferencyjne,
- wyżywienie na czas konferencji,
- uczestnictwo w wykładach.

Nocleg uczestnik konferencji zapewnia sobie we własnym zakresie (w załączeniu lista hoteli).

Opłatę konferencyjną należy wносить na konto PFED z dopiskiem „III konferencja PFED” nr konta: **98105010251000002302941964** Oddział Warszawa 169 ul. F. Zamoyskiego 51A, 03-801 Warszawa. Goście zaproszeni (lub honorowi) nie ponoszą opłat konferencyjnych.

ZAKWATEROWANIE

Uczestnicy proszeni są o dokonanie rezerwacji bezpośrednio w wybranym hotelu. W przypadku uzyskania dofinansowania noclegu przedstawiciel firmy sponsorskiej proszony jest o kontakt z biurem organizacyjnym konferencji:

Dorota Cholewa

Groups & Events Coordinator

dorota.cholewa@nuhorizons.pl

NU Horizons Sp. z o.o.

ul Książęca 15, 00-498 Warszawa

Holland Park

tel. (+48 22) 523 28 16, fax (+48 22) 523 28 11

ADRES	Pokój jednoosobowy ze śniadaniem	Pokój dwuosobowy ze śniadaniem
Hotel Novotel Centrum ul. Marszałkowska 94/98 tel.022 596 01 20	332,40 PLN*	375,17 PLN*
Hotel Campanile ul. Towarowa 2 tel.022 582 72 00	238 PLN	267 PLN
Hotel Ibis Warszawa Centrum Al. Solidarności 165 tel. 022 520 30 00	237 PLN	265 PLN

* powyższe stawki można uzyskać podając hasło PFED



KOLEJNA EDYCJA ZAKOŃCZONA SUKCESEM!

W dniach 18-23.04.2008 r. w ośrodku szkoleniowym w Dębem pod Warszawą odbyła III edycja Kursu Doksztalającego z zakresu Pielęgniarstwa Diabetologicznego, którego organizatorem była Polska Federacja Edukacji w Diabetologii.

W kursie brały udział głównie pielęgniarki pracujące na co dzień z osobami chorymi na cukrzycę. Wśród 60 uczestników kursu znalazłam się również ja – pielęgniarka jednej z lubelskich klinik. Wiele pozytywnych opinii słyszałam o tym kursie wcześniej i bardzo się cieszę, że mogłam w nim również uczestniczyć. W kilku zdaniach chciałabym podzielić się swoimi refleksjami po ukończeniu szkolenia.

Kurs był bardzo dobrze przygotowany zarówno organizacyjnie, jak i pod względem merytorycznym. Zajęcia prowadzone były przez doświadczonych wykładowców i wieloletnich praktyków. Te 40 godzin zajęć to czas poszerzania i zdobywania nowej wiedzy, okazja do wspólnych rozmów, refleksji, wymiany doświadczeń, poszukiwania nowych roz-

wiązań problemów pielęgnacyjno-opiekuńczo-edukacyjnych pacjentów diabetologicznych w różnym wieku: od dziecka i jego rodziców po człowieka w bardzo podeszłym wieku i jego opiekunów. Zdobytą wiedzę, zalecenia i wskazówki na pewno wykorzystam w pracy zawodowej, a także przekażę koleżankom, pielęgniarkom z kliniki, w której pracuję. Bardzo podziwiam i chylę czoło przed osobowością polskiego pielęgniarstwa diabetologicznego, bo tak należałoby nazwać panią Mirosławę Młynarczuk. Do tej pory nie poznałam osoby tak bardzo zaangażowanej i tak profesjonalnej w pielęgnacji stopy cukrzycowej i ratowaniu ludzi przed amputacją kończyn. Myślę, że niejedna pielęgniarka (i nie tylko pielęgniarka) zarówno w Polsce jak i świecie, mogłaby się od pani Mirki bardzo dużo nauczyć. I na to liczę w przyszłości.

Mimo bardzo napiętego programu udało nam się znaleźć czas, aby podziwiać piękno budzącej się z zimowego snu przyrody. Każdą wolną chwilę wykorzystywałyśmy na chociażby krótki spacer po otaczającym ośrodek ogrodzie.

Uczymy się: studia licencjackie, magisterskie, doktoranckie, specjalizacje. Wiele koleżanek uczestniczy w specjalistycznych konferencjach krajowych i zagranicznych. Uważamy, że jesteśmy bardzo wartościową grupą zawodową i choć nie zawsze się docenia naszą pracę, to dobrze wyedukowany pacjent z cukrzycą, który samodzielnie radzi sobie z chorobą, jest dla nas największą nagrodą.

Serdecznie dziękuję organizatorom, a wszystkim uczestników kursu gorąco pozdrawiam.

● mgr Dorota Herbut
Klinika Endokrynologii SPSK-4 w Lublinie

Warsztaty – insulinoterapia, kurs Dębe 2008



Uczestnicy kursu Dębe 2008



P.S. W naszym kursie wzięło udział 60 osób: 9 Małgorzat, 5 Dorot, 3 Agnieszki, 3 Anny, 3 Danuty, 3 Joanny, 2 Aleksandry, 2 Barbary, 2 Elżbiety, 2 Ireny, 2 Jolanty, 2 Krystyny, 2 Marie, 1 Adrianna, 1 Alina, 1 Aneta, 1 Beata, 1 Bogumiła, 1 Grażyna, 1 Helena, 1 Ilona, 1 Iwona, 1 Jadwiga, 1 Justyna, 1 Katarzyna, 1 Kinga, 1 Luiza, 1 Magda, 1 Mirosława, 1 Monika, 1 Renata, 1 Urszula, 1 Wioletta.

PODZIĘKOWANIA

Pragniemy szczególnie podziękować Zarządowi Polskiej Federacji Edukacji w Diabetologii za możliwość uczestnictwa w III edycji Kursu Doksztalającego w zakresie Pielęgniarstwa Diabetologicznego w dniach 18.-23.04.2008 r. Opieka diabetologiczna bardzo się rozwinęła, bez udziału w tym szkoleniu nie moglibyśmy podnieść swoich kompetencji zawodowych. Szkolenia z udziałem wspaniałych wykładowców, które trwały nieustannie przez cały czas kursu, są dla nas mobilizacją do dalszego samokształcenia i przekazywania zdobytej

wiedzy naszym koleżankom i kolegom w pracy zawodowej. Dziękujemy serdecznie za okazanie wsparcia finansowego firmom i ich przedstawicielom: Abbott, Bioton, Medtronic, Sanofi Aventis bez którego zorganizowanie szkolenia nie byłoby możliwe. Wszyscy chcemy szczególnie podziękować przedstawicielkom Zarządu, p. Alicji Szewczyk i p. Mirosławie Młynarczuk za stworzenie wspaniałej, partnerskiej atmosfery podczas szkolenia, dzięki której nawiązanych zostało wiele nowych znajomości i przyjaźni. To z kolei będzie sprzyjać wymianie doświadczeń zawodowych w przyszłości.

Uczestnicy III edycji Kursu Doksztalającego w zakresie Pielęgniarstwa Diabetologicznego. Dębe, 18-23.04.2008 r.

W imieniu uczestników:

● Justyna Kapuściok
pielęgniarka środowiskowa, Bytom

STOPA CUKRZYCOWA – GRUPA ROBOCZA PFED

Stowarzyszenie PFED serdecznie zaprasza swoje członkinie do pracy w powoływanej obecnie grupie roboczej, mającej na celu stworzenie **STANDARDU POSTĘPOWANIA PIELĘGNIARSKIEGO W ZESPOLE STOPY CUKRZYCOWEJ**. Czekamy na zgłoszenia osób zajmujących się pielęgnacją stopy, opatrunkami, badaniami diagnostycznymi oraz edukacją chorych z zakresu profilaktyki stopy cukrzycowej. Zgłoszenie uczestnictwa wraz z ankietą kwalifikacji zawodowych dostępne na stronie www.pfed.org.pl. Zgłoszenia przyjmowane będą do 15 lipca 2008 r. **ZAPRASZAMY**

Kontakt: **Mirosława Młynarczuk** Wiceprzewodnicząca PFED
mirosława.mlynarczuk@pfed.org.pl, tel. 609 071 969



EDUKACJA ZDROWOTNA

(część DRUGA) – MODELE EDUKACJI ZDROWOTNEJ

HEALT EDUCATION – (part two) – MODELS OF HEALTH EDUCATION

Elżbieta Kościńska

Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, Instytut Pedagogiki, Zakład Edukacji Zdrowotnej, e-mail: ellakos@tlen.pl, kierownik: dr hab. n. hum. prof. UKW Maria Kuchcińska

STRESZCZENIE

Edukacja zdrowotna ma prowadzić nie tylko do zapoznania się z celami działań na rzecz zdrowia pozytywnego, zapobiegania chorobom poprzez wpływ na zachowania osobnicze, postawy i wykazanie korzyści płynących z zachowania zdrowia. Nowe podejście w edukacji zdrowotnej – oprócz dostarczenia wiedzy – polega na uczestniczeniu we wspólnym działaniu, dwukierunkowym porozumiewaniu się oraz na zwiększeniu poziomu świadomości co do znaczenia czynników społecznych, politycznych i środowiskowych wpływających na zdrowie [1,2,3]. W przypadku osób chorych przewlekle edukacja zdrowotna jest podstawowym elementem postępowania terapeutycznego. Jest zaplanowaną działalnością edukacyjną dla poprawy zachowań zdrowotnych pacjentów i/lub stanu zdrowia. Obejmuje wszelką działalność nakierowaną na pacjenta [4,5]. Osoby chore, podobnie jak zdrowe, mogą dążyć do osiągnięcia maksimum swoich możliwości fizycznych, psychicznych i społecznych. Poprzez uruchamianie różnych sposobów kompensowania zaburzonych funkcji mogą wzmacniać swój potencjał zdrowotny. Mimo powszechnej zgodności co do konieczności wychowania ludzi dla zdrowia, koncepcje co do sposobu osiągnięcia tego celu bardzo się różnią [6]. Obecnie funkcjonują trzy modele edukacji zdrowotnej. Model zorientowany na chorobę, zorientowany na czynniki ryzyka oraz na zdrowie. W przypadku edukacji zdrowotnej (terapeutycznej, medycznej) osób przewlekle chorych uważa się, iż szczególnie potrzebna jest edukacja zdrowotna ukierunkowana na upodmiotowienie oraz na zwiększenie alfabetyzacji zdrowotnej [2].

SŁOWA KLUCZOWE

modele edukacji zdrowotnej, upodmiotowienie, alfabetyzacja

WSTĘP

Dla określenia edukacji zdrowotnej osób chorych przewlekle stosuje się różne terminy: „edukacja chorych”, „edukacja pacjentów”, „edukacja medyczna”, „pedagogika zdrowotna” [2]. W przypadku osób z cukrzycą „edukacja diabetologiczna”. Każda choroba przewlekła ma swoją specyfikę i tym samym odmienne potrzeby w zakresie edukacji. Głównym celem edukacji zdrowotnej osób chorych przewlekle jest udzielenie im pomocy w zrozumieniu choroby i uczeniu się sposobu życia z chorobą, który pozwala na wykorzystanie wszystkich potencjalnych możliwości i zasobów oraz odczuwanie satysfakcji z życia [2]. Temu celowi służą różne modele edukacji zdrowotnej. Warunkiem efektywności edukacji

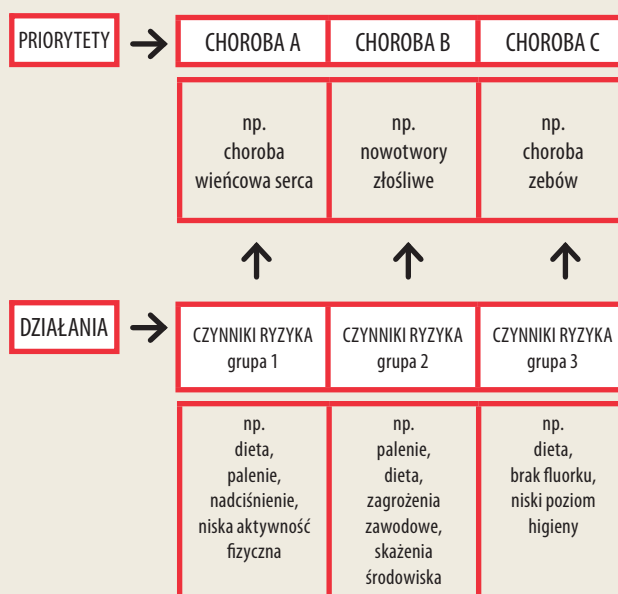
jest dostosowanie odpowiedniego modelu edukacji do warunków pacjenta.

WSPÓŁCZESNE MODELE EDUKACJI ZDROWOTNEJ

W literaturze przedmiotu opisano wiele modeli edukacji zdrowotnej. W ich konstruowaniu przyjmuje się różne kryteria, cele i kierunki działań. Obecnie funkcjonują trzy modele edukacji zdrowotnej, w różnym stopniu odpowiadające społecznym potrzebom efektywnego oddziaływania edukacyjnego, którego ramy wyznacza idea promocji zdrowia [6].

Pierwszy z nich, przyjmuje za swój główny cel zapobieganie określonym chorobom. W ramach tego modelu priorytety definiuje się w kategoriach jednostek chorobowych, a podejmowane działania kieruje się na czynniki ryzyka związane z poszczególnymi jednostkami chorobowymi. Jak zauważa Z. Słońska [6], jest to model najbardziej odległy od idei promocji zdrowia.

MODEL 1 EDUKACJA ZDROWOTNA ZORIENTOWANA NA CHOROBE



Źródło: Słońska Z. (2000 s.163) op.cit., cytata za A. Tannahill, 1990

Założenia tego modelu powiązane są z biomedycznym podejściem do zdrowia. Orzekanie o tym, co jest dobre, a co złe dla zdrowia, a tym samym ukierunkowanie na podejmowanie działań korzystnych dla zdrowia określane jest przez ekspertów. Modelowi temu brak głębszej refleksji na temat społecznych uwarunkowań zachowań zdrowotnych. Jediną korzyścią wynikającą z realizacji edukacji zdrowotnej w oparciu o założenia tego modelu jest uchronienie się przed chorobą, z całkowitym pominięciem aspektu pozytywnego oddziaływania zachowań prewencyjnych na potencjał zdrowia jednostek [6]. Założenia teoretyczne powyższego modelu można przedstawić w następujący sposób: aby zapobiec „ewentualnemu wystąpieniu” w przyszłości konkretnej jednostki chorobowej np. choroby wieńcowej serca, należy podjąć działania w celu wyeliminowania czynników ryzyka tej choroby np. zmienić styl życia, rzucić palenie, leczyć nadciśnienie tętnicze oraz prowadzić aktywny styl życia. Liczne badania, jak i obserwacja życia codziennego dowodzą, że nie wszystkie osoby, które przejawiają wyżej wymienione zachowania ryzykowne zapadają na chorobę wieńcową serca. Stąd niezrozumiałe jest dla wielu ludzi, dlaczego mają zmieniać swoje upodobania na rzecz zachowań odbieranych często jako mało przyjemne i prowadzące do odległych i niesprecyzowanych korzyści. W przypadku osób chorych na cukrzycę, szczególnie w początkowej fazie choroby, kiedy pacjenci czują się dobrze, nie odczuwają konsekwencji choroby, trudno jest wyegzekwować u pacjenta zmianę zachowań z antyzdrowotnych na prozdrowotne. Perspektywa wystąpienia w przyszłości powikłań cukrzycy nie zawsze jest dla pacjenta argumentem do zmiany zachowań. Przyzwyczajenia i nawyki przejawiane w stylu życia (stanowiące drugą naturę człowieka) dominują nad myśleniem zdroworozsądkowym. Edukacja zdrowotna realizowana w świetle założeń tego modelu jest mało skuteczna.

Efektywność oddziaływania edukacyjnego w ramach tego modelu jest szczególnie niska w przypadku ludzi bardzo młodych, dla których ewentualne wystąpienie zaburzeń zdrowotnych po latach nie stanowi wystarczającego argumentu do zmiany zachowań [6].

Drugi model zakłada eliminację poszczególnych czynników ryzyka w celu zapobiegania kilku jednostkom chorobowym jednocześnie. W modelu tym uznaje się fakt wywoływania różnych chorób przez ten sam czynnik. Główną zaletą tego modelu jest interdyscyplinarna współpraca różnych grup profesjonalnych

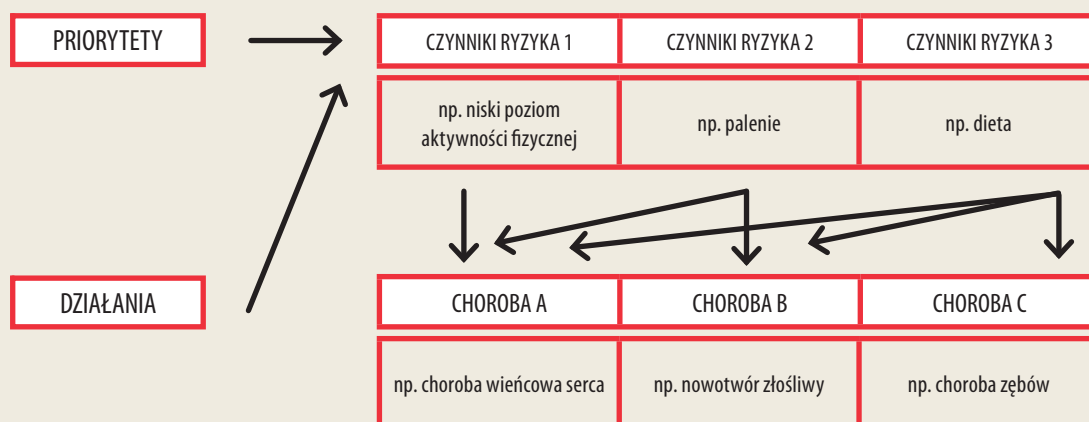
w zakresie zwalczania wspólnych czynników ryzyka. Podejście takie w dużym stopniu redukuje możliwość upowszechniania sprzecznych informacji na ten sam temat, tym samym zwiększa prawdopodobieństwo skutecznego oddziaływania na zachowania człowieka. Oprócz wymienionych zalet model ten, podobnie jak pierwszy, nie uwzględnia aspektu zdrowia pozytywnego. Koncentruje się głównie na unikaniu zaburzeń zdrowotnych, a nie na zwiększaniu potencjału zdrowia i korzyści z niego płynących [6]. Osoby chore na cukrzycę, szczególnie te, u których stosowane jest leczenie insuliną, zakładają, iż samo stosowanie insuliny zwalnia ich od przestrzegania zdrowego stylu życia oraz zapewnia im życie w zdrowiu i bez powikłań. (patrz model 2)

Zachowania jednostek związane ze zdrowiem uwarunkowane są wielowymiarowo. Zarówno w pierwszym, jak i w drugim modelu, nie bierze się pod uwagę powyższych zależności. Tym samym szansa na skuteczną zmianę zachowań w przypadku obu przedstawionych modeli jest niewielka.

Trzeci model wynika z holistycznego podejścia do zdrowia. Uwzględni czynniki związane z aktywnym współuczestnictwem człowieka w procesie zachowania dobrego zdrowia. Naczelną jego zasadą jest to, że ludzie z poszczególnych środowisk i grup społecznych winni współuczestniczyć w definiowaniu własnych problemów zdrowotnych, brać udział w identyfikacji czynników oddziałujących na ich zdrowie i zachowania zdrowotne oraz wpływać na kształtowanie i wdrażanie działań zmierzających do poprawy stanu zdrowia własnej zbiorowości. W modelu tym akcent położony jest na ludzi i miejsca, które winny stać się przedmiotem oddziaływania edukacyjnego. Główny wysiłek skierowany jest na budowanie i wdrażanie kompleksowych programów edukacji zdrowotnej, ukierunkowanych na kluczowe dla kształtowania zdrowia danej społeczności środowiska społeczne [6]. W świetle założeń wynikających z tego modelu pacjenci z cukrzycą powinni umieć sami definiować swoje problemy zdrowotne oraz określać swój udział w ich rozwiązywaniu. Czynnikiem niewątpliwie ułatwiającym taki udział pacjenta w realizacji edukacji zdrowotnej jest upodmiotowienie oraz wysoki poziom alfabetyzacji jednostki. (patrz model 3)

Zdaniem Z. Słońskiej model ten jest niezwykle użyteczny z punktu widzenia skuteczności trwałego oddziaływania w sferze zmiany zachowań i może być traktowany jako najwłaściwszy z punktu widzenia realizacji idei promocji zdrowia.

MODEL 2 EDUKACJA ZDROWOTNA ZORIENTOWANA NA CZYNNIKI RYZYKA



Źródło: Słońska Z. (2000 s.163) op.cit., cytat za A. Tannahill, 1990

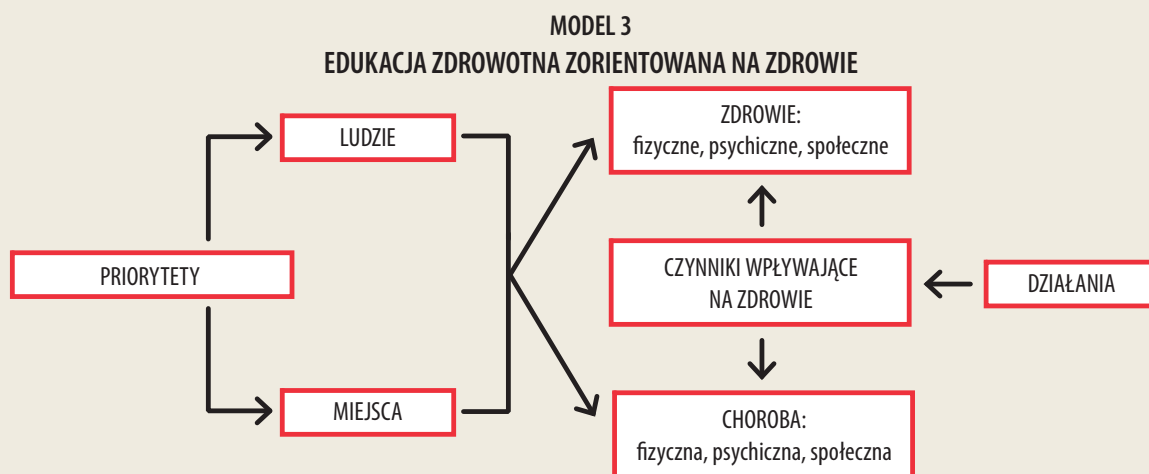
EDUKACJA ZDROWOTNA OSÓB Z CUKRZYCĄ UKIERUNKOWANA NA UPODMIOTOWIENIE

Edukacja powinna i może uczyć człowieka, jak żyć mądrze w stanach dla niego niepomysłnych, w sytuacjach niepowodzeń, porażek i nieprzewidywanych wydarzeń. Niewątpliwie do takich wydarzeń należy choroba przewlekła jaką jest cukrzyca. Jest to choroba, która w sposób szczególnie wymaga czynnego włączenia się chorego w proces terapii i profilaktyki.

Głównym celem edukacji osób przewlekle chorych jest udzielenie im pomocy w rozumieniu choroby i uczeniu się sposobu życia z chorobą, który pozwala na wykorzystanie wszystkich potencjalnych możliwości i zasobów oraz odczuwanie satysfakcji z życia [2]. Współczesny model promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej ukierunkowany jest na upodmiotowienie jednostek i społeczności. Pojęcie to, ma wiele znaczeń i odnosi się do różnych aspektów sprawowania przez ludzi kontroli (kierowania, panowania, zdobywania władzy) nad swoim życiem i przejmowania odpowiedzialności za swoje decyzje dotyczące zdrowia. Jak zauważa M. Cylkowska-Nowak [7] aktualnie termin ten jest postrzegany jako konieczny warunek ruchów zmierzających do zwiększania kontroli społecznej obywateli w takich dziedzinach życia, jak między innymi medycyna, promocja zdrowia, edukacja zdrowotna, ekologia czy ruch samopomocowy. Jest procesem, który musi zaistnieć „wewnątrz” jednostki lub grupy, nie może być „dany z zewnątrz”.

W koncepcjach teoretycznych psychologii społecznej wyróżnia się: upodmiotowienie psychologiczne oraz upodmiotowienie społeczne. Upodmiotowienie psychologiczne odnosi się do „związku pomiędzy poczuciem osobistej kompetencji, potrzebą jej posiadania a gotowością do działań w sferze publicznej”. Określane jest jako poczucie większej lub mniejszej kontroli nad własnym życiem i zdrowiem, jakiego może doświadczać jednostka. Upodmiotowienie społeczne to „proces działań społecznych propagujących uczestnictwo ludzi, organizacji i wspólnot w celu zwiększania indywidualnej i wspólnej kontroli, skuteczności poli-

tycznej, doskonalenia jakości życia i społecznej sprawiedliwości”. Wiąże się ono z redystrybucją środków, decyzji w dziedzinie zdrowia, podejmowanych z korzyścią dla grupy ludzkiej [7]. Cylkowska-Nowak powołując się na C. Kieffera i D.A. Torre, przedstawia fazy upodmiotowienia psychologicznego oraz trzy podstawowe składniki upodmiotowienia społecznego. W upodmiotowieniu psychologicznym wyróżnia cztery fazy: wstępu, rozwoju, inkorporacji i związania. Faza wstępu, na płaszczyźnie zdrowia, zdaniem autorki może wystąpić w sytuacji zgłoszenia się człowieka do profesjonalisty w poszukiwaniu informacji lub interwencji. Faza rozwoju, w relacji promotor zdrowia (edukator) – osoba poszukująca porady lub pomocy, to określenie problemu zdrowotnego. Kolejna faza, inkorporacji w dziedzinie zdrowia obejmuje wypracowanie i podjęcie decyzji zdrowotnych. Ostatni etap, związania należy utożsamiać z podejmowaniem przez jednostkę określonych (zgodnych ze zdrowym stylem życia) praktyk i ich samokontroli, bez pomocy profesjonalistów. W zakresie upodmiotowienia społecznego wyróżnić można trzy podstawowe składniki: mikroczynniki, struktury pośredniczące i makroczynniki. Mikroczynniki odwołują się do procesów wewnątrzosobowych takich, jak rozwijanie pewności siebie oraz kształtowanie zaufania do własnej osoby. Struktury pośredniczące opierają się na takim mechanizmie grupowym, za pomocą którego jej członkowie poprzez swoje własne aktywne uczestnictwo dzielą się wiedzą i rozwijają swą świadomość. Makroczynniki związane są natomiast z aktywnością społeczną i polityczną grupy. Brak któregośkolwiek spośród wymienionych uniemożliwia zaistnienie upodmiotowienia społecznego [7]. Jak zauważa autorka (za Torre), upodmiotowienie wymaga rozwoju kompetencji indywidualnych takich, jak pewność siebie, zaufanie do własnej osoby oraz poczucie skuteczności własnych działań. Upodmiotowienie stwarza możliwości bezpośredniego polepszenia stanu zdrowia poprzez efekt zmian strukturalnych osiągniętych przez działalność zmierzającą do zmiany warunków życia w społeczeństwie. Punktem wyjścia tego procesu jest zawsze pewien deficyt.



Źródło: Słoińska Z. (2000 s. 164) op. cit. cytata za A. Tannahil, 1990

EDUKACJA ZDROWOTNA UKIERUNKOWANA NA ZWIĘKSZENIE ALFABETYZACJI

Koncepcja edukacji ukierunkowanej na zwiększenie poziomu alfabetyzacji zdrowotnej pochodzi ze Stanów Zjednoczonych. Związki alfabetyzmu ze zdrowiem podejmowane były wielokrotnie w literaturze analizującej problematykę zdrowia. W raporcie Ban-

ku Światowego World Development Report: Investing In Health w 1993 roku, stwierdzono, iż alfabetyzacja i zwiększenie dostępu do edukacji stanowi „jedno z najbardziej podstawowych działań, jakie można podjąć w celu podwyższenia poziomu zdrowia publicznego” [8]. Szersze rozumienie alfabetyzmu zdrowotnego zaproponował D. Nutbeam: „Alfabetyzm zdrowotny to umiejętności kognitywne i społeczne determinujące motywację i zdolność jednostek do uzyskania dostępu do informacji, zrozumienia i wy-

korzystania ich w sposób służący wspieraniu i utrzymywaniu zdrowia w dobrym stanie. Alfabetyzm zdrowotny oznacza coś więcej niż umiejętność czytania broszur i pomyślnego odbywania wizyt u lekarza. Poprzez podwyższenie poziomu dostępu do informacji zdrowotnych oraz zdolności ludzi do ich skutecznego wykorzystania, alfabetyzm zdrowotny stanowi kluczowe pojęcie w odniesieniu do uzyskania kontroli nad własnym życiem” [11]. W polskim piśmiennictwie z zakresu nauk o zdrowiu termin ten, jest tłumaczony następująco: „sprawności/umiejętności w zakresie zdrowia”, „odczytywanie zdrowia”, „efektywne uczenie zdrowia” [9, 3 s. 63, 10]. W literaturze przedmiotu wymienia się trzy poziomy alfabetyzacji zdrowotnej:

- Poziom pierwszy – funkcjonalna alfabetyzacja zdrowotna, zwiększenie wiedzy jednostek o zagrożeniach dla zdrowia i o korzystaniu ze świadczeń służby zdrowia;
- Poziom drugi – interaktywna alfabetyzacja zdrowotna, zwiększenie zdolności ludzi do działań dzięki większej motywacji i poczucia pewności w wyniku uzyskanych umiejętności osobistych i społecznych oraz doradztwa;
- Poziom trzeci – krytyczna alfabetyzacja zdrowotna, zwiększenie indywidualnej odporności na niekorzystne czynniki społeczne i ekonomiczne oraz zdolności do podejmowania skutecznych działań (społecznych, politycznych i indywidualnych) w celu modyfikowania tych czynników [2 s.111].

Wysoki poziom alfabetyzacji zdrowotnej jest szczególnie istotny dla jednostek chorych przewlekle. Zwiększa szansę lepszego zrozumienia informacji związanych z jednostką chorobową, ułatwia zrozumienie znaczenia zachowań indywidualnych wpływających na stan zdrowia a tym samym ułatwia dokonywania zdrowotnych wyborów. Należy jednak pamiętać, iż poziom alfabetyzacji zdrowotnej uwarunkowany jest wieloczynnikowo. M. Cylkowska-Nowak [12 s. 115] w oparciu o bogatą literaturę opracowała następujący schemat czynników warunkujących alfabetyzm. (patrz model 4)

Liczne badania prowadzone zarówno przez polskich jak i zagranicznych naukowców oraz osób zajmujących się edukacją zdrowotną ludzi z cukrzycą dowodzą słuszności powyższych tez. Z badań tych, wynika również, iż siła wpływu każdego z tych czynników u poszczególnych osób, czy grup, może być inna. Na podstawie własnych doświadczeń autorki wynikających z długoletniej pracy z pacjentami z cukrzycą oraz doświadczeń i publikacji innych autorów wynika, iż w przypadku osób z cukrzycą do takich czynników należy również zaliczyć: rodzaj cukrzycy, fazy adaptacji do choroby, czas jej trwania oraz sposób leczenia.

Praktyka diagnozy poziomu alfabetyzmu zdrowotnego chorych na cukrzycę powinna stać się rutynowym i stały elementem pracy osób zajmujących się edukacją tej grupy społecznej. Znajomość poziomu alfabetyzmu osób przewlekle chorych i czynników go warunkujących stwarza szansę przygotowania właściwych strategii edukacyjnych oraz dostosowania form i metod edukacji do potrzeb jednostek i grup.

Głównym celem edukacji zdrowotnej osób z cukrzycą jest ukształtowanie u chorych umiejętności samoobserwacji, samokontroli, samoopieki oraz samokierowania. Oznacza to, że pacjent „kieruje chorobą” w sposób sprzyjający dobremu samopoczuciu i zwiększa swoją zdolność do „optymalnego” życia z chorobą [2]. Do realizacji tych celów niezbędna jest wiedza i umiejętności z zakresu:

- rozpoznawania objawów chorobowych i właściwego reagowania w razie ich wystąpienia;
- właściwego przyjmowania leków (doustnych i insuliny);
- postępowania w stanach hip i hiperglikemii;
- doboru właściwego sposobu żywienia i planowania aktywności fizycznej;
- przeciwdziałania lękowi, depresji, przez wykształcenie twórczego podejścia do problemów związanych z cukrzycą;
- zwiększenia psychicznej odporności;
- zbudowania i wzmacniania kontaktu chorego z otoczeniem;
- umożliwienia podejmowania zadań ważnych z punktu widzenia społecznej roli pacjenta, osiągnięcia poczucia dobrej jakości życia, godności i autonomii, eliminacji dyskryminacji społecznej i autodyskryminacji [12].

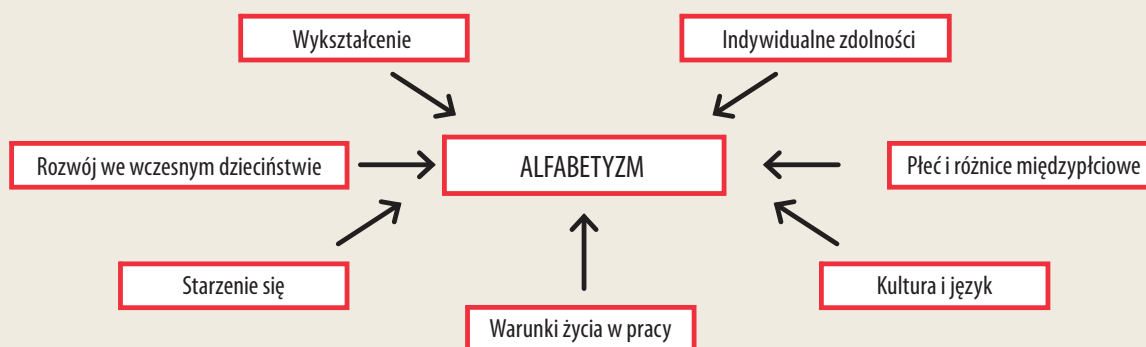
W obliczu konieczności kształtowania umiejętności chorego w tak licznych zakresach konieczne jest zastosowanie odpowiednich metod i technik nauczania. Z pewnością nie wystarczą tradycyjne sposoby nauczania oparte głównie na dydaktyzmie i paternalizmie. Nie wystarczające staje się także przekazywanie pacjentom broszur, ulotek, aczkolwiek kolorowych i zachęcających do czytania (częściej przeglądania przez pacjentów), to jednak zdaniem wielu autorów traktujących problem bardzo powierzchownie i często sprawiających problem ze zrozumieniem treści i z zastosowaniem ich w praktyce.

Zastosowanie w edukacji pacjentów z cukrzycą metod aktywizujących i interaktywnych poprzez nowatorskie wykorzystanie nowych technologii mogą pomóc w rozwijaniu alfabetyzmu zdrowotnego zarówno na poziomie indywidualnym jak i grupowym.

BIBLIOGRAFIA

Dostępna u autorki i w Redakcji.

MODEL 4 CZYNNIKI WARUNKUJĄCE ALFABETYZM



Źródło: Cylkowska – Nowak M. (2007 s.115) op. cit.





Praca wykonana przez pacjentów
Kliniki Chorób Metabolicznych,
Endokrynologii i Diabetologii
w Instytucie „Pomnik – Centrum
Zdrowia Dziecka” w Warszawie



KRYTERIA ROZPOZNAWANIA I WYRÓWNIANIA CUKRZYCY

WYCIĄG Z ZALECEŃ PTD NA ROK 2008

Cukrzyca jest to grupa chorób metabolicznych, charakteryzująca się hiperglikemią, wynikająca z defektu wydzielania i/lub działania insuliny. Przewlekła hiperglikemia wiąże się z uszkodzeniem, zaburzeniem czynności i niewydolnością różnych narządów, szczególnie oczu, nerek, nerwów, serca i naczyń krwionośnych.

1. Zasady prowadzenia badań przesiewowych w kierunku cukrzycy. Nazewnictwo stanów hiperglikemii.

I. Objawy wskazujące na możliwość rozwoju cukrzycy:

- zmniejszenie masy ciała,
- wzmożone pragnienie,
- wielomocz,
- osłabienie,
- pojawienie się zmian ropnych na skórze oraz stanów zapalnych narządów moczowo-płciowych.

II. Jeśli nie występują objawy hiperglikemii, badanie w kierunku cukrzycy należy przeprowadzić raz w ciągu 3 lat u każdej osoby powyżej 45 roku życia. Ponadto, niezależnie od wieku, badanie to należy wykonać co roku u osób z następujących grup ryzyka:

- z nadwagą ($BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$),
- z cukrzycą występującą w rodzinie (rodzice bądź rodzeństwo),
- mało aktywnych fizycznie,
- z grupy środowiskowej lub etnicznej części narażonej na cukrzycę,
- u której w poprzednim badaniu stwierdzono nieprawidłową glikemię na czczo ($> 100 \text{ mg/dl}$; $> 5,6 \text{ mmol/l}$) lub nietolerancję glukozy,
- z przebytą cukrzycą ciążową,
- u kobiet, które urodziły dziecko o masie ciała $> 4 \text{ kg}$,
- z nadciśnieniem tętniczym $\geq 140/90 \text{ mm Hg}$,
- z zespołem policystycznych jajników,
- z chorobą układu sercowo-naczyniowego.



III. Podejrzewając u chorego cukrzycę, należy wykonać następujące badania:

- oznaczenie glikemii przygodnej w momencie występowania objawów hiperglikemii – jeśli wynosi ona $\geq 200 \text{ mg/dl}$ ($11,1 \text{ mmol/l}$) wynik jest podstawą do rozpoznania cukrzycy; jeśli $< 200 \text{ mg/dl}$ ($11,1 \text{ mmol/l}$) – należy wykonać oznaczenie glikemii na czczo w osoczu/surowicy krwi żyłnej,
- przy braku występowania objawów lub przy współistnieniu objawów i glikemii przygodnej $< 200 \text{ mg/dl}$ ($11,1 \text{ mmol/l}$) należy 2-krotnie w kolejnych dniach oznaczyć glikemię na czczo; jeśli glikemia 2-krotnie wyniesie $\geq 126 \text{ mg/dl}$ ($7,0 \text{ mmol/l}$) – rozpoznaje się cukrzycę,





- doustny test tolerancji glukozy – jeśli jednokrotny pomiar glikemii na czczo wyniesie 100-125 mg/dl (5,6-6,9 mmol/l), a także wówczas, gdy istnieje uzasadnione podejrzenie nietolerancji glukozy (u osób starszych bez nadwagi ze współistniejącymi innymi czynnikami ryzyka cukrzycy);

Nazewnictwo stanów hiperglikemicznych:

- prawidłowa glikemia na czczo 60-99mg/dl (3,4-5,5 mmol/l)
- nieprawidłowa glikemia na czczo (IFG, impaired fasting glucose): 100-125mg/dl (5,6-6,9 mmol/l)
- nieprawidłowa tolerancja glukozy (IGT, impaired glucose tolerance): w 2 godzinie testu tolerancji glukozy według Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization /WHO/) glikemia 140-199 mg/dl (7,8-11 mmol/l)
- stan przedcukrzycowy (prediabetes) – nieprawidłowa glikemia na czczo lub nieprawidłowa tolerancja glukozy.
- cukrzyca: objawy hiperglikemii i glikemia przygodna ≥ 200 mg/dl (11,1mmol/l) lub 2-krotnie glikemia na czczo ≥ 126 mg/dl (7,0mmol/l) lub glikemia w 2. godzinie po obciążeniu glukozą według zaleceń WHO ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/l).

2. Oznaczanie glikemii u chorych na cukrzycę.

W diagnostyce zaburzeń gospodarki węglowodanowej wykonuje się oznaczenia glikemii:

- przygodnej – w próbce pobranej o dowolnej porze dnia, niezależnie od czasu ostatnio spożytego posiłku,
- na czczo – w próbce krwi pobranej 8-14 godzin po spożyciu ostatniego posiłku,
- w 120 minucie doustnego testu tolerancji glukozy.

Doustny test tolerancji glukozy (OGTT)

1. Wskazania do wykonania testu:

- cechy zespołu metabolicznego przy prawidłowej glikemii na czczo,
- glikemia na czczo w zakresie 100-125mg/dl (5,6-7,0 mmol/l),
- glukozuria przy prawidłowej glikemii na czczo,
- jako badanie diagnostyczne w rozpoznawaniu cukrzycy cięższej.

Przed przeprowadzeniem testu nie należy zmieniać diety w ciągu co najmniej 72 godzin, a w szczególności ograniczać spożycia węglowodanów.

Do badania pacjent powinien się zgłosić rano, na czczo, po co najmniej 8 godzinach od spożycia ostatniego posiłku, wypoczęty, po przespanej nocy.

Przeprowadzenie badania:

- pobranie wyjściowej próbki krwi żyłnej w celu wykonania oznaczenia stężenia glukozy w osoczu;
- obciążenie glukozą – pacjent wypija 75g (dzieci 1,75g/kg mc. do 75 g) bezwodnej glukozy rozpuszczonej w 250-300 ml wody w ciągu 5 minut;
- po obciążeniu pacjent pozostaje w spoczynku, w pozycji siedzącej;
- po 120 minutach po wypiciu glukozy należy pobrać drugą próbkę krwi żyłnej w celu oznaczenia stężenia glukozy w osoczu.

3. Oznaczanie glikemii w celu monitorowania leczenia cukrzycy

I. Oznaczanie glikemii w celu monitorowania leczenia i oceny wyrównania metabolicznego cukrzycy wykonuje się w pełnej krwi włośniczkowej.

II. Badania przeprowadzają pacjenci (samokontrola) samodzielnie za pomocą glukometrów.

III. Zalecana częstość samokontroli glikemii:

- chorzy na cukrzycę leczeni w algorytmie wielokrotnych wstrzyknięć insuliny – wielokrotne w ciągu doby pomiary glikemii wg ustalonych zasad leczenia oraz potrzeb chorego,
- chorzy na typ 2 cukrzycy leczeni dietą – 1 raz w miesiącu skrócony profil glikemii (na czczo i po głównych posiłkach),
- chorzy z 2 typem cukrzycy stosujący doustne leki przeciwcukrzycowe oraz analogi GLP-1 raz w tygodniu skrócony profil glikemii (na czczo i po głównych posiłkach),
- chorzy z 2 typem cukrzycy leczeni stałymi dawkami insuliny – codziennie 1-2
- pomiary glikemii, dodatkowo 1 raz w tygodniu skrócony profil glikemii (na czczo i po głównych posiłkach) oraz 1 raz w miesiącu pełny profil glikemii).

Pełny dobowy profil glikemii obejmuje oznaczenia:

- rano na czczo,
- przed każdym głównym posiłkiem,
- 120 minut po każdym głównym posiłku,
- przed snem,
- o godzinie 24.00,
- w godz 2.00- 4.00.

Oceny sprawności glukometru i techniki pomiaru wykonywanego samodzielnie przez pacjenta dokonuje co pół roku pielęgniarka w placówce służby zdrowia.

Zaleca się korzystanie z glukometrów podających jako wynik stężenie glukozy w osoczu krwi. Jeżeli glukometr wskazuje stężenie glukozy w pełnej krwi, można je przeliczyć na stężenie w osoczu, mnożąc uzyskany wynik przez 1,11.

4. Kryteria wyrównania gospodarki węglowodanowej, lipidowej i ciśnienia tętniczego

- HbA1c \leq 6,1% do \leq 6,5%
- Glikemia na czczo i przed posiłkami w osoczu żylnym (w tym również w samokontroli) w granicach 70-110 mg/dl (3,9- 6,1 mmol/l),
- glikemia po posiłku – podczas samokontroli do 135 mg/dl (7,5 mmol/l),
- stężenie cholesterolu całkowitego $<$ 175 mg/dl ($<$ 4,5 mmol/l),
- stężenie cholesterolu frakcji LDL $<$ 100mg/dl (2,6 mmol/l),
- stężenie cholesterolu frakcji LDL u chorych na cukrzycę i chorobę niedokrwienną serca $<$ 70 mg/dl ($<$ 1,9 mol/l),
- stężenie cholesterolu frakcji HDL $>$ 40mg/dl ($>$ 1,0 mmol/l (dla kobiet wyższy o 10 mg/dl (o 0,275 mmol/l),
- stężenie cholesterolu „nie HDL” $<$ 130mg/dl ($<$ 3,4 mmol/l),
- stężenie triglicerydów $<$ 150mg/dl ($<$ 1,7 mmol/l).

Ciśnienie skurczowe $<$ 130 mm Hg (ciśnienie $>$ 115/75 Hg wiąże się ze zwiększonym ryzykiem sercowo-naczyniowym.)
Ciśnienie rozkurczowe $<$ 80 mm Hg.

● Opracowała Jolanta Nowak

Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych
– Wojewódzka Poradnia dla chorych na Cukrzycę w Zabrze,
email: jolanta.nowak@pfed.org.pl,
kierownik: prof. dr hab. n .med. Krzysztof Strojek



EDUKACJA I SAMOKONTROLA CHORYCH NA CUKRZYCĘ TYPU 2

EDUCATION AND SELFCONTROL OF PERSONS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

BOŻENA AGACIŃSKA

Poradnia Diabetologiczna oddz. III C Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie, ul. Arkońska 4, e-mail: agatka1959@wp.pl, kierownik placówki – dr n. med. Mariusz Pietrzak

Streszczenie

Cukrzyca jest chorobą przewlekłą, niosącą za sobą zagrożenie późnymi powikłaniami o charakterze makro- i mikroangiopatii. Prowadzić może do zwiększonego inwalidztwa i śmiertelności wśród chorych. W ostatnich latach duży nacisk kładzie się na edukację pacjentów oraz samokontrolę. Są one integralnymi elementami leczenia cukrzycy i mają olbrzymi wpływ na jej wyrównanie. Celem pracy było:

1. scharakteryzowanie grupy osób z cukrzycą typu 2;
2. poznanie stanu wiedzy diabetologicznej chorych na cukrzycę typu 2;
3. ocena wpływu edukacji na jej poziom;
4. ocena trwałości wiedzy po szkoleniu z zakresu cukrzycy.

Materiał i metody

Grupę badań stanowili pacjenci z cukrzycą typu 2 hospitalizowani w Klinice Endokrynologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Przemiany Materii PAM w Szczecinie lub pozostający pod opieką Przyklinicznej Poradni dla Chorych na Cukrzycę. Badaniom poddano 66 osób (36 kobiet i 30 mężczyzn) w wieku średnio 59 ± 12 lat i średnim czasie trwania choroby $6,4 \pm 7,5$ lat. Pacjentów poddano wstępnej ankiecie i testowi sprawdzającemu wiedzę ($n=66$), po czym przeprowadzono szkolenie z zakresu cukrzycy. Następnie przeprowadzono testy kontrolne: pierwszy test po edukacji ($n=37$), drugi po 3 miesiącach ($n=30$).

Wyniki

Aż 74% ankietowanych nie uczestniczyło w żadnej formie szkolenia. Według 92% edukacja jest potrzebna i ważna. 51% twierdziło, że ich wiedza jest niewystarczająca lub zła. 63% badanych podało, że kontroluje glikemię kilka razy dziennie. Wynik testu korelował pozytywnie z wykształceniem ($p=0,002$) oraz stanem zatrudnienia ($p=0,018$), natomiast negatywnie z wiekiem ($p=0,008$). Miejsce zamieszkania, samoocena wiedzy, czas trwania cukrzycy i sposób leczenia nie miały wpływu na stan wiedzy. Bezpośrednio po edukacji obserwowano istotnie lepszy wynik – $18,4 \pm 1,3$ punktu ($p<0,0001$), który utrzymywał się częściowo jeszcze po 3 miesiącach – $16,9 \pm 2,1$ punktu ($p=0,034$), jednak był on istotnie gorszy niż bezpośrednio po szkoleniu ($p=0,005$).

Wnioski

1. System edukacji diabetologicznej jest całkowicie niewystarczający. Większość z badanych nie uczestniczyła w żadnej formie szkolenia z zakresu cukrzycy.

2. Szkolenie z zakresu cukrzycy istotnie wpływa na poprawę stanu wiedzy diabetologicznej wśród chorych na cukrzycę, jednak efekt ten jest krótkotrwały.
3. Konieczna jest reedukacja już po 3 miesiącach.

Słowa kluczowe

cukrzyca typu 2, edukacja, samokontrola

Wstęp

Cukrzyca jest chorobą przewlekłą i niesie za sobą rozwój przewlekłych powikłań o charakterze makro- i mikroangiopatii, prowadząc do zwiększonego inwalidztwa i śmiertelności. Z powodu cukrzycy jest 3-krotnie więcej hospitalizacji niż z powodu innych chorób. Średni czas przeżycia jest o około 5-10 lat krótszy niż w pozostałej populacji. Cukrzyca i jej powikłania niosą ze sobą olbrzymie koszty osobiste, społeczne i ekonomiczne. Koszty leczenia powikłań mogą być 10 razy wyższe niż koszty leczenia samej cukrzycy.

Zasadniczym celem leczenia cukrzycy jest uwolnienie chorego od objawów, uniknięcie późnych powikłań cukrzycy oraz wydłużenie życia. Terapia powinna umożliwić uzyskanie prawie normostanu wszystkich parametrów kontrolowanych w cukrzycy, a więc: glikemii, stężenia HbA1c, ciśnienia tętniczego, masy ciała, poziomu lipidów.

Jednym z podstawowych elementów terapii chorych jest edukacja terapeutyczna. Jest ona jedną z ważniejszych metod walki z każdą chorobą przewlekłą. Ostatnie lata udowodniły zasadność prowadzenia edukacji w cukrzycy. Przynosi ona bowiem wymierne korzyści społeczne i ekonomiczne. Wpływa na wyrównanie metaboliczne, poprawę zaburzeń gospodarki lipidowej, redukcję masy ciała, spadek liczby hospitalizacji, zmniejszyć się powinna częstość występowania powikłań, zarówno ostrych, jak i przewlekłych. W kontekście ekonomicznym obserwuje się spadek nakładów finansowych na leczenie. Akceptacja przez chorego strategii leczenia i związanej z nim zmiany sposobu życia jest istotą edukacji. Podmiotem edukacji jest pacjent, a obejmuje ona informację na temat cukrzycy, naukę samokontroli, wspierające działania psychospołeczne w chorobie. Umiejętność samokontroli chory nabywa podczas uczestniczenia w sesjach edukacyjnych. Do samokontroli zaliczamy nie tylko wiedzę o samej chorobie, ale też codzienną, bądź okresową kontrolę parametrów cukrzycy i przestrzeganie zaleceń dietetycznych. Na samokontrolę składają się również: badanie moczu w kierunku obecności glukozy, ciał ketonowych i białka, a także pomiar ciśnienia tętniczego krwi i obser-

wacja objawów hipo- i hiperglikemii oraz prowadzenie dzienniczka samokontroli. Do metod samokontroli należy także codzienna ocena stanu nóg. Odpowiednia dbałość o stopy, higiena, dobór obuwia mogą zapobiec powstaniu zespołu stopy cukrzycowej. Istotny wpływ na wyrównanie cukrzycy ma utrzymanie prawidłowej masy ciała. Zmniejszenie otyłości poprzez odpowiednie odżywianie i wysiłek fizyczny stanowi istotny element leczenia chorego na cukrzycę, utrzymanie dobrego samopoczucia i poprawy jakości życia.

Cel badań

Celem przeprowadzonych badań było:

1. scharakteryzowanie grupy osób z cukrzycą typu 2,
2. poznanie stanu wiedzy u osób z cukrzycą typu 2,
3. ocena wpływu edukacji na stan wiedzy diabetologicznej,
4. ocena trwałości wiedzy uzyskanej w trakcie edukacji.

Materiał i metody

Grupę badaną stanowili pacjenci hospitalizowani w Klinice Endokrynologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Przemiany Materii PAM w Szczecinie oraz leczeni w Regionalnej Poradni dla Chorych na Cukrzycę w Szczecinie w okresie 06.2006-01.2007 r. Badaniom poddano 66 osób (36 kobiet i 30 mężczyzn), w wieku średnio 59,1±12,0 lat. Średni czas trwania choroby wynosił 6,4±7,5 lat. U wszystkich chorych wykonano pomiar wagi i wzrostu, z których wyliczono wskaźnik masy ciała (ang. Body mass index – BMI) wg wzoru: waga [kg]/wzrost/wzrost [m]².

Grupę badaną poddano anonimowej ankiecie dotyczącej danych demograficznych oraz okoliczności zachorowania i testowi sprawdzającemu aktualną wiedzę diabetologiczną. Ankietę wypełniano jednorazowo na początku badania, test sprawdzający wiedzę trzykrotnie (przed- i bezpośrednio po edukacji) oraz ponownie po 3 miesiącach. Ankietę i test sprawdzający wiedzę rozdano przed zajęciami edukacyjnymi, po czym przeprowadzono jednorazową edukację według przygotowanego konspektu zajęć. Zajęcia edukacyjne przeprowadzane były w godzinach popołudniowych. 29 osób z różnych względów (badania, brak zgody) nie wypełniło kontrolnego testu. 37 osób pozostało, wypełniając (ten sam) kontrolny test sprawdzający aktualną wiedzę. W 3 miesiące po zakończeniu edukacji test sprawdzający wiedzę przeprowadzono u 30 osób (ryc. 1). Ankieta składała się z dwóch części. Pierwsza zawierała 9 pytań dotyczących płci, wieku, miejsca zamieszkania, rodzaju aktywności fizycznej, wykształcenia, czasu rozpoznania cukrzycy oraz chorób współistniejących. Druga część zawierała 24 pytania otwarte i zamknięte. Dotyczyły one okoliczności rozpoznania choroby, objawów, chorych na cukrzycę w rodzinie, akceptacji choroby, powikłań, występowania nadwagi i otyłości oraz metod walki z nimi, odczuwania objawów hipo- i hiperglikemii, kontroli glikemii we krwi, ilości posiłków w ciągu dnia, regularności i jakości diety, aktywności fizycznej i związanych z nią form ruchu, nałogów i używek, uczestniczenia w zajęciach edukacyjnych i ich zakresu. W ankiecie postawiono również pytanie o potrzebę edukacji, jak również o poziom wiedzy respondenta o cukrzycy, a także o cel leczenia cukrzycy według ankietowanych.

Test sprawdzający wiedzę zawierał 19 pytań z 3 odpowiedziami, z których jedna była prawdziwa. Dotyczyły one funkcji trzustki, działania insuliny, objawów hiperglikemii, wartości normoglikemii, glikozurii, znajomości: glukometru, hipoglikemii, prawidłowej

masy ciała i aktywności fizycznej, powikłań, hemoglobiny glikowanej (HbA1c) i samokontroli.

Wyniki zobrazowano w formie rycin i wykresów.

Wyniki

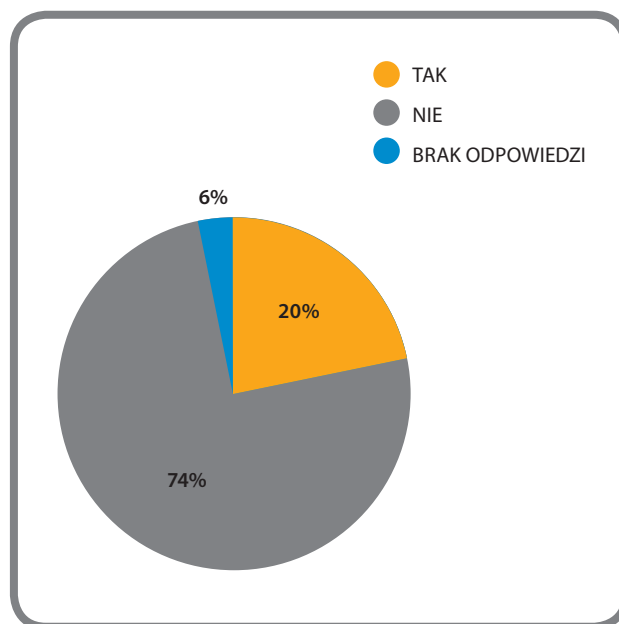
Charakterystyka grupy

Badana grupa liczyła 66 osób, 36 kobiet i 30 mężczyzn. Średni wiek badanych osób wynosił 59,1±12 lat. Ponad 64% za miejsce zamieszkania podawała duże miasto, ponad 27% – małe miasto, a ok. 8% – mieszkała na wsi. Ponad 49% badanych osób posiadało wykształcenie zawodowe i podstawowe, nieco ponad 36% średnie, a 13% badanej grupy stanowiły osoby z wyższym wykształceniem. Większość osób, bo ok. 73% nie pracowała (emeryci, renciści i bezrobotni). Średni BMI wynosił 29,19±5,42 kg/m². Czas trwania cukrzycy wynosił średnio 6,4±7,49 lat. Choroby współistniejące to schorzenia sercowo-naczyniowe 64%, nadciśnienie 59%, choroby oczu 50%. Pozostałe choroby występowały rzadziej.

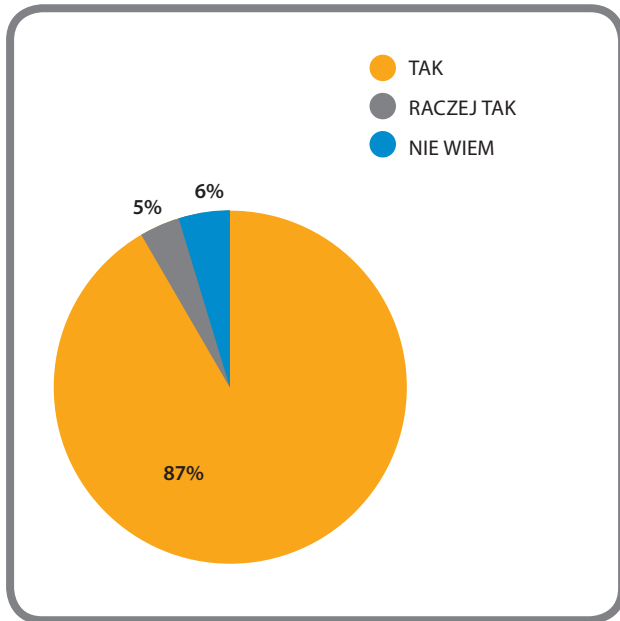
Edukacja i samokontrola

Z udzielonych odpowiedzi wynika, że aż 74% pytanym nie uczestniczyło nigdy w żadnych szkoleniach z zakresu cukrzycy, a z 13 osób, które uczestniczyło w szkoleniu, 7 twierdziło, że nie były one regularne. U 6 uczestnictwo było jednorazowe, bądź dwukrotne. Głównym tematem szkoleń było leczenie farmakologiczne i dieta cukrzycowa (92%), samokontrola (69%) i powikłań cukrzycy (61%). Na pytanie, czy edukacja jest potrzebna i ważna twierdząco odpowiedziało 92% badanych, zaś 8% nie wiedziało, czy jest potrzebna.

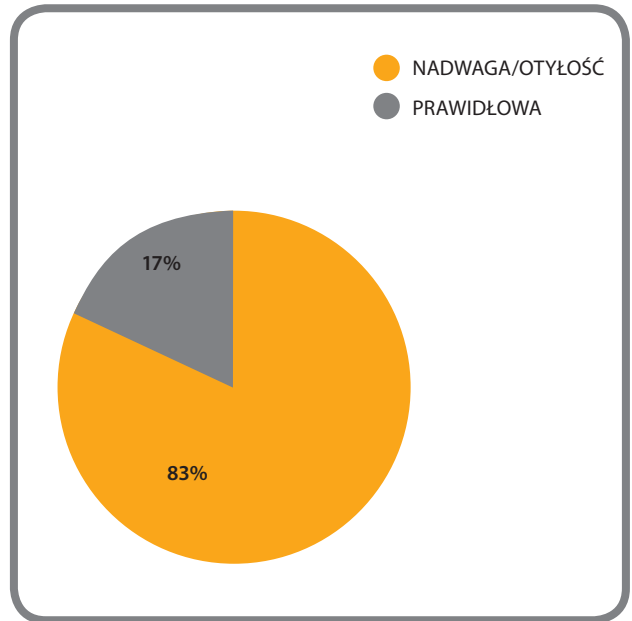
Ryc. 1.
Uczestnictwo w edukacji.



Ryc. 2.
„Czy edukacja jest potrzebna?”

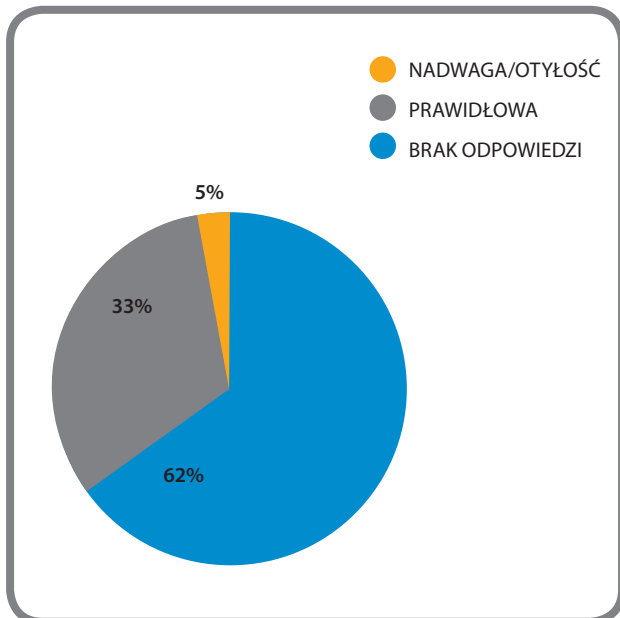


Ryc. 4.
Obiektywna ocena masy ciała na podstawie BMI.

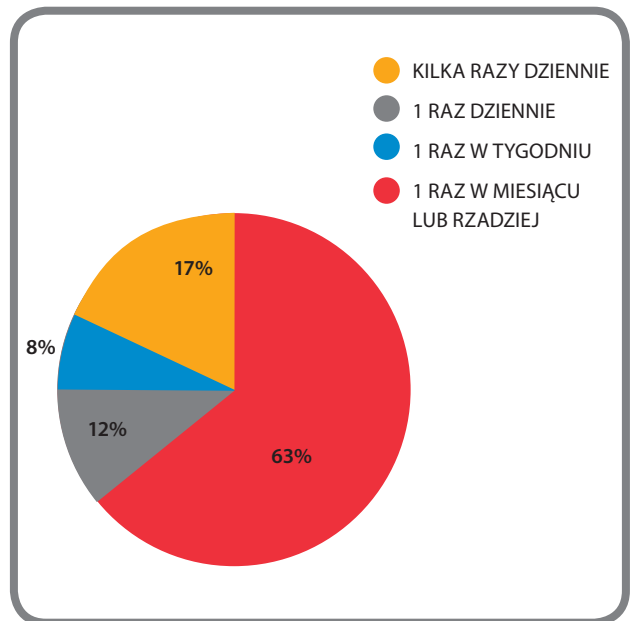


Nadwagę i otyłość stwierdzało u siebie 62% ankietowanych. Stosując obiektywny wskaźnik masy ciała (BMI > 25 kg/m²), nieprawidłową wagę stwierdzono u 80% badanych. Tylko 35% deklaro- wało przestrzeganie diety i uprawianie wysiłku fizycznego jako środka redukującego masę ciała, a 9% akceptowało swoją wagę. 89% ankietowanych twierdziło, że było aktywnych fizycznie. Jako najczęstsze formy aktywności fizycznej podawano codzienne czynności domowe (80%) i spacer (61%). Duży odsetek osób, bo 45%, odczuwało objawy hiperglikemii, a połowa (50%) hipoglike- mii. 63% badanych podawało, że kontroluje glikemię kilka razy dziennie, a 12%, jeden raz dziennie. Spożywanie 3 posiłków dzien- nie deklarowało 36%, a 33% – 4 dziennie. Regularnie spożywało posiłki 36%, prawie drugie tyle (35%), dokonywało starań w tym zakresie.

Ryc. 3.
Subiektywna ocena masy ciała.



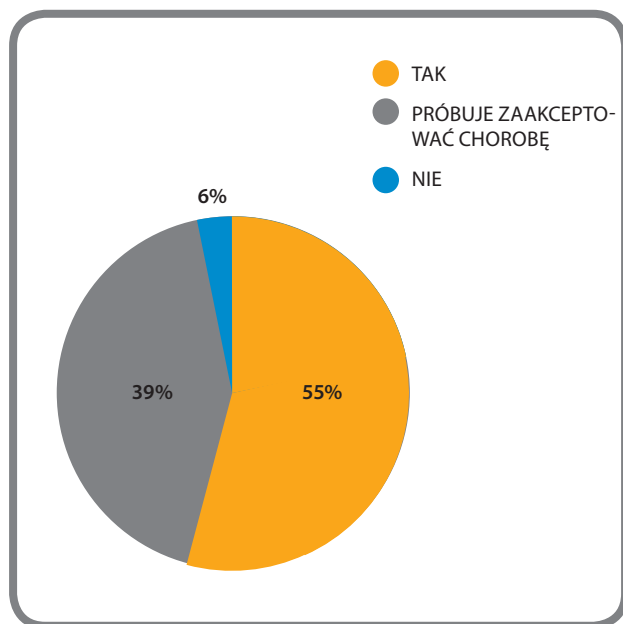
Ryc. 5.
Samokontrola glikemii.



Akceptacja choroby

Ponad połowa ankietowanych (55%) deklaro- wało akceptację cho- roby, a 39% próbowało oswoić się z tą wiadomością, 6% nie ak- ceptowało cukrzycy.

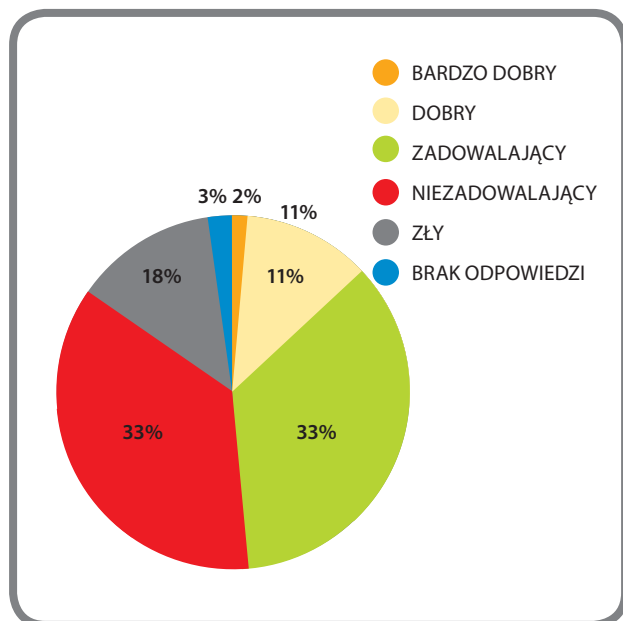
Ryc. 6.
Akceptacja choroby.



Poziom wiedzy o cukrzycy (ocena subiektywna)

Tylko 13% ankietowanych twierdziło, iż posiada bardzo dobry i dobry zasób wiedzy o chorobie, a 33%, że ich wiedza jest zadowalająca, natomiast według 51% ankietowanych ich wiedza diabetologiczna jest niewystarczająca lub zła.

Ryc. 7.
Ocena własnej wiedzy.



Ankietowanych poproszono również o odpowiedź na pytanie o cel leczenia cukrzycy. Najwięcej osób, bo 64% twierdziło, że celem leczenia cukrzycy jest zapobieganie powikłaniom, a według 53% – kształtowanie prozdrowotnego stylu życia. 50% ankieto-

wanych odpowiedziało, że celem leczenia jest przeciwdziałanie postępowi już istniejących powikłań (ryc. 20). Według 59%, sam pacjent ma największy wkład w leczenie cukrzycy, a 44% twierdziło, iż zespół terapeutyczny ma wpływ na leczenie choroby, a prawie 10% nie wymienia siebie, jako osoby wpływającej na sukces terapeutyczny.

Obiektywna ocena wiedzy o cukrzycy (test)

Część badawcza pracy obejmowała test sprawdzający wiedzę chorych przed i po edukacji. Zawierał on 19 średniotrudnych pytań jednokrotnego wyboru. Za każdą prawidłową odpowiedź przyznawano 1 punkt. Test wyjściowy wykonano u 66 chorych, następnie powtórzono bezpośrednio po szkoleniu ten sam test (n=37) oraz po 3 miesiącach od szkolenia (n=30). Wyjściowo chorzy uzyskali $15,8 \pm 2,9$ punktu, co jest dość dobrym wynikiem. Bezpośrednio po edukacji obserwowano istotnie lepszy wynik – $18,4 \pm 1,3$ punktu ($p < 0,0001$), który utrzymywał się częściowo jeszcze po 3 miesiącach – $16,9 \pm 2,1$ punktu ($p = 0,034$), jednak był on istotnie gorszy niż bezpośrednio po szkoleniu ($p = 0,005$). Przeanalizowano związek wiedzy chorych ocenianej testem z czynnikami demograficznymi. Stwierdzono pozytywną korelację wiedzy pacjentów z wykształceniem ($p = 0,002$) oraz stanem zatrudnienia ($p = 0,018$). Ponadto obserwowano negatywną korelację między wynikiem testu a wiekiem ankietowanych ($p = 0,008$). Pozostałe badane parametry takie jak: miejsce zamieszkania, ocena własnej wiedzy, czas trwania cukrzycy, sposób leczenia nie wpływały na stan wiedzy chorych. Istotny wzrost prawidłowych odpowiedzi dotyczył pytań: 4, 5, 8, 10, 13, 15, 18, jednak w odniesieniu do pytania 16 i 17 stwierdzono po 3 miesiącach wynik gorszy, niż przed szkoleniem (wiedza krótkotrwała).

Dyskusja

Jednym z najważniejszych elementów leczenia cukrzycy jest edukacja zdrowotna. Na stan wiedzy diabetologicznej pacjentów wpływają: wykształcenie, uczestnictwo w edukacji, czas trwania choroby i wiek. W badaniu własnym potwierdzono znaczenie wieku, wykształcenia oraz aktywności zawodowej na stan wiedzy diabetologicznej. Wykazano większą wiedzę u osób z wykształceniem ponadzawodowym i u osób pracujących. Osoby starsze charakteryzowały się istotnie gorszym wynikiem testu sprawdzającego wiedzę. Ponadto badania własne nie wykazały wpływu czasu trwania choroby na stan wiedzy diabetologicznej wśród ankietowanych. Ważną rzeczą jest trwałość wiedzy pacjentów. Uważa się, że pacjent zapamiętuje 10%-15% informacji przekazanych mu podczas szkolenia z edukatorem. Po wyjściu z wizyty u lekarza, chory z cukrzycą zapamiętuje około połowy informacji. Badania dowodzą, iż wiedza teoretyczna szybko zanika po odbyciu szkolenia. Utwierdza to w przekonaniu o konieczności uzupełniania i utrwalania jej, przynajmniej, co 3 miesiące. W prezentowanej pracy, badani odpowiadali na zadane pytania w odstępie 3 miesięcy od szkolenia lepiej, niż przed szkoleniem, chociaż istotnie gorzej niż bezpośrednio po szkoleniu. Uzyskane wyniki wskazują na nietrwałość wiedzy oraz potwierdzają konieczność reedukacji. W badaniu przeprowadzonym przez Krystoń-Serafin i wsp. na grupie 100 chorych na cukrzycę typu 2 w POZ w Białymstoku w 2004 roku, trudności w zapamiętaniu informacji miało 46% ankietowanych, 28% jako przyczynę trudności w zapamiętywaniu wymieniła strach przed powikłaniami. Ustawiczne szkolenie chorych na cukrzycę pozytywnie wpływa na ich standard życia. Za pozytywnym wpływem edukacji na samopoczucie w badaniu Krystoń-Serafin i wsp. opowiedziało się 91% ankietowa-

nych, a 95% jest świadomych powikłań cukrzycy i większej przez to motywacji do leczenia. 30% jest przekonanych, że sam pacjent odpowiada za swoją wiedzę diabetologiczną. Badanie własne wykazało, że dla 92% ankietowanych, edukacja jest potrzebna i ważna, a na sukces w leczeniu wpływa sam pacjent – 59%, zaś 10% nie wymienia siebie jako osoby wpływającej na terapię.

W doborze metody szkolenia kierować się należy korzyściami terapeutycznymi, jakie chcemy osiągnąć wspólnie z pacjentem. Uzyskanie samodzielności przez chorego jest jednym z celów edukacji. W badaniu Krystoń-Serafin według 61% ankietowanych najlepsza jest edukacja indywidualna. Jako edukatora 80% chciałoby lekarza diabetologa, a 60% pielęgniarkę. W badaniu przeprowadzonym w Lublinie, gdzie uczestnikami było 160 pacjentów Kolejowej Służby Zdrowia, przez Brodańko i wsp. – 78,2% badanych uczestniczyło w edukacji indywidualnej, a tylko 6,4% w zbiorowej. Z badania Majkowskiej i wsp., przeprowadzonym w 2001 roku, wśród 120 pacjentów 4 szczebińskich szpitali, wynika, iż około 47% badanych przebyło szkolenie dotyczące cukrzycy. W badaniu własnym 74% ankietowanych twierdziło, że nie brało udziału w żadnej formie szkolenia, jednak badani dużo wiedzieli o cukrzycy i uzyskali blisko 83% wszystkich możliwych punktów w teście sprawdzającym wiedzę diabetologiczną. Nadszperowanie dobrym wynikiem dotyczącym wiedzy pacjentów związane jest prawdopodobnie z terapią w ośrodku referencyjnym dla leczenia cukrzycy lub ze zbyt prostymi pytaniami zawartymi w teście.

Samokontrola jest nieodzowną częścią życia chorego na cukrzycę. Są to wszystkie czynności podejmowane przez samych chorych, zmierzające do poprawy stanu zdrowia.

W badaniu Przeorskiej-Najgebauer i wsp. przeprowadzonym w 2 klinikach katowickich na grupie 46 chorych w 2004 roku – 52% deklarowało podejmowanie czynności zmierzających do poprawy stanu zdrowia, ale 24% podejmowało działania w celu utrzymania masy ciała i jej kontroli zaś 28% miało problem z jej utrzymaniem. W badaniu własnym 62% stwierdzało u siebie nadwagę lub otyłość, ale 35% badanych opowiadało się za dietą i wysiłkiem, jako środkiem redukującym masę ciała. 9% akceptowało swoją wagę. Obiektywnie, używając wskaźnika BMI, nadwagę i otyłość stwierdzono u 80% badanych. Nadmierną masę ciała uznano za epidemię XX, a obecnie XXI wieku, ponieważ gwałtowny przyrost nadwagi/otyłości nastąpił w minionym wieku, a w obecnym, zjawisko ma tendencje wzrostowe. Część osób z nadmierną masą ciała, krytycznie ocenia swój wygląd i dokonuje prób zmiany swego wizerunku zewnętrznego.

Zasadniczym elementem samokontroli jest pomiar glikemii. W badaniu Przeorskiej-Najgebauer i wsp. 76% deklaruje samodzielny pomiar glikemii, 68% kilka razy dziennie.

W pracy Majkowskiej i wsp. samodzielnych pomiarów dokonuje 30% ankietowanych.

W badaniu własnym 63% twierdzi, że mierzy glikemię kilka razy dziennie. Wysoki odsetek związany jest prawdopodobnie z terapią w ośrodku referencyjnym, bądź z chęcią „wypadnięcia” dobrze.

Niektórzy chorzy mają problem z akceptacją cukrzycy i trudności w radzeniu sobie z chorobą. Stres, a nierzadko depresja związana z chorobą, ma istotny wpływ na przebieg choroby. W niniejszej pracy 55% akceptowało chorobę, a 39% próbowało się z nią oswoić. Przestrzeganie diety jest jednym z elementów leczenia. W wymienionym badaniu Majkowskiej i wsp. około 72% podawało przestrzeganie diety. U Przeorskiej-Najgebauer i wsp. do stosowania diety przyznało się tylko 11%, a 37% próbuje ją wdrożyć. Natomiast 17% nie zna takiej diety. Tak duża rozbieżność wynika zapewne z nienajlepszego określenia, jakim jest dieta cukrzycowa. Należałoby także ocenić stopień wyrównania cukrzycy u tych

chorych, aby zobiektywizować te dane. W niniejszej pracy badawczej nie ma danych o przestrzeganiu diety cukrzycowej, ale zapytano się o częstość i regularność spożywania posiłków. 36% badanych twierdziło, że spożywa je 3 razy dziennie i tyle samo spożywa je regularnie, a 35% czyni starania w tym zakresie.

Regularny wysiłek fizyczny pomaga w wyrównaniu cukrzycy. Takiego zdania jest 80% respondentów u Krystoń-Serafin i wsp. W badaniu Przeorskiej-Najgebauer i wsp. o wpływie wysiłku na poprawę stanu metabolicznego jest przekonanych 39%, zaś formą najczęściej stosowaną jest spacer i praca w ogrodzie. Do prowadzenia ćwiczeń sportowych przyznało się 15%. Ankietowani w badaniu Majkowskiej i wsp. w 34% podejmowali regularny wysiłek fizyczny, a 30% – nieregularny. W prezentowanej pracy 89% badanych twierdziło, że było aktywnych fizycznie, a najczęstszą formą, jaką podawano, były codzienne czynności domowe i spacer. Czynne zajęcia sportowe uprawiało jednak tylko 20% ankietowanych. Według różnych badaczy, aktywność fizyczną podejmuje 19-30% chorych.

Odpowiednia wiedza o cukrzycy, świadczy o zaangażowaniu chorego i korzystaniu z innych źródeł (media, broszury). W badaniu Krystoń-Serafin i wsp. 57% uczestników, określiła swoje przygotowanie diabetologiczne do samoopieki jako dobre, a 5% jako doskonałe. U Brodańko i wsp. 46% respondentów, określiło jako średni stan wiedzy diabetologicznej, około 25% jako zły, a tylko 5,7% jako bardzo dobry. Badanie własne wykazało, że 46% deklaruowało się wiedzą diabetologiczną w stopniu zadowalającym, dobrym bądź bardzo dobrym. Jednak osoby określające swoje przygotowanie diabetologiczne jako lepsze, odpowiadały na pytania z zakresu cukrzycy w stopniu podobnym do oceniających się gorzej.

Istnieje związek między stopniem wiedzy o cukrzycy i samokontrolą a wyrównaniem cukrzycy oraz rozwojem powikłań. Hiperglikemia i hipoglikemia w równym stopniu (21%), stanowią przyczynę przyjęć do szpitala chorych na cukrzycę. W badaniu przeprowadzonym przez Majkowską i wsp. 83% deklarowało znajomość zagrożeń powikłaniami cukrzycy, 70% – znajomością hipoglikemii, a 41% znajomością przyczyn cukrzycy. W innym badaniu przeprowadzonym przez Przeorską-Najgebauer i wsp. znajomością objawów cukrzycy i ostrych powikłań cukrzycy deklaruowało się 50% chorych, a 54% twierdziło, że rozpoznaje u siebie objawy hipoglikemii. W badaniu u Krystoń-Serafin i wsp. 74% ankietowanych twierdziło, że zna objawy hipoglikemii, ale tylko 59% przyczyny, blisko 63% deklaruje znajomość objawów hiperglikemii, 72% znajomość późnych powikłań, ale 44% zaznaczyło, iż chciałoby wiedzieć więcej o powikłaniach cukrzycy. W badaniu własnym 50% ankietowanych subiektywnie odczuwało objawy hipoglikemii, a 45% hiperglikemii.

Wnioski

1. System edukacji diabetologicznej jest całkowicie niewystarczający. Znacząca większość badanych nie uczestniczyła w żadnej formie szkolenia z zakresu cukrzycy.
2. Szkolenie z zakresu cukrzycy istotnie wpływa na poprawę stanu wiedzy diabetologicznej wśród chorych na cukrzycę typu 2, jednak efekt ten jest krótkotrwały.
3. Konieczna jest reedukacja już po 3 miesiącach.

Bibliografia

Dostępna u autorki i w Redakcji.

RACJONALIZM I SKUTECZNOŚĆ

Czy Polska nauczy się czegoś od bogatszych sąsiadów?

13 marca 2008 r. w warszawskim hotelu Sheraton odbyła się międzynarodowa konferencja naukowa dotycząca różnic oraz skuteczności stosowania analogów w porównaniu do insuliny klasycznych. Konferencję zorganizowała polska firma Bioton SA na kanwie dyskusji, toczącej się już od dawna na Zachodzie Europy, a dotyczącej sporu na temat rzeczywistych wartości analogów krótkodziałających i ich mieszanek. Rangę konferencji podniósł fakt, że zaproszenia na nią przyjęło dwóch światowej sławy profesorów z Austrii oraz Wielkiej Brytanii, zajmujących się problematyką leczenia cukrzycy.

We wrześniu zeszłego roku w „Diabetologii” („Diabetologia” jest czasopismem EASD – Europejskiego Towarzystwa Badań nad Cukrzycą) ukazał się artykuł „Nice insulin, pity about evidence” tj. „Insuliny atrakcyjne, gorzej z dowodami”. Stanowi on podsumowanie światowej i europejskiej dyskusji dotyczącej stosowania analogów i ich ewentualnej przewagi nad insulinami ludzkimi.

W trakcie trwania konferencji prof. Piber z Uniwersytetu w Graczu oraz prof. Edwin Gale z Uniwersytetu w Bristolu potwierdzili, że każdy lekarz, który bierze pod uwagę wytyczne dotyczące leczenia cukrzycy, ustalone przez towarzystwa naukowe, powinien dojść do wniosku, że analogi insuliny trzeba stosować jedynie u wybranych pacjentów.

Podczas debaty padło także stwierdzenie, że w przypadku pacjentów poddanych agresywnemu dobieraniu dawek, analogi przynoszą niewielkie korzyści lub nie przynoszą ich wcale. Innymi słowy: nie ma sensu przepisywać ich pacjentom leczonym mniej intensywnie lub z niewielkim ryzykiem nocnej hipoglikemii – co skutecznie wyklucza większość obecnie leczonych pacjentów z cukrzycą typu 2 i istotną część pacjentów z cukrzycą typu 1.

Według Bharad Book Bureau w roku 2006 wartość globalnego rynku insuliny osiągnęła 8,5 mld dolarów. Jeśli podzielimy to na trzy firmy, które są głównymi graczami na światowych rynkach insuliny, to wychodzi nam z tego niezła kwota. Natomiast dynamika tego rynku w porównaniu z rokiem 2005 wyniosła 14 proc. W Polsce insulinę stosuje ok. 420 tys. diabetyków. Koszty, które w procesie leczenia cukrzycy muszą pokryć zarówno cukrzycy, jak i systemy zdrowotne danych państw są coraz większe.

Dlatego też od kilku lat na Zachodzie Europy toczy się dyskusja dotycząca skuteczności i bezpieczeństwa stosowania analogów insuliny oraz efektów tego leczenia w porównaniu do kosztów, które są zdecydowanie wyższe, niż w przypadku aplikowania insuliny klasycznych. Wiąże się ona z pytaniem: „Czy leki takie jak analogi insuliny, które są po prostu drogie, rzeczywiście przynoszą wymierne korzyści pacjentom w skali globalnej, czy raczej są preparatami ograniczonymi do pewnych nisz pacjentów?”

W roku 2004 ukazał się raport bazy Cochrane – baza EBM (Evidence Based Medicine), który po raz pierwszy, po analizie wszystkich wiarygodnych badań klinicznych pokazał brak różnic w komfortie, skuteczności i bezpieczeństwie między analogami krótkodziałającymi i ich mieszanekami a insulinami ludzkimi w typie 2 cukrzycy.



Rok 2005 zaowocował międzynarodową dyskusją na zjeździe EASD (Europejskie Towarzystwo Badań nad Cukrzycą) w Atenach – wnioski z tej dyskusji potwierdziły wszystkie dane z raportu Cochrane.

W roku 2006 został ogłoszony raport Niemieckiego Instytutu Farmakoekonomiki i Jakości w Służbie Zdrowia (IQWiG). W raporcie tym nie stwierdzono przewagi analogów krótkodziałających nad ludzką insuliną rozpuszczalną. Uwzględniając fakt, że analogi kosztują więcej niż insuliny rozpuszczalne, wyciągnięto wniosek, że brakuje danych uzasadniających ich stosowanie wśród pacjentów z cukrzycą typu 2. W kolejnym raporcie stwierdzono, że korzyści ze stosowania krótkodziałających analogów insuliny w cukrzycy typu 1 są marginalne.

Wymiernym efektem tego starannie opracowanego dokumentu było wycofanie refundacji analogów krótkodziałających i ich mieszanek w typie 2 cukrzycy w Niemczech. Z punktu widzenia przemysłu niemiecki rynek farmaceutyczny szacowany jest na 37,8 mld euro rocznie, co daje mu trzecią pozycję po USA i Japonii. Warto zwrócić uwagę, że w raporcie przeanalizowano prawie tysiąc badań klinicznych, w tym wszystkie opublikowane w renomowanych czasopismach. Autorzy zwrócili się też do producentów o badania niepublikowane, będące w ich posiadaniu. Z tych wszystkich badań jedynie siedem spełniło kryteria wiarygodności. Łącznie ilość pacjentów objętych analizą wyniosła około 3,5 tys.

W raporcie stwierdzono brak znamienności statystycznej w występowaniu śmiertelności podczas terapii insulinami analogowymi a insulinami ludzkimi klasycznymi. Warto zwrócić uwagę na brak znamienności statystycznej przy uzyskiwanych wynikach poziomów HbA1c w ciągu kolejnych etapów trwania badań.

W dniu 21 lutego 2008r. w Niemczech ogłoszono decyzję o wycofaniu refundacji analogów krótkodziałających w typie 1 cukrzycy, jeżeli ich ceny nie zostaną zmienione tak, aby były zbliżone do cen insuliny ludzkiej. Decyzja o wycofaniu refundacji wchodzi w życie w kwietniu 2008. Została ona oparta na kolejnym raporcie IQWiG ogłoszonym w roku 2007, który dotyczył analizy wiarygodnych badań naukowych z zastosowaniem analogów krótkodziałających w typie 1 cukrzycy.

Zatem debata prasowa w Polsce, która odbyła się 13 marca 2008 r. – między ogłoszeniem decyzji o wycofaniu refundacji analogów w Niemczech a wejściem tej decyzji w życie – znajduje się w samym środku gorącej dyskusji europejskiej.

Jaką lekcję wyciągnie z niej Polska?





Autopen[®]

przeznaczony do stosowania m. in. z insuliną Gensulin[®]

SYSTEM INIEKCYJNY AUTOPEN[®] to:

- automatyczny system iniekcyjny minimalizujący uszkodzenia tkanek
- dozuje insulinę zawsze z tą samą siłą, niezależnie od wielkości dawki
- wytrzymały i bezpieczny w użytkowaniu



Więcej informacji można uzyskać pod numerem infolinii AUTOPEN tel.: 0 801 88 99 71 oraz na stronie internetowej www.bioton.pl/autopen

W TROSCE
O TWOJEGO PACJENTA

PEN.05.04.08.I

www.bioton.pl

BIOTON S.A. Macierzysz, ul. Poznańska 12, 05-850 Ożarów Mazowiecki