8/III/2009

PFED

ISSN 1689 - 8435

magazyn edukacyjny

Kwartał III 2009

TEMAT WYDANIA

MOTYWACJA W PRACY PIELĘGNIARKI

IV MIĘDZYNARODOWA KONFERENCJA NAUKOWO–SZKOLENIOWA PFED

FEND
Federation of European Nurses in Diabetes

POLSKA FEDERACJA EDUKACJI W DIABETOLOGII

Pismo Polskiej Federacji
Edukacji w Diabetologii

POLSKA FEDERACJA EDUKACJI W DIABETOLOGII

FEND
Federation of European Nurses in Diabetes

SPONSOR PFED:

Bayer HealthCare
Diabetes Care

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

TEMAT WYDANIA
Motywacja w pracy pielęgniarki 1

SAMOKSZTAŁCENIE
Co warto przeczytać 4

WYDARZENIA
Niemożliwe jest w zasięgu ręki – festyn w CZD 6
IV Międzynarodowa Konferencja
Naukowo-Szkoleniowa PFED – zaproszenie 8
ENDCUP – Moduł II – relacja 9
Działalność Gabinetu Stopy Cukrzycowej
w Rudzie Śląskiej 10

FEND DONOSI
Mądrość przychodzi wraz z wiekiem,
prawie zawsze za późno, cz.1 13

PRACE ORYGINALNE
Gojenie się raz poporodowych u kobiet
chorych na cukrzycę 16
Dieta w cukrzycy ważnym elementem
w samokontroli glikemii poposiłkowej 20

EDUKACJA
Tworzenie warunków do edukacji zdrowotnej
(diabetologicznej) – Komunikowanie
jako podstaw edukacji zdrowotnej
(diabetologicznej) 23

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
Dorota Herbut – dział EDUKACJA, dorota.herbut@pfed.org.pl
Renata Koczan – dział WYDARZENIA, renata.koczan@pfed.org.pl
Mirosława Młynarczuk – dział ZESPÓŁ EDUKACYJNY W PRACY,
miroslawa.mlynarczuk@pfed.org.pl
Iwona Pilarczyk-Wróblewska – dział SAMOKSZTAŁCENIE, iwona.pilarczyk@pfed.org.pl
Renata Wójcik, Beata Stepanow – dział FEND DONOSI, renata.wojcik@pfed.org.pl,
beata.stepanow@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 hab. n. med. Marianna Bąk
Dr n. med. Krystyna Piskorz-Ogórek
Dr n. med. Zofia Ruprecht
Dr med. Ewa Semetkowska-Jurkiewicz
Mgr Leokadia Jędrzejewska
Mgr Małgorzata Olszewska
Mgr Grażyna Piegdoń

KOREKTOR MERYTORYCZNY
Alicja Szewczyk

KONTAKT Z ZAGRANICĄ
Jolanta Czerniak

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

MOTYWACJA W PRACY PIELĘGNIARKI

„Trzeba się uczyć w życiu tego, że nie wszystko w życiu polega na tym, ażeby więcej mieć; a to jest znamienne dla naszych czasów: jak najwięcej mieć. Wielkość człowieka polega na tym, ażeby kimś więcej być. A staje się człowiek kimś więcej za cenę ofiar, składanych często w głębi swojego serca. Staje się człowiek kimś więcej dlatego, że jest gotów służyć całym sobą. . . Staje się człowiek kimś więcej dlatego, że jest nie tylko dla siebie, skierowany ku sobie, garnący wszystko ku sobie, ale skierowany ku drugim, żyjący dla innych."

Jan Paweł II

Nowoczesne pielęgniarstwo jest bardzo złożoną działalnością na rzecz ciągłego zwiększania zarówno jakości, jak i efektywności praktyki pielęgniarskiej oraz kształtowania jej systemów w zmieniającym się systemie opieki nad zdrowiem, co implikuje wielkie przemiany rozwojowe w roli pielęgniarki. Współcześnie zawód pielęgniarki przeżywa dynamiczny rozwój ukierunkowany na osiąganie wysokiego poziomu profesjonalizmu. Dla powodzenia swej działalności pielęgniarka powinna mieć intelektualne przekonanie oraz wolę realizacji. Działanie to określane jest mianem motywacji.
Motywacja jest to gotowość do podejmowania działań, które służą do osiągnięcia określonego celu lub efektu. Jest procesem złożonym dostosowanym do potrzeb każdej osoby pracującej zawodowo. Motywacja to nie tylko siła motoryczna ludzkich zachowań i działań, ale jest również niezbędnym i jednym z najważniejszych czynników wzrostu efektywności pracy.

MOTYWACJA – SIŁA LUDZKICH DZIAŁAŃ

Nowoczesne pielęgniarstwo jest bardzo złożoną działalnością na rzecz ciągłego zwiększania zarówno jakości, jak i efektywności praktyki pielęgniarskiej oraz kształtowania jej systemów w zmieniającym się systemie opieki nad zdrowiem, co implikuje wielkie przemiany rozwojowe w roli pielęgniarki. Współczesne społeczeństwo ma wobec pielęgniarek coraz większe oczekiwania w zakresie kompetencji oraz postępowania zgodnego z normami etycznymi.

Zawód pielęgniarki realizowany jest w najbliższym i ciągłym kontakcie z ludźmi, jest to praca podejmująca wiele złożonych i trudnych problemów ludzkiego zdrowia i życia. Współcześnie jest to zawód przeżywający niewątpliwie dynamiczny rozwój ukierunkowany na osiąganie wysokiego poziomu profesjonalizmu. Dla powodzenia swej działalności pielęgniarka powinna mieć intelektualne przekonanie oraz wolę realizacji. Działanie to określane jest mianem motywacji.

Motywacja jest to gotowość do podejmowania działań, które służą do osiągnięcia określonego celu lub efektu. Jest procesem złożonym, dostosowanym do potrzeb każdej osoby pracującej zawodowo. Motywacja to nie tylko siła motoryczna ludzkich zachowań i działań, ale jest również niezbędnym i jednym z najważniejszych czynników wzrostu efektywności pracy.

Proces motywacji ma charakter dynamiczny i wiąże się z zaspokojeniem określonej potrzeby, która ma znaczenie emocjonalne dla życia i rozwoju człowieka. Składowe procesu motywacyjnego obejmują:

- użyteczność celu,
- subiektywne prawdopodobieństwo jego osiągnięcia.

Użyteczność celu zależy od wielkości napięcia motywacyjnego oraz od wielkości gratyfikacyjnej celu.

Napięcie motywacyjne zależy od poziomu zaspokojenia określonej potrzeby. Zgodnie z teorią Maslowa potrzeby można uszeregować hierarchicznie ze względu na kolejność i siłę ich zaspokojenia. W chwili zaspokojenia potrzeb niższego rzędu np. fizjologicznych, przestają one służyć jako czynnik motywujący i dochodzą do głosu potrzeby wyższego rzędu. Teoria Maslowa jest pewnego rodzaju uproszczeniem, ponieważ nie każdy człowiek posiada pięciostopniową piramidę potrzeb oraz nie zawsze dochodzi do sublimacji, ale również do regresji potrzeb.

Innej hierarchizacji potrzeb dokonał Clayton Alderfer w teorii ERG, a mianowicie wyróżnił trzy poziomy potrzeb:

- egzystencjalne,
- kontakty społeczne,
- wzrost – równoważny potrzebie samorealizacji.

Niewątpliwie teoria ERG jest doskonalsza od teorii Maslowa, ponieważ zakłada, że ludzkie działanie może być podyktowane kilkoma kategoriami potrzeb oraz uwzględnia element regresji w sytuacji niezaspokojenia potrzeby.

Bardzo ważnym wkładem do teorii motywacji jest dwuczynnikowa teoria Frederica Herzberga, w której można wyróżnić dwie grupy czynników motywacji:

- czynniki zewnętrzne, zwane inaczej czynnikami niezadowolenia lub higieny,
- czynniki wewnętrzne, zwane inaczej czynnikami zadowolenia, odnoszą się do treści pracy.

Eksperymentalne weryfikowanie tej teorii nie przyniosło dobrych rezultatów, natomiast niezaprzeczalną jej zaletą jest zwrócenie uwagi na wzbogacenie pracy, jako czynnika motywacyjnego jak również odróżnienie czynników mobilizujących jak i demobilizujących.

Na szczególną uwagę zasługuje tradycyjny model oddziaływań motywacyjnych oparty na teorii X i Y utworzonej przez Mc Gregora. Autor teorii uważa, iż przekonanie kierowniczych zachowań jest łatwiejsze, gdy rozpatrywane jest w aspekcie przyjmowanych przez kierownika założeń teoretycznych w stosunku do natury człowieka. Teoria X zakłada, iż przeciętny człowiek jest leniwy z natury i stara się pracować jak najmniej. Ludzi do pracy należy przymuszać za pomocą kar i zagrożeń. Przeciwstawną do teorii X jest teoria Y, która mówi, iż naturalną potrzebą człowieka jest praca. Człowiek wykonuje ją chętnie, a nadzór jest zbyteczny. Ludzi do pracy nie trzeba przymuszać a okazywać im życzliwość i zaufanie, gdyż posiadają ambicje zawodowe i chętnie podejmują się zadań samodzielnych. Tu głównym zadaniem kierownika jest stworzenie właściwych warunków pracy, które pozwolą na wszechstronny rozwój.

Prekursorem teorii osiągnięć jest John W. Atkinson, który poszukiwał odpowiedzi na pytanie dotyczące indywidualnych cech człowieka mogących mieć wpływ na jego motywację do pracy. Zdaniem autora jednostka dąży do określonego celu, gdyż wynika to z następujących przesłanek:

- siły podstawowego motywu lub potrzeb,
- wiary w powodzenie,
- zachęty związanej z osiągnięciem celu.

Dalsze badania w tym obszarze prowadził D. McClelland, według którego potrzeby władzy, afiliacji i osiągnięć to podstawowe motywy działania człowieka. Teoria osiągnięć tłumaczy je następująco:

- potrzeba władzy odnosi się do kontroli pracy własnej i innych, może mieć charakter zarówno pozytywny, jak i negatywny,
- potrzeba afiliacji dotyczy dostrzeganej u wielu osób potrzeby utrzymywania kontaktów społecznych i uzyskiwania aprobaty ze strony innych, spośród dwóch rodzajów tej potrzeby afiliacyjne zainteresowania są bardziej pożądane od afiliacyjnego bezpieczeństwa, ze względu na większą dbałość o perfekcyjne wykonanie zadań,
- potrzeba osiągnięć występuje u ludzi kreatywnych, skłonnych do podjęcia dużej odpowiedzialności w celu zdobycia sukcesu.

Znamienne teorie procesu motywacji spotykane w literaturze przedmiotu to: teoria oczekiwań V. Vrooma w późniejszym czasie rozwinięta przez L. W. Portera i E. Lawlera oraz teoria sprawiedliwości opracowana przez J. S. Adamsa.

Pierwsza z teorii oparta na koncepcji oczekiwań, zakłada, że motywacja zależy od siły naszego pragnienia oraz oczekiwania prawdopodobieństwa jego zaspokojenia. Człowiek podejmuje określoną aktywność, aby osiągnąć określone cele, które są wartością priorytetową a ich brak jest odczuwalny. Do podjęcia działania same wartości nie wystarczą, konieczne jest określenie realności ich uzyskania oraz sposób postępowania. Porter i Lawler uzupełnili teorię oczekiwań o subiektywne odczucie zadowolenia, które towarzyszy osiągnięciu wyniku. Gdy w mniemaniu pracownika osiągnięcia są nagradzane proporcjonalnie do włożonego wysiłku, pracownik poza odczuwanym zadowoleniem ma także świadomość realnego związku pomiędzy nagrodą a wysiłkiem.

Druga z teorii – teoria sprawiedliwości zakłada, że człowiek powinien otrzymywać sprawiedliwe wynagrodzenie za włożoną pracę. Wszelkie odchylenia prowadzą do występowania napięć, natomiast napięcia skłaniają pracownika do podjęcia działań korygujących. Człowiek porównuje stosunek własnego wynagrodzenia do wkładu w stosunku do innych pracowników. Jest to punkt odniesienia dla pracownika decydujący o podjęciu ewentualnych działań korygujących.

Ostatnią z omówionych przeze mnie teorii jest teoria wzmocnienia opracowana przez B. F. Skinnera, która upatruje przyczyny ludzkich działań w środowisku społecznym. Człowiek jest istotą reaktywną a zatem zmieniając odpowiednio środowisko można dowolnie modyfikować ludzkie reakcje, wzmacniać je lub osłabiać. Teoria wzmocnienia wyjaśnia, że człowiek jest skłonny powielać działania, które w przeszłości przyniosły mu sukces oraz były źródłem przyjemnych doznań, natomiast unika działań i postaw, które przyniosły niepowodzenie.

Dużą rolę w zwiększeniu efektywności pracy odgrywają czynniki oddziaływania motywacyjnego. Są to te wszystkie elementy, które zachęcają pracowników do lepszej pracy. Najogólniej rzecz ujmując, można je podzielić na czynniki ekonomiczne i pozaekonomiczne. Klasycznym czynnikiem ekonomicznym pozostaje wynagrodzenie będące finansową zapłatą za świad-

czoną przez pracownika pracę. Do czynników pozaekonomicznych można zaliczyć: dobre warunki pracy, dostęp do najnowszych osiągnięć technologicznych, możliwość rozwoju zawodowego, budowanie ścieżki kariery, potrzebę osiągnięć i potrzebę afiliacji.

Bardzo ważnym aspektem motywacji jest wspieranie potrzeby osiągnięć, która jest bez wątpienia bardzo powszechna w naszej kulturze. Wywołuje ona ogólną tendencję polegającą na dążeniu do sukcesu. Nowoczesne pielęgniarstwo, które zapoczątkowała w połowie XIX wieku w Anglii Florence Nightingale implikuje ciągły rozwój oraz profesjonalizację zawodu pielęgniarki, dlatego też należy w celu jej stymulowania dać pracownikowi duży zakres swobody działania, co będzie miało przełożenie w poprawie jakości świadczonych przez pielęgniarki usług w zakresie ochrony zdrowia.

Potrzeba afiliacji jest podstawową potrzebą społeczną o zasadniczym znaczeniu dla wspólnego życia. Dotyczy utrzymania kontaktów społecznych oraz uzyskania aprobaty ze strony innych ludzi. W pracy z drugim człowiekiem a w szczególności w zawodzie pielęgniarki niezbędny jest altruizm, który jest potrzebą pomagania innym ludziom, może on być po części instynktowny, a po części wyuczony, niewątpliwie wiąże się z empatią.

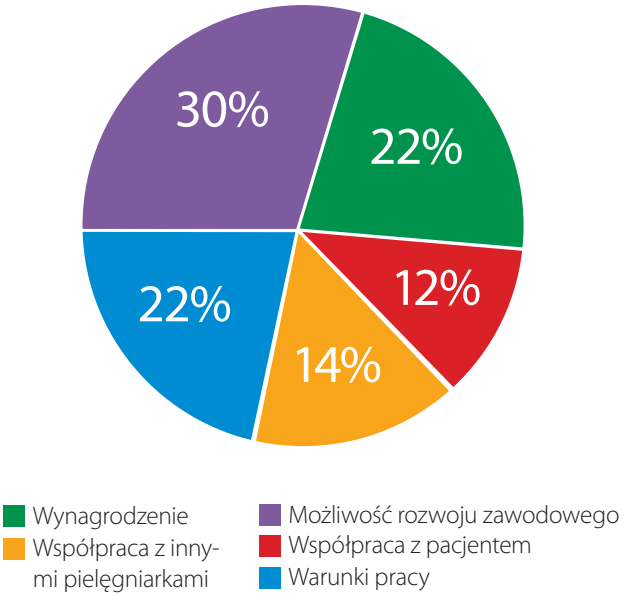
Mówiąc o altruizmie przychodzą mi na myśl słowa, które zawsze wypowiadała Święta Matka Teresa z Kalkuty, zapytana o motywację do pracy odpowiadała: „Nikt nie myśli o piórze, gdy czyta list, pragnie jedynie poznać myśli osoby, która ten list napisała".

OKREŚLENIE CZYNNIKÓW MOTYWUJĄCYCH

Badaniem mającym na celu określenie czynników motywujących w pracy pielęgniarki objęto 50 osobową grupę pielęgniarek pracujących na terenie Warszawy. Badania przeprowadzono w sierpniu 2009 roku. Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny. Do czynników wpływających motywująco w pracy pielęgniarki, ujętych w pytaniu sondażowym zaliczono: wynagrodzenie, współpracę z pacjentem, współpracę z innymi pielęgniarkami, warunki pracy oraz możliwość rozwoju zawodowego. Ostatnia pozycja to pytanie otwarte, gdzie respondenci mieli możliwość swobodnego podania czynników motywacyjnych innych, niż te podane w pytaniu sondażowym.

WYNIKI

Na pytanie sondażowe dotyczące motywacji w pracy pielęgniarki 30% badanych wybrała możliwość rozwoju, 22% respondentek podała warunki pracy i wynagrodzenie. Jako czynnik motywujący w pracy pielęgniarki 14% badanych wskazała współpracę z innymi pielęgniarkami oraz 12% współpracę z pacjentem.



Ryc. 1. Czynniki motywujące w pracy pielęgniarki.

DYSKUSJA

Rozpatrując zagadnienie motywacji w pracy pielęgniarki w czasach dominacji materii nad duchowością w aspekcie aktualnych wydarzeń oraz wysokości wynagrodzeń, bynajmniej nie na skalę europejską, zastanawia fakt, że czynniki pozaekonomiczne odgrywają większe znaczenie niż czynniki stricte ekonomiczne.

Wyniki badań uzyskane za pomocą sondażu diagnostycznego wykazały, że najliczniejsza grupa respondentek, jako czynnik oddziaływujący motywująco w pracy pielęgniarki podała możliwość rozwoju zawodowego. Dopiero na drugim miejscu wśród czynników motywujących znalazły się zarówno warunki pracy, jak i wynagrodzenie.

Sądzę, że takie podejście do zawodu pielęgniarki podyktowane jest przede wszystkim systemem wartości, który jest poniekąd wpisany w ten zawód. Pielęgniarstwo jest przecież wyuczoną profesją, ale przede wszystkim skoncentrowaną na fenomenie ludzkiej troskliwości. Możliwość rozwoju zawodowego jest niczym innym jak realizacją potrzeby osiągnięć, a co za tym idzie również wzrostu kompetencji zawodowych i poprawy jakości świadczonych usług.

Podsumowując, w pracy pielęgniarki najsilniej oddziaływującym czynnikiem motywującym jest możliwość rozwoju zawodowego, co implikuje poprawę jakości świadczonych usług oraz wzrost odpowiedzialności zawodowej.

BIBLIOGRAFIA

Dostępna u autorki i w Redakcji.

Teresa Marzena Tomaszewska

NASZ AUTOR

Mgr Teresa Marzena Tomaszewska, pracująca w Oddziale Klinicznym Medycyny Rodzinnej i Chorób Wewnętrznych SPSK CMKP im. prof. W. Orłowskiego przy ul. Czerniakowskiej 231 w Warszawie

Co warto przeczytać

W ostatnim czasie na rynku wydawniczym pojawiło się wiele książek o tematyce diabetologicznej, adresowanych do środowiska medycznego i do osób z cukrzycą. W tym numerze chciałabym zwrócić uwagę na trzy pozycje.

Pierwsza z nich to „**Cukrzyca. Poradnik dla lekarzy rodzinnych**" pod redakcją naukową **prof. Krzysztofa Strojka**. Poszczególne rozdziały poradnika zostały napisane przez lekarzy rodzinnych, którzy na co dzień w swojej pracy stykają się z chorym na cukrzycę. W publikacji tej w przystępny sposób zostały przedstawione najważniejsze aspekty cukrzycy. Obok klasyfikacji i charakterystyki poszczególnych typów cukrzycy, autorzy omówili zagadnienia dotyczące rozpoznawania i prewencji cukrzycy, metod jej leczenia, powikłań ostrych i przewlekłych, zwrócili uwagę na samokontrolę i potrzebę edukacji pacjenta w podstawowej opiece zdrowotnej oraz na znaczenie opieki łączonej w leczeniu cukrzycy typu 2. W książce poruszono również zagadnienia dotyczące szczepień ochronnych u osób z cukrzycą, przygotowania do zabiegu chirurgicznego chorego na cukrzycę oraz orzecznictwa i poradnictwa zawodowego. Dużym plusem tego poradnika jest czytelny układ treści i zamieszczone pod koniec każdego rozdziału repetytorium, które pozwala sprawdzić stan wiedzy czytelnika.

Pomimo tego, że książka ta jest adresowana głównie do lekarzy rodzinnych, stanowi ona także cenne źródło wiedzy dla pielęgniarek.

Autorką drugiej książki jest wieloletni pediatra i diabetolog **prof. Anna Noczyńska**. Jej „**Edukacja w cukrzycy typu 1 – poradnik dla dzieci i rodziców**" z uwagi na zawarte w nim treści może stanowić doskonały podręcznik dla pielęgniarek, które rozpoczynają pracę na oddziale diabetologicznym. Autorka wyjaśniła pojęcie cukrzycy, jej przyczyny, objawy, dokładnie omówiła żywienie w cukrzycy, przedstawiła wymienniki węglowodanowe i białkowo-tłuszczowe, indeks glikemiczny. Dużo miejsca poświęciła takim zagadnieniom jak hipoglikemia, hiperglikemia i kwasica ketonowa, na przykładach przedstawiła sposoby rozwiązywania tych problemów. Bardzo dokładnie omówiła insulinoterapię szybkodziałającymi analogami, uwzględniając zasady obliczania dawek insuliny do posiłków i dawek korekcyjnych.

Odrębnym zagadnieniem poruszanym w tej książce jest rozdział poświęcony terapii cukrzycy osobistą pompą insulinową. W oparciu o własne doświadczenia w leczeniu pacjentów z osobistymi pompami insulinowymi, autorka w przystępny sposób wyjaśnia zasady leczenia osobistą pompą insulinową, podpowiada, jak prawidłowo zaprogramować dawkę podstawową (bazę) insuliny, jak wyliczać dawki insuliny do posiłku, jaki rodzaj bolusa zastosować, jak postępować w przypadku ostrych powikłań.

Na uwagę zasługują również rozdziały poświęcone wysiłkowi fizycznemu, wyjazdom na wakacje i samokontroli. Znajdziemy w nich porady jak zapobiec występowaniu hipoglikemii podczas uprawiania sportu, co chorzy na cukrzycę mogą zjeść, a czego lepiej unikać, jak „na oko" wyliczyć ilość WW i WBT podczas obiadu w restauracji.

„Edukacja cukrzycy typu 1" została napisana w formie wywiadu chorego z lekarzem diabetologiem, dzięki czemu czytelnik ma wrażenie, jakby to on siedział w gabinecie i rozmawiał ze specjalistą. Książka ta jest skarbnicą wiedzy dla dzieci i rodziców, którzy dopiero oswajają się z cukrzycą, ale także stanowi solidną powtórkę dla osób, które od kilku lat zmagają się z tą chorobą. Może być również podręcznikiem dla pielęgniarek, dzięki swojej formie ukazuje problemy z jakimi na co dzień stykają się pacjenci z cukrzycą typu 1 i wskazuje tematy, jakie należy podejmować podczas edukacji pacjentów i ich rodzin.

Ostatnią pozycją, jaką chciałabym przedstawić jest książka napisana przez pediatrów-diabetologów z Centrum Zdrowia Dziecka, **prof. Elżbietę Piontek** i **dr Daniela Witkowskiego** „**Cukrzyca u dzieci**". To zręcznie napisany poradnik adresowany do rodziców, których dziecko zachorowało na cukrzycę. Autorzy poruszyli w nim wszystkie ważne aspekty życia z cukrzycą. W oparciu o najnowsze doniesienia z badań przedstawili czynniki biorące udział w etiologii cukrzycy typu 1, wskazując na duży udział czynników genetycznych i rolę zakażeń wirusowych. W rozdziale poświęconemu leczeniu cukrzycy obok celów zostały przedstawione elementy leczenia: insulinoterapia, właściwe odżywianie i wysiłek fizyczny.

Autorzy dokonali charakterystyki poszczególnych preparatów insuliny, wskazali na różnice w leczeniu cukrzycy przy użyciu osobistej pompy insulinowej i penów, podkreślili wady i zalety obydwu metod. W rozdziale poświęconym żywieniu dokładnie określili składniki pokarmowe, jakie powinny znaleźć się w codziennej diecie, przedstawili zasady żywienia dzieci i młodzieży leczonych za pomocą osobistej pompy insulinowej, dodatkowo rozdział ten wzbogacony jest o tabele wymienników węglowodanowych i tabelę indeksu glikemicznego.

Dużo miejsca poświęcono powikłaniom ostrym i przewlekłym. Dokładnie zostały przedstawione przyczyny, objawy i postępowanie w przypadku hipoglikemii, hiperglikemii i kwasicy ketonowej. Autorzy zwrócili również uwagę na problem dziecka z cukrzycą w środowisku nauczania, oraz na tak ważny aspekt, jakim jest wybór zawodu.

Cennym uzupełnieniem poradnika jest zamieszczony na końcu słowniczek wyrazów używanych w diabetologii oraz wykaz poradni diabetologicznych na terenie kraju a także wykaz Kół Przyjaciół Dzieci z Cukrzycą. Są to informacje ważne nie tylko dla samego pacjenta, ale również dla pielęgniarki opiekującej się dzieckiem z cukrzycą.

Fachowy język a zarazem przedstawione bardzo czytelnie informacje czynią tę książkę podręcznikiem, po który z powodzeniem mogą sięgać nie tylko rodzice, ale również pielęgniarki stykające się w swojej pracy z dzieckiem z cukrzycą typu 1.

Zachęcam do lektury!

Iwona Pilarczyk-Wróblewska

Niemożliwe
jest w zasięgu ręki… wystarczy tylko
chcieć, móc oraz pomóc

Pracownicy CZD podczas festynu

Szczęśliwie od wielu lat udaje się w Centrum Zdrowia Dziecka – dzięki zaangażowaniu pracowników Poradni Diabetologicznej Kliniki Chorób Metabolicznych, Endokrynologii i Diabetologii, a od kilku lat członków Polskiej Federacji Edukacji w Diabetologii – przeprowadzać bezpłatne badania glikemii a wyniki konsultować ze specjalistami w dziedzinie diabetologii.

Wystarczy tylko chcieć, móc i pomóc w organizacji takich badań. Chcieć zrobić coś więcej ponad pracę zawodową.

Dzięki wsparciu Przewodniczącej, Członków PFED, 20 maja oraz 19 czerwca b.r. w CZD udało się przeprowadzić bezpłatne badania cholesterolu oraz glikemii wśród pracowników szpitala, osób odwiedzających, rodziców pacjentów.

Festyny: **„W trosce o zdrowie"** – 20.05.09 oraz **„Edukacja zdrowotna, na co dzień…"** – 19.06.09, cieszyły się dużym zainteresowaniem. M.in. 19.06.09 r. wśród wybiórczo wybranych uczestników (30 osób) przeprowadzono anonimową ankietę. U dwóch panów objętych badaniem w wieku 37 i 58 lat wartości cholesterolu, glikemii i ciśnienia tętniczego krwi były prawidłowe (BMI nie oceniono z powodu braku danych). W grupie kobiet było 28 pań w wieku od 22 do 57 lat. Na podstawie uzyskanych danych stwierdzono prawidłowy wskaźnik BMI u 13 z 21 kobiet (62%), a wykazujący nadwagę i otyłość u 6 i 2 pań odpowiednio. Stężenie cholesterolu poniżej 190 mg/dl mierzone z krwi włośniczkowej wykazano u 16 pań z 24 (67%), u 6 wartości mieściły się w zakresie 191-250 mg/dl, a u dwóch pań wartości stężenia cholesterolu przekraczały 250 i 300 mg/dl. Pomiar glikemii na czczo oraz ciśnienia tętniczego krwi był prawidłowy u 80% pań uczestniczących w badaniu. Pozostałe 5 osób z nieprawidłowymi wynikami otrzymało zalecenia konsultacji z lekarzem w celu powtórzenia badań i dalszej obserwacji. **Tylko u 5 pań, z 14**, które podały w ankiecie wszystkie wyniki przeprowadzonych badań, **wartości badanych wskaźników były w granicach wartości prawidłowych**. Blisko 50% ankietowanych pań deklaruje w miarę systematyczną aktyw-

Stanowisko do wykonywania badań

ność ruchową, co skłania do refleksji i zastanowienia nad sposobami zwiększania możliwości prowadzenia aktywnego stylu życia w naszym środowisku (analizę ankiet z dn. 19.06.09 r. przygotowały: Agnieszka Kowalik, Bogumiła Różycka).

Bezpłatne badania cholesterolu sponsorowała promocja zdrowia CZD a glikemii Polska Federacja Edukacji w Diabetologii.

Podsumowując

1. Uczestnicy niechętnie podchodzili do stoiska, przy którym wyliczano współczynnik masy ciała BMI. Ważne: nadwaga lub otyłość to nie jedyny czynnik obciążający organizm.
2. Niekiedy badający poziom cholesterolu bagatelizowali jego wysokie poziomy!
3. Ponownie wskazywanie przez uczestników nadwagi, jako czynnika zagrażającemu zdrowiu (niewątpliwe tak jest, ale to jeden z czynników zagrażających). Warto dbać o prawidłową masę ciała, ale szczupłe osoby mogą a po festynach mają też podwyższone poziomy cholesterolu!
4. **Zdrowie to,** …na co **dzień krok po kroczku…**

Z achowanie umiaru w jedzeniu i piciu
D banie o urozmaicenie swojej diety
R uszanie się
O dżywianie się w sposób racjonalny
W alczenie z używkami i pustymi kaloriami
I nterpretowanie emocji adekwatne do sytuacji stresowych
E manowanie optymizmem

Podczas badań

Konsultacje podczas festynu

W festynach uczestniczyło ponad 600 osób! Wszystkim uczestnikom gratulujemy postawy zdrowotnej. Nigdy nie jest za późno by – krok po kroczku – dbać o zdrowie swoje i swoich najbliższych

Dziękuję Alicji Szewczyk, Annie Demianiuk, Marcie Szachniuk, Beacie Turek, Renacie Koczan za zaangażowanie, pomoc w realizacji festynów zdrowotnych. Jesteście Panie wspaniałe.

Bogumiła Różycka
Samodzielne stanowisko ds. promocji zdrowia
Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka"
Al. Dzieci Polskich 20, 04-730 Warszawa
Tel.: +22 815 19 41, faks: +22 815 19 44
E-mail: **b.rozycka@czd.pl**
www.czd.pl

Edukacja zdrowotna (Health Education)

Zgodnie z tradycyjnym podejściem edukacja zdrowotna sprowadza się do świadomego stwarzania sposobności do uczenia się, sposobności tak zaplanowanych, by ułatwiały dokonanie się, wcześniej określonej, zmiany zachowania. Tak rozumiana edukacja zdrowotna dąży do poprawy i ochrony zdrowia poprzez stymulowane procesem uczenia, dobrowolne zmiany w zachowaniu jednostek.

Więcej:

http://ec.europa.eu/health-eu/index_pl.htm

http://www.who.int/en/

http://www.mz.gov.pl/

POLSKA FEDERACJA EDUKACJI W DIABETOLOGII

serdecznie zaprasza na

IV MIĘDZYNARODOWĄ KONFERENCJĘ NAUKOWO–SZKOLENIOWĄ

na temat:

Edukacja diabetologiczna szansą na życie bez powikłań

Konferencja odbędzie się w Warszawie **12 grudnia 2009 r.**
w Hotelu Westin , Al. Jana Pawła II 21
Rozpoczęcie Konferencji o godz. 10.00, a zakończenie ok. godz. 17.00.

SERDECZNIE ZAPRASZAMY!

Szanowni Państwo,
Z prawdziwą przyjemnością zapraszamy Państwa do udziału w naszej IV Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej, która odbędzie się 12 grudnia 2009 r. **w Warszawie pod hasłem** „Edukacja diabetologiczna szansą na życie bez powikłań".

Celem konferencji jest próba zdefiniowania edukacji diabetologicznej w aspekcie istniejących powikłań, zanalizowania różnych aspektów edukacji, uwarunkowań, skuteczności, a także szans i zagrożeń oraz wyzwań, jakie stawia przed jej członkami (pacjentami, zespołem edukacyjnym) współczesna rzeczywistość.
Tematyka konferencji adresowana jest do przedstawicieli dyscyplin naukowych, którzy za cel badań i działań przyjmują człowieka z cukrzycą i jego edukację. Człowiek z cukrzycą i jego edukacja analizowane są z różnych punktów widzenia, w refleksji teoretycznej i badaniach empirycznych, według odmiennych metod i sposobów naukowej penetracji. Dlatego też do współpracy zapraszamy przedstawicieli nauk medycznych (pielęgniarki, lekarzy, rehabilitantów, dietetyków, psychologów), socjologów, pedagogów oraz przedstawicieli innych dyscyplin naukowych zajmujących się problematyką edukacji ludzi z cukrzycą.

TEMATY KONFERENCJI

1. Edukacja
   - środowisko nauczania i wychowania – aspekt medyczny i pedagogiczny
   - kobieta ciężarna z cukrzycą
   - programy edukacyjne dla pacjentów
2. Przewlekłe powikłania cukrzycy – wymiana doświadczeń
   - retinopatia (pielęgniarka–lekarz)
   - nefropatia – dializoterapia, leczenie nerko zastępcze (pielęgniarka–lekarz)
3. Nowe możliwości terapii cukrzycy
   - leczenie przeciwciałami monoklonalnymi
   - przeszczepy komórek macierzystych
   - leczenie endowaskularne oraz angioplastyka poniżej stawu kolanowego w leczeniu niedokrwiennej postaci stopy cukrzycowej
   - telemedycyna w diabetologii
4. Sesja plakatowa

INFORMACJE OGÓLNE

1. Uprzejmie prosimy o przesłanie „Karty zgłoszenia" drogą mailową na adres: iwona.pilarczyk@pfed.org.pl do dnia 31.10.2009 roku. „Zgłoszenie prac do prezentacji" drogą mailową na adres: dorota.herbut@pfed.org.pl do dnia 31.10.2009 r.
2. Opłata konferencyjna:
   - dla członków PFED – 50 PLN,
   - dla osób nie należących do PFED – 100 PLN.

W ramach opłaty organizatorzy zapewniają: udział w wykładach, materiały konferencyjne, wyżywienie na czas konferencji. Opłatę konferencyjną należy wnosić na konto PFED z dopiskiem „**IV Konferencja PFED**" do dnia 30.11.2009 r.
Nr konta: 98 1050 1025 1000002302941964
Oddział Warszawa 169
ul. F. Zamoyskiego 51A
03-801 Warszawa

Goście zaproszeni (lub honorowi) nie ponoszą opłat konferencyjnych.

Pragniemy przypomnieć, że wszystkie informacje na temat konferencji PFED, karta zgłoszenia są umieszczone na naszej stronie **www.pfed.org.pl**

Wszystkie uwagi, propozycje dotyczące działalności PFED prosimy kierować na adres mailowy: pfed@pfed.org.pl bądź listownie na adres siedziby PFED.

Przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego Konferencji
Alicja Szewczyk

CIĄG DALSZY

FEND
Federation of European Nurses in Diabetes

ENDCUP – MODUŁ II

W dniach od 29 czerwca do 4 lipca uczestniczyłam w II MODULE kursu dla pielęgniarek diabetologicznych –ENDCUP (European Nurses Diabetes Collaborative University Project) organizowanym przez Federację Europejskich Pielęgniarek Diabetologicznych FEND (Federation of European Nurses in Diabetes). Moduł II odbył się w Barcelonie w Centrum Edukacyjnym Szpitala San Pau. Powitaniom z uczestnikami kursu nie było końca. Kilka osób nie przybyło z powodu spraw rodzinnych. Był to tydzień bardzo intensywnej pracy. W poniedziałkowy poranek odbył się egzamin testowy z zadaniami otwartymi i zamkniętymi z zakresu diabetologii. Dyscyplina wdrożona zgodnie z regulaminem egzaminu nie pozwoliła na jakąkolwiek współpracę. Czas 3 godzin egzaminu upłynął bardzo szybko. Tego samego dnia odbyły się pierwsze zajęcia, na których przywitała nas przewodnicząca FENDu Anne Marie Felton i sekretarz – Deidre Cregan. Zajęcia rozpoczynały się o godz. 8.30 a kończyły o 18.30. Codziennie otrzymywaliśmy testy, które rozwiązane przedstawialiśmy każdego ranka. Moduł II obejmował tematykę istoty badań naukowych, ich projektowanie, elementy statystyki. Zapoznano nas z zasadami przygotowywania abstraktów do prac naukowych. Program kursu obejmował nie tylko wykłady, ale także warsztaty z podziałem na grupy, na których poznawaliśmy przykładowe prace naukowe ze szczególną analizą wyników. Na zajęciach warsztatowych uczyliśmy się krytycznego spojrzenia na publikacje naukowe. Zostały nam przedstawione wyniki naszych dwóch prac poglądowych na temat artykułów otrzymanych w Londynie na Uniwersytecie w Roehampton w zeszłym roku. Przed nami do napisania trzecia praca z zakresu diabetologii, a także przygotowanie badania naukowego, które przedstawimy w przyszłym roku przed komisją profesorów na Uniwersytecie w Roehampton w Londynie.

Centrum Edukacyjne Szpitala San Pau

Z okna hotelu, w którym zostaliśmy zakwaterowani zrobiłam zdjęcie Centrum Edukacyjnego Szpitala San Pau.
Szpital św. Pawła w Barcelonie (właść. szpital św. Krzyża i św. Pawła, kat. L'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau) – zespół budynków zaprojektowanych przez Lluisa Domènecha i Montanera, jednego z najważniejszych przedstawicieli katalońskiej secesji. Składa się z budynku głównego, przeznaczonego na administrację, i 27 pawilonów. Wszystkie budynki połączone są podziemnymi korytarzami, przystosowanymi do transportu chorych. Urządzenia techniczne pozostawiono na zewnątrz, dla łatwiejszej obsługi i konserwacji.

Pośród budynków wyróżnia się przede wszystkim siedziba administracji, do której prowadzą szerokie schody. Po obu stronach położone są biblioteka i sekretariat. W wydzielonej części mieści się kościół.

Barcelona – San Pau

Pomimo, iż w ciągu dnia nie było czasu na zwiedzanie Barcelony, po zakończeniu zajęć udało mi się zobaczyć Magiczną Fontannę. Stojąc blisko fontanny, ma się wrażenie ogromu wodnej ściany, a patrząc na nią z góry, spod budynku Palau Nacional, widać dokładnie nie tylko sam spektakl, ale także rzęsiście oświetloną panoramę całej Barcelony, od Plaza d'España aż po wieżę telewizyjną na wzgórzu Tibidabo. Oczywiście największa euforia ogarnia publiczność, kiedy strumienie wody zaczynają tańczyć w rytm „Barcelony" w wykonaniu Freddiego Mercury'ego i Montserrat Caballe.

W ostatnim dniu otrzymaliśmy Certyfikat potwierdzający uczestnictwo w Module II. To był tydzień intensywnej pracy a i podróż powrotna do kraju pełna niespodzianek-opóźniony lot, turbulencje a na koniec zagubiona walizka.

Beata Stepanow

P.S. Walizka się odnalazła!

DZIAŁALNOŚĆ GABINETU STOPY CUKRZYCOWEJ W RUDZIE ŚLĄSKIEJ – KROK W KIERUNKU ZDROWIA

JUSTYNA KAPUŚCIOK
WIOLETTA MUSKIETORZ

Pro-Medical S.C. Gabinet Stopy Cukrzycowej ul. Niedurnego 50 D
Ruda Śląska, e-mail: **kontakt@pro-medical.pl**

Zabieg na stopach, usuwanie modzeli za pomocą frezarki

STRESZCZENIE

W celu osiągnięcia optymalnego sukcesu terapeutycznego w przebiegu powikłania, jakim jest stopa cukrzycowa najważniejszą rolę odgrywa wspólne zaangażowanie w proces leczenia i profilaktykę tego schorzenia całego zespołu terapeutycznego, pacjenta i jego rodziny.
Wzrost szans na uratowanie kończyny u pacjentów z Zespołem Stopy Cukrzycowej wynika z prawidłowo i szybko podjętych działań leczniczych opartych na współpracy wielu specjalistów takich jak: diabetolog, chirurg naczyniowy, pielęgniarka podiatryczna, podolog, fizjoterapeuta, edukator, psycholog. W związku z tym potrzebna jest zmiana dotychczasowej opieki diabetologicznej, aby w obecnym systemie opieki nad chorymi z cukrzycą zaistniała dobra współpraca wielu specjalistów oraz sprawny przepływ informacji z zakresu leczenia stopy cukrzycowej danego pacjenta, która zaowocuje lepszymi efektami terapeutycznymi niż dotychczas.
Leczenie oraz profilaktyka tego schorzenia powinna być oparta na nowoczesnych i dostępnych metodach leczniczych, natomiast personel powinien podnosić kwalifikacje z zakresu innowacyjnych sposobów leczenia tego schorzenia, aby zapewnić odpowiedni standard opieki medycznej.

SŁOWA KLUCZOWE

stopa cukrzycowa, edukacja diabetologiczna, profilaktyka

WSTĘP

Gabinet Stopy Cukrzycowej w Rudzie Śląskiej powstał w marcu bieżącego roku. Ideą tego przedsięwzięcia jest stworzenie kompleksowej opieki nad pacjentem z cukrzycą zagrożonym stopą cukrzycową w postaci zabiegów medycznej pielęgnacji stóp, rehabilitacji z naciskiem na profesjonalną edukację pacjentów. Oferowany wachlarz zabiegów w gabinecie nastawiony jest głównie na działania profilaktyczne oraz jako wspomaganie aktualnego procesu leczenia stopy cukrzycowej.
W pierwszych tygodniach naszej działalności dotarła do nas zaskakująca liczba pacjentów w różnym stadium zaawansowania cukrzycy, którzy byli kierowani do naszej placówki m.in. z poradni diabetologicznej, POZ-u oraz poradni chirurgicznej. Niejednokrotnie pacjenci ci trafiali z powikłaniami stopy cukrzycowej w związku z tym aby podnieść efektywność zabiegów terapeutycznych oraz skrócić czas leczenia podjęliśmy decyzję o poszerzeniu naszego zespołu terapeutycznego. Obecnie wykonywane są zabiegi podologiczne przez pielęgniarkę, szeroka gama zabiegów z zakresu fizjoterapii oraz zabiegi głębokiego opracowania ran przez chirurga. Odczuwamy brak lekarza diabetologa na miejscu, który monitorowałby cały proces leczenia pacjenta oraz lekarza ortopedy, który zabezpieczyłby pacjentów pod względem doboru wkładek do butów.

GABINET STOPY CUKRZYCOWEJ – METODY PROFILAKTYKI I LECZENIA

W skład Gabinetu Stopy Cukrzycowej wchodzi:

- Gabinet zabiegowy podologiczny
- Gabinet masażu i gabinet fizykoterapii
- Sala edukacyjna
- Gabinet lekarski

Gabinet zabiegowy podologiczny wyposażany jest według europejskiego standardu gabinetów pielęgnacji stóp podologa, który może świadczyć usługi medyczne z zakresu medycznej pielęgnacji stóp. Spełnia on warunki higieniczno-sanitarne oraz otrzymał dopuszczenie Powiatowej Stacji Sanitarno Epidemiologicznej, jako gabinet świadczący usługi medyczne. Podstawowe wyposażenie tego gabinetu to: fotel zabiegowy z elektryczną regulacją wysokości, autoklaw, narzędzia specjalistyczne, szafka pomocnik z lampą lupą, lampa bakteriobójcza, urządzenie do dezynfekcji obuwia, frezarka do opracowania modzeli, nagniotków oraz paznokci za pomocą szybkoobrotowych frezów.
Według dostępnych danych najczęstszą przyczyną powstawania owrzodzeń w wyniku stopy cukrzycowej jest samodzielne usuwanie nagniotków, modzeli i hiperkeratozy, złe obcinanie paznokci powodujące powstawanie zapalenia wałów paznokciowych oraz brak regularnej samokontroli stóp. W związku z powyższym problemem w gabinecie wykonywane są zabiegi przeznaczone dla chorych z cukrzycą ze szczególnym uwzględnieniem zagrożonych stopą cukrzycową i po zakończonym leczeniu stopy cukrzycowej, zabiegi wykonywane są przez pielęgniarkę, która samodzielnie rozpoznaje zmiany patologiczne na stopach oraz przeprowadza i/lub na zlecenie lekarza odpowiednie zabiegi.

Zakres usług gabinetu w ramach medycznej pielęgnacji stóp chorych na cukrzycę:

- obcinanie i pielęgnacja paznokci problematycznych (szponowatych, wrastających),
- zakładanie klamer korygujących paznokcie wrastające VHO – Osthold Perfect,
- usuwanie modzeli, nagniotków.
- specjalistyczna pielęgnacja skóry stóp i paznokci – dobór preparatów pielęgnacyjnych.
- wspomaganie leczenia grzybicy stóp i paznokci.

Ponadto działania ukierunkowane są na indywidualne poradnictwo w zakresie pielęgnacji stóp i paznokci poprzedzone diagnozą pielęgniarską oraz edukacją z zakresu zapobiegania stopie cukrzycowej, czyli jak powinna przebiegać prawidłowa samokontrola i samopielęgnacja stóp w cukrzycy. Pacjentom umożliwiamy również na miejscu wykonanie badania mykologicznego, jeżeli zachodzi taka potrzeba. Monitorujemy proces leczenia grzybicy podczas każdej wizyty, który został wdrożony przez lekarza dermatologa aby przebiegał on szybko i skutecznie.

Gabinet masażu i gabinet fizykoterapii zapewnia zaplecze fizjoterapeutyczne będące nieodzownym elementem profilaktyki i leczenia powikłań choroby cywilizacyjnej, jaką jest cukrzyca. Po konsultacji w gabinecie pielęgniarskim, zebranym wywiadzie podmiotowy i przedmiotowym, zostaje zaplanowany proces fizjoterapeutyczny. Ważnym czynnikiem w procesie leczenia a przede wszystkim profilaktyki w cukrzycy jest ruch. Gabinet proponuje nowoczesne metody kinezyterapeutyczne, manualne i fizykoterapeutyczne.

Manualny drenaż limfatyczny wykonywany aparatem HIVAMAT 200

Stosowane formy fizjoterapeutyczne dla chorych z cukrzycą:

- Wdrożenie programu rehabilitacyjnego ukierunkowanego na kinezyterapię naczyniową – regularne ćwiczenia fizyczne obniżają stężenie glikemii, poprawiają wrażliwość na insulinę i tolerancję glukozy, a w połączeniu z odpowiednią dietą sprzyjają obniżeniu masy ciała, zmniejszają ryzyko choroby wieńcowej. Poprawiają funkcjonowanie i wydolność układu krążenia.
- Ćwiczenia aerobowe – chodzenie – Nordic Walking, jazda na rowerze, pływanie, aerobic. Gimnastyka ogólnokondycyjna – troska o zakresy ruchomości we wszystkich stawach a przede wszystkim kończyn dolnych). Ćwiczenia czynne, wspomagane, samowspomagane, ćwiczenia bierne, czynno-bierne, ćwiczenie równoważne i sensomotoryczne, ćwiczenia poprawiające koordynację mm.podudzia i kontrolę posturalną; gimnastyka indywidualna z przyborami (piłki, taśmy, dyski).
- Kinezjotaping – aplikacja przeciwobrzękowa, poprawiająca ukrwienie.
- Zabiegi z zakresu terapii obrzękowej – manualny drenaż limfatyczny.
- Zabiegi fizykoterapeutyczne – terapia aparatem Hivamat 200 – głęboka oscylacja. Zastosowanie: terapia otwartych ran (np. wrzody, amputacje, oparzenia), terapia bezpośredniego otoczenia rany, poprawa ukrwienia i zaopatrzenia tkanek w tlen i substancje odżywcze, przyspieszenie gojenia ran.

U pacjentów wdrażających aktywność ruchową, poddając się terapii aparatem hivamat, przestrzegając diety, a także podniesienie świadomości wiedzy pacjentów jak oni sami mogą

Badanie mykologiczne

wpływać na poprawę wyrównania cukrzycy, skutecznie podnosi komfort życia osób z cukrzycą. Staje się oczywiste, że brak aktywności fizycznej może przyczynić się pogłębienia objawów i niekorzystnego przebiegu cukrzycy.

Działalność edukacyjna. Najskuteczniejszą formą edukacji pacjentów to edukacja indywidualna, na którą stawiamy duży nacisk. Pozwala to na przekazywanie informacji w sposób dostosowany do możliwości zapamiętywania przez pacjentów nowych pojęć i zagadnień w trakcie zabiegu czy podczas spotkania edukacyjnego. Edukujemy z zakresu samopielęgnacji i samokontroli stóp, aktywności fizycznej w cukrzycy. Reedukujemy przy kolejnych spotkaniach i staramy się egzekwować od naszych pacjentów uzyskaną wiedzę.

Z zakresu pielęgnacji stóp pacjent zna algorytm postępowania w codziennym funkcjonowaniu jak prawidłowo dbać o swoje stopy, potrafi sam zaplanować działania pielęgnacyjne i je wykonać. Potrafi sam ocenić stan nawilżenia skóry stóp oraz dostosować pielęgnację do pory roku, m.in. zna zasady:

- doboru obuwia np. letniego jak również na każdą inną porę roku ;
- doboru kosmetyku do pielęgnacji skóry stóp i paznokci;
- stosowania przyborów do obcinania paznokci;

Staramy się wpłynąć na wyobraźnię pacjentów aby mogli przewidzieć niebezpieczne sytuacje związane z urazem stopy a w szczególności skóry stóp przedstawiając im schematy najczęstszych urazów mających ogromny wpływ na rozwój stopy cukrzycowej – tutaj edukacja z zakresu prawidłowej samokontroli stóp. Edukacja z zakresu aktywności fizycznej opiera się głównie na doborze i wykonywaniu przez pacjenta ćwiczeń czynno-biernych kończyn dolnych ze szczególnym naciskiem na gimnastykę stopy aby zapewnić pełną ruchomość w stawach zapobiegając przykurczom więzadeł międzykostnych śródstopia. Przypominamy również pacjentom o zasadach żywienia w cukrzycy, ponieważ tylko triada działań: dieta, wysiłek fizyczny i działania edukacyjne stanowią filary pracy z pacjentem.

Dysponujemy również 12 osobową salą edukacyjną, w której realizujemy następujące bloki tematyczne „Zapobieganie stopie cukrzycowej – samokontrola i samopielęgnacja skóry stóp i paznokci." oraz „Wpływ aktywności fizycznej na wyrównanie cukrzycy".

PODSUMOWANIE

Zorganizowana placówka jako innowacyjna na rynku usług medycznych mogła powstać obecnie wyłącznie na zasadach komercyjnych. Pomimo wielu trudności i włożonego wysiłku aby stworzyć zalążek Gabinetu Stopy Cukrzycowej na miarę wielospecjalistycznej poradni Stopy Cukrzycowej daje wiele nieocenionych nowych możliwości dla pacjenta. Podnosi skuteczność i standard leczenia, który korzystnie wpływa na jakość życia pacjentów z cukrzycą. Pozwala wprowadzać najnowsze metody i techniki lecznicze.

Po krótkiej działalności naszej placówki bez wahania możemy powiedzieć, że warto podejmować wyzwania.

Indywidualna edukacja pacjenta

„Mądrość przychodzi wraz z wiekiem prawie zawsze za późno": doświadczenia starszych z cukrzycą typu 2

G. Hood, J. Huber, U. Gustaffson, S. Scambler, K. Asimakopoulou
European Diabetes Nursing, Spring 2009 Vol. 6 No. 1, 23-38

CZĘŚĆ I

Tłumaczenie: **Renata Wójcik**

Wstęp

Prawie wszędzie na świecie, szczególnie w Europie, ludzie żyją dłużej (1) dzięki poprawie standardów życia i wielkiemu postępowi uczynionemu w dziedzinie medycyny. Choroby infekcyjne, które w przeszłości stawały się przyczyną zgonów wielu ludzi w młodym wieku (takie jak cholera i dyfteria) są obecnie uleczalne i w większości przypadków jest możliwe zapobieganie im. Chociaż długowieczność uważana jest za pozytywny wyraz rozwoju, jednym z jej ubocznych efektów jest fakt, że ludzie, którzy i tak umarliby w przebiegu infekcji, teraz żyją dłużej ale cierpią z powodu przewlekłych degeneracyjnych chorób, takich jak cukrzyca.(2)

Chociaż 2 typ cukrzycy (T2DM) występuje obecnie również u dzieci i młodych dorosłych (3), pozostaje on pierwotnie chorobą okresu starzenia. Na przykład, w UK, 2,1 miliona ludzi choruje na T2DM, z tego 66% to pacjenci powyżej 60 roku życia.(5) Podobne wzory zachorowań można zaobserwować w całej Europie. (6) Z tego punktu widzenia T2DM może być uważana jako stan związany z wiekiem, który zaczyna stawać się epidemią XXI wieku. (7)

Średnia długość życia jest mniejsza dla ludzi z T2DM, (8,9) ale właściwe leczenie umożliwia pacjentom z T2DM żyć dłużej, aczkolwiek z większą ilością związanych z cukrzycą powikłań. (10) Tacy ludzie mogą poświadczać zmiany jakie dokonały się w organizacji opieki zdrowotnej, w wiedzy i uzyskanej mądrości o tym czym jest cukrzyca i jak powinna być kontrolowana.

Starsi ludzie stanowią znaczącą część globalnej populacji chorych na T2DM. (11) Jednakże istnieje tendencja by wykluczać tę grupę pacjentów z badań uwzględniających cukrzycę. (4,12) Przyczyny metodologiczne, włączając współistniejące choroby, które mogą zaburzać wyniki badań, mogą być odpowiedzialne za kliniczne przyczyny wyłączenia pacjentów z T2DM z badań.

Podczas gdy paradygmat starzenia się zawsze był w obszarze zainteresowania naukowców-socjologów, był to bardziej dodatkowy aspekt badań, niż główny. (13) Wpływy biomedyczne, które postrzegają starzenie jako okres naturalnej inwolucji starzejącego się ustroju, mogą być również częściowo odpowiedzialne za wyłączanie osób starszych z badań klinicznych. (14) Wynikiem tych wykluczeń jest fakt, że odczucia starszych pacjentów i wpływ jaki cukrzyca wywiera na ich życie nie są dobrze zbadane i opisane.

Naszym zdaniem starsi ludzie są szczególnie przydatną grupą pacjentów cukrzycowych w badaniach. Przyczyny dla powyższego są złożone: po pierwsze, stanowią oni największą grupę w populacji chorujących na cukrzycę, i na dodatek najprawdopodobniej będzie ona jeszcze większa; (15) po drugie, posiadają oni istotne informacje jak radzić sobie z cukrzycą (z sukcesem lub nie); po trzecie, w związku z tym, że nie są reprezentowani w grupach badawczych, kompletna biografia cukrzycy od zdiagnozowania do podeszłego wieku, jest niemożliwa do uzyskania. Ponadto, chociaż badania nad cukrzycą zaadaptowały podejście ilościowe, rola metod jakościowych w zrozumieniu psychospołecznych aspektów wielu przewlekłych stanów chorobowych, wzrosła znacznie. (16)

W poniższym badaniu przytaczamy wyniki jakościowego badania, którego celem było zrozumienie doświadczenia starszych pacjentów, u których zdiagnozowano cukrzycę przeszło 20 lat wcześniej. Szczególnie chcieliśmy odkryć najbardziej znaczącą radę, jaką uczestnicy badania przekazaliby nowo zdiagnozowanym diabetykom, by mogli oni zdecydować o priorytetach w życiu z cukrzycą z perspektywy nie fachowca–medyka, lecz laika.

Metodyka

Grupa badawcza

Dokonano przeglądu elektronicznych danych medycznych mieszkańców East End w Londynie i dostarczono diabetykom pisemną informację z prośbą o zgodę na udział w badaniach. (. . .) Wszyscy pacjenci powyżej 60 roku życia, ze zdiagnozowaną cukrzycą powyżej 20 lat wcześniej, którzy mogli zrozumieć pisemny i mówiony język angielski, byli zaproszeniu do badania. Zaproszenia zawierały list ze zgodą Komisji Etycznej i ulotkę z in-

formacją o badaniu. Podkreślano dobrowolny udział w badaniu; członkowie rodzin i opiekunowie byli również zaproszeni.

Metody i techniki badawcze

W badaniu wykorzystano metody jakościowe: dogłębny częściowo ustrukturyzowany wywiad i teoretyczną strukturę choroby przewlekłej oraz dwa kwestionariusze ilościowe.

Zbieranie danych

Wywiady z uczestnikami przeprowadzała dwukrotnie kobieta––badacz z wieloletnią praktyką z pielęgniarstwa diabetologicznego (GH). Celem metody podwójnego wywiadu było umożliwienie osiągnięcia raczej prywatnych niż publicznych relacji. (19)
Podejście ukierunkowane na życie oznaczało dla uczestników badania, że byli często proszeni o przypominanie sobie swojego życia z cukrzycą. Pytanie, które jest tematem pracy, umożliwiało uczestnikom przedstawienie własnej hierarchii spraw dotyczących życia z chorobą.
Wywiady odbywały się w domach uczestników badania w okresie ponad 8 miesięcy od grudnia 2005 do lipca 2006. Wszystkie wywiady były nagrywane, przepisywane i zakodowane przy użyciu Vivo 7®.

Analiza danych

Dane zostały następnie zanalizowane tematycznie poprzez powtórne czytanie zapisów z wykorzystaniem teoretycznej struktury choroby przewlekłej. Wyodrębnione tematy zostały podzielone na podtematy. (18)

Wyniki

Spośród 121 osób, do których przesłano zaproszenia, odpowiedziało 31. Jeden z uczestników zmarł zanim przeprowadzono z nim wywiad, 2 osoby zostały wykluczone z badań po stwierdzeniu, że cierpią na demencję. W sumie do badań przystąpiło 28 osób. Tak mały odsetek odpowiedzi na zaproszenia (26%) znajduje odzwierciedlenie w innych badaniach, gdzie zwraca się uwagę na bariery wieku i społecznej deprywacji.

Większość badanych (n=19, 68%) to mężczyźni ze średnią wieku 70 lat. Wszyscy badani byli rasy białej i pochodzili z angielskiej klasy pracującej, pozostawali pod opieką lokalnego szpitala, niektórzy – lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. W odniesieniu do sposobu leczenia cukrzycy, 5 osób otrzymywało leki doustne (chociaż dla jednego z pacjentów początek leczenia insuliną był bardzo bliski, dwoje z nich używało insuliny, ale powrócili do tabletek po znacznej stracie masy ciała). Pozostali 23 uczestnicy badania byli leczeni insuliną.

Prawie każdy z badanych informował o powikłaniach związanych z cukrzycą, najczęstsze z nich to pogorszenie widzenia (n=21, 75%) Przynajmniej 11 badanych zgłaszało poważną operację serca lub atak serca w przeszłości będąc ograniczonym w poruszaniu się w pewnym stopniu. 3 badanych było poważnie niepełnosprawnych i praktycznie nie opuszczali domu.

Wyodrębniono kilka tematów: zaprzeczenie, akceptacja stanu, szok rozpoczęcia terapii insuliną, wyciszenie i walka. (…) Tematy są zilustrowane poprzez cytowanie z zapisów bezpośrednich wypowiedzi uczestników badania. Dla celów prezentacji i tajności pacjenci są zidentyfikowani poprzez płeć (M, K), wiek i numer osoby.

Prawie każdy kto odpowiadał na pytanie „Jaką radę dałbyś nowo zdiagnozowanemu?" chciał przekazać większą psychologiczną poradę i kilka praktycznych informacji:
„Gdybym tylko miał teraz głębię wiedzy by myśleć, planować. Z wiekiem przychodzi mądrość, nadchodzi prawie zawsze za późno, czyż nie?" (M 15, 65 lat)
Podczas wspominania przeszłości, wielu spośród badanych zrozumiało, że zaraz po diagnozie znajdowali się w fazie zaprzeczenia chorobie, albo poprzez brak wiedzy albo poprzez brak akceptacji diagnozy:
„Jesteś jakby w stanie zaprzeczenia, tak, mówią ci, że masz zmienić dietę i swój styl życia, czego w większości i tak nie robisz i potem kilka lat później, coś zazwyczaj się dzieje, zauważasz niektóre objawy fizyczne, stopy, mrowienie, i wtedy ktoś mówi, postępuj tak dalej, a stracisz nogę, twoje krążenie spowoduje to, albo co innego, tak, że w końcu stanie się coś, że rzeczywiście zaczniesz brać to wszystko bardziej poważnie." (M 11, 60 lat)

Niektórzy z uczestników badania opisywali zaprzeczenie w powiązaniu z brakiem objawów podczas ustalania diagnozy lub jako osobiste odczucia na temat cukrzycy jako choroby, która nie jest tak poważna jak inne stany:
„Było to (diagnoza) dla mnie właściwie ulgą ponieważ moja siostra właśnie zmarła w bardzo młodym wieku, myślę, że wiesz, że miała raka" (M 08, 63 lata)

Inni utożsamiali brak objawów i fakt, że cukrzyca była leczona lekami doustnymi jako oznakę, że choroba ta jest tylko łagodnym zaburzeniem:
„Wtedy, myślę, że widziałam się z dietetykiem i poszłam do domu z tabletkami. Nie byłam pod wielkim wrażeniem tego wszystkiego; wydawało się, że oni nic dla mnie nie robią. Mniej więcej sprawdzaj swój poziom cukru, po prostu radź sobie z tym. Nic nie działo się naprawdę, właściwie nie jesteś cukrzykiem. Tylko kilka pigułek, co jest dobre w tym wszystkim? Prawdziwi diabetycy mają więcej niż to. Nie możesz być prawdziwym diabetykiem." (K 07, 71 lat)

Jeden z respondentów także wspominał, że ta postawa zaprzeczenia cukrzycy mogła być spowodowana faktem, że choroba była właściwie „niewidzialna" a ludzie nie odpowiadają na to, czego nie mogą zobaczyć:
„Nie tak, jak bierzesz część swojego ciała, która jest chora, i którą, no wiesz, trzeba zoperować i po operacji jest już dobrze. Cukrzycy nie da się wyjąć z ciała. Możesz ją tylko zobaczyć w swojej krwi. Nie możesz jej zobaczyć naocznie wewnątrz ludzkiego ciała. Ona jest niewidoczna, nie zobaczysz jej. Niestety ignorujemy to, czego nie możemy zobaczyć. To nie niewiedza, po prostu lekceważymy to, ponieważ tego nie widzimy." (M 07, 67 lat)
Niektórzy z badanych wracając w pamięci do czasu diagnozy nie wiedzieli dokładnie, jak mogli nie zaakceptować poważności choroby, czasem kosztem własnego zdrowia. Ich przesłanie dla innych polegało na tym, żeby nie zaprzeczać, nie ignorować cukrzycy, ale brać ten stan poważnie, zwykle dlatego, że sami tak nie zrobili. Wydawało się, że respondenci

uświadomili sobie po latach, że cukrzyca jest stanem degeneracyjnym prowadzącym do powikłań, i że mogli prowadzić się przez te lata inaczej, gdyby byli wyposażeni w taką wiedzę wcześniej: *„Gdybym był wiedział, pewnie byłbym się pilnował."* (M 06, 71 lat)

Degeneracyjna natura cukrzycy również oznaczała, że wprowadzenie insuliny do leczenia cukrzycy było przez to nieuniknione. Drugim aspektem porady dla nowo zdiagnozowanych diabetyków, było to, żeby zaczęli akceptować nie tylko diagnozę, z wszystkimi jej konsekwencjami, ale także potrzebę późniejszej terapii insuliną, dlatego, że dla większości z badanych fakt ten stawał się szokiem. Uczestnicy badania byli czasem źli, że taka nieuchronność nie była im w pełni wytłumaczona znacznie wcześniej, jako kolejny etap choroby, i życzyli nowo zdiagnozowanym by uświadomili sobie degeneracyjny charakter cukrzycy:
„Kiedy raz weźmiesz tabletki, jak wszyscy inni, nigdy nie jest to dobrze wyjaśnione ludziom, diabetykom. Myślisz, dobra, biorę tabletki, właściwie mogę jeść co chcę, ale to tak nie jest, i oni powinni Ci to powiedzieć. Myślę, że powinni w tej kwestii zrobić więcej, powiedzieć ludziom, że im więcej jesz, tym więcej robisz źle, tym więcej leczenia będziesz potrzebował… Każdy z kim rozmawiałem, moi przyjaciele, nigdy nie było to im tak wyjaśnione." (M 08, 63 lata)
Początek insulinoterapii był dla większości szokiem. Wielu z badanych miało bardzo żywe wspomnienia czasu, kiedy podano im insulinę:
„Łykanie tabletek, nic nie pamiętam z tego okresu, ale następna rzecz po tym, to był 1988 rok, kiedy stanąłem tu jak wryty, a pielęgniarka próbowała sprawić, żebym wbił igłę w nogę. Opierałem się, stojąc tam, ze spodniami wokół kostek… Ona klęczy, ze strzykawką, to była strzykawka… a ja trzymam strzykawkę i ona pcha moją rękę, żebym spróbował wbić igłę. Ciągle się jej opieram; tak utknąłem na 20 minut, zanim to zrobiłem." (M 01, 65 lat)

Dla wielu, szok początku leczenia insuliną wzbudzał również uczucia, że inni z cukrzycą będą ich osądzać jako „złych diabetyków", prawie, jakby w prowadzeniu cukrzycy była komponenta rywalizacji, konkursu:
„O tak. Niektórzy byli z siebie bardzo dumni, że nie są na insulinie bo byli sprytni i łykają swoje tabletki." (K 07, 71 lat)

Dla większości, rozpoczęcie insulinoterapii było postrzegane jako osobiste niepowodzenie i główna dezorganizacja ich życia:
„Pomyślałam, o Boże, co ja złego zrobiłam?" (K 09, 64 lata)
Patrząc w przeszłość, to zakłócenie było spowodowane uzewnętrznieniem stanu chorobowego z większym zwróceniem uwagi publicznej na ciało fizyczne. Badani musieli myśleć o iniekcjach, planować wizyty, posiłki, kontrolować glikemię, co wszystko razem prowadziło do zmiany własnej tożsamości albo nawet do „zniszczenia" tej tożsamości (20), gdzie zadawano więcej pytań:
„Myślą, że możesz przekombinować, wiesz, oni bagatelizują pomysły tego rodzaju… ponieważ jeśli idziesz zjeść lub coś w tym stylu, mówię poczekajcie minutkę, ukłuję się i zaraz idę z wami, a oni wszyscy mają ochotę iść i mówić 'dlaczego się ociągasz?' Więc myślę, że oni muszą się uczyć tak jak i ty, że nie da się zrobić rzeczy z miejsca, każdy chce robić rzeczy jak wcześniej, ale musisz mieć teraz 5 minut, by się przygotować." (M 18, 61 lat)

Porady dawane przez badanych nie koncentrowały się jedynie na negatywnych aspektach życia z cukrzycą, ale także uwypuklały wielki poziom zaufania. Kiedy to zaufanie zostaje osiągnięte, zwykle po czasie, ludzie stają się ekspertami swojego własnego stanu i mogą decydować za siebie, jaką radę od profesjonalistów, rodziny i innych w społeczeństwie zaakceptują. W szczególności, uczestnicy sugerowali, żeby nowo zdiagnozowani ignorowali negatywne rady profesjonalistów i zamiast tego żyli w wyciszeniu:
„Myślę, że to jest to, co czyni osobę że jest zdenerwowana, kiedy oni muszą ciągle czytać to i czytać tamto, i nie możesz tego, i nie możesz tamtego. Najlepiej jest odsunąć to na stronę, i mieć trochę tego i trochę tamtego, nie wściekaj się, jak to robiłeś, bo uwielbiałeś tłuste rzeczy. Zapomnij o tym. Ciągle będziesz żył, nie będziesz umierał." (M 12, 70 lat)

Wnioskiem z rady było zrozumienie, że ludzie muszą mieć zaufanie do siebie w kwestii wyborów, których dokonują:
„Próbuję przekazywać dalej moje doświadczenia. Maleńkie kaprysy. Nie zaprzestawaj lodów, nie zaprzestawaj ciasteczek, nie przestawaj jeść." (M 06, 71 lat)

Badani byli zdolni także do tego, by spojrzeć w przeszłość i zdać sobie sprawę, że znają swoje własne ciało i swoją cukrzycę lepiej niż kto inny:
„Myślę sobie teraz, wracając do czasu, kiedy byłam zdiagnozowana, jest wiele rzeczy, które możesz zrobić, i czuję, czuję, że wiesz, co twoje ciało może przyjąć." (K 02, 80 lat)

Ta ufność wynika także z pozytywnego nastawienia do cukrzycy:
„Próbowałem patrzeć w bardzo pozytywny sposób, patrzyłem na cukrzycę jak na ratownika życia, bo gdybym nie nabawił się cukrzycy, pewnie teraz ważyłbym około 95 kg i pewnie miałbym już atak serca, a nigdy nie miałem. Więc musisz myśleć pozytywnie i mówisz, że to klepnięcie w ramię i przez to troszczę się o siebie znacznie bardziej niż przedtem." (M 03, 76 lat)

W większości przypadków badani komunikowali potrzebę bezustannej walki z chorobą i by nigdy się w tej walce nie poddawać, jako mechanizm radzenia sobie:
„Myślę także, co nie pomaga osobie z cukrzycą, to kiedy się poddaje. Wtedy pozwala cukrzycy rządzić sobą." (M 07, 67 lat)

Rada dla nowo zdiagnozowanych polegała na ciągłej walce z chorobą i utrzymywaniu jej w kontroli, niż na oddawaniu kontroli cukrzycy:
„Zostajesz niewolnikiem cukrzycy. Wiem, wciąż jestem niewolnikiem, ale nie aż do tego stopnia, i jeśli uda mi się znowu ułożyć to wszystko razem, to będę!! Będę walczył, będę!" (M 15, 65 lat)

Część II w następnym numerze

GOJENIE SIĘ RAN POPORODOWYCH U KOBIET CHORYCH NA CUKRZYCĘ

POSTNATAL WOUND HEALING AMONG WOMEN WITH DIABETES

IZABELA SOSNA | Warszawski Uniwersytet Medyczny, Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, e-mail: **iza.sos@vp.pl**, pod kierunkiem mgr Jolanty Czerniak, kierownik Zakładu prof. dr hab. Anna Doboszyńska

STRESZCZENIE

Cukrzyca zaliczana jest do chorób genetycznie uwarunkowanych, a także nabytych zaburzeń metabolicznych. Cechuje się hiperglikemią, czyli zwiększonym poziomem glukozy we krwi, w wyniku zmniejszonego wydzielania lub działania insuliny. Towarzyszy temu cukromocz, wielomocz, wzmożone pragnienie, utrata masy ciała, zaburzenia widzenia, wzrost zakażeń bakteryjnych i grzybiczych utrudniających gojenie się ran, co stanowi duży problem i zagrożenie dla kobiet po porodzie. Chorych na cukrzycę przybywa, dlatego częściej będzie odnotowywało się ciąże kobiet obciążonych cukrzycą. Wśród kobiet ciężarnych wyróżnia się cukrzycę przedciążową, która została zdiagnozowana jeszcze przed zajściem w ciążę, jak również cukrzycę ciążową, podczas której objawy cukrzycy po raz pierwszy wystąpiły lub zostały rozpoznane w czasie trwania ciąży. Cukrzyca dotyczy ok. 2-6% ciężarnych. W ciągu 5-10 lat po porodzie, u co drugiej kobiety z cukrzycą ciążową rozwinie się nietolerancja węglowodanów, bądź jawna cukrzyca. U każdej ciężarnej przeprowadza się testy tolerancji glukozy w kierunku cukrzycy. Jeśli u ciężarnej zdiagnozuje się cukrzycę, do końca ciąży musi ona pozostawać pod stałą obserwacją położnika i diabetologa. Cukrzyca nieprawidłowo leczona może prowadzić do zwiększonego ryzyka wystąpienia poronień, wad wrodzonych u płodu, makrosomii płodu, porodu przedwczesnego, jak również częstych zakażeń ran poporodowych opóźniających proces gojenia i wydłużających czas hospitalizacji.

SŁOWA KLUCZE

rany, gojenie, ciężarne, cukrzyca

WSTĘP

Cukrzyca nie od dzisiaj stanowi duży problem i zagrożenie dla kobiet w ciąży. Już w 1986 r. Bennewith opisał pierwszy przypadek ciąży przebiegającej z objawami cukrzycy. Odkrycie insuliny w 1922 r. przez Frederica Bantinga i Charlesa Besta pozwoliło kobietom z cukrzycą insulinozależną zachodzić w ciążę [1]. Jednak w dalszym ciągu umieralność okołoporodowa matek i płodów była wysoka, co często wiązało się z wcześniejszym zakończeniem takiej ciąży. Dopiero wdrożenie wieloprofilowej opieki diabetologa, położnika, neonatologa, wyrównanie cukrzycy i jej kontrola zmniejszyło śmiertelność okołoporodową płodów. Obecnie śmiertelność ciężarnych kobiet chorych na cukrzycę stanowi ok. 1:1000 [6]. Podstawową metodą uzyskania normoglikemii, która poprawia rokowanie ciężarnej matce i jej nienarodzonemu dziecku jest obowiązujący od lat 80-tych model prowadzenia ciężarnych z cukrzycą według zasad intensywnej insulinoterapii. Nie zmienia to faktu, iż w dalszym ciągu każda ciężarna obarczona cukrzycą jest narażona na możliwość pogorszenia się u niej przebiegu cukrzycy, większe ryzyko poronienia, śmierci okołoporodowej czy wystąpienia wad wrodzonych u płodu [1,3]. Z racji tego, że chorych na cukrzycę przybywa, częściej będzie odnotowywało się ciąże kobiet z cukrzycą [6].

CEL

Celem pracy jest zwrócenie uwagi na rodzaje ran poporodowych, etapy ich gojenia oraz sposoby pielęgnacji, zwracając szczególną uwagę na kobiety obciążone cukrzycą.

ROZWINIĘCIE

Cukrzyca zaliczana jest do grupy chorób genetycznie uwarunkowanych, jak również nabytych zaburzeń metabolicznych. Cechuje się hiperglikemią, która może wynikać z defektu wydzielania lub działania insuliny. Względny lub bezwzględny niedobór insuliny objawia się podwyższonym poziomem glukozy we krwi (hiperglikemia), cukromoczem (glikozuria), wielomoczem (poliuria), wzmożonym pragnieniem (polidypsja), utratą masy ciała, odwodnieniem, ogólnym osłabieniem, zaburzeniem widzenia, wzrostem zakażeń bakteryjnych i grzybiczych utrudniających gojenie się ran [2,4].

Cukrzycę ciężarnych dzieli się na:

- **cukrzycę ciążową** (GDM – Gestional Diabetes Mellitus) – określa stopień nietolerancji glukozy, który po raz pierwszy wystąpił lub został rozpoznany w czasie trwania ciąży [1].

Tabela 1. Klasyfikacja cukrzycy ciążowej wg Priscilli White [12]

G1	Nieprawidłowa tolerancja glukozy z prawidłową glikemią podczas przestrzegania diety
G2	Występowanie hiperglikemii na czczo i po posiłku, wymaga leczenia dietą i insuliną

- **cukrzycę przedciążową** (PGDM – Pregestional Diabetes Mellitus) odnoszącą się do kobiet z rozpoznaną cukrzycą przed zajściem w ciążę [2,15].

Tabela 2. Klasyfikacja cukrzycy przedciążowej wg Priscilli White [12]

Klasa A	Wystarcza leczenie dietetyczne; dowolna długotrwałość cukrzycy
Klasa B	Wystąpienie cukrzycy po 20 roku życia; czas trwania cukrzycy do 10 lat
Klasa C	Wystąpienie cukrzycy między 10 i 19 rokiem życia; czas trwania cukrzycy 10-19 lat
Klasa D	Występowanie cukrzycy przed 10 rokiem życia; czas trwania cukrzycy powyżej 20 lat; obecna retinopatia prosta lub nadciśnienie tętnicze
Klasa R	Retinopatia proliferacyjna lub wylewy do ciała szklistego
Klasa F	Nefropatia; białkomocz dobowy powyżej 0,5 g na dobę
Klasa RF	Kryteria klasy R i F
Klasa H	Choroba niedokrwienna serca, kardiomiopatia
Klasa T	Stan po transplantacji nerki

Cukrzyca dotyczy ok. 2-6% ciężarnych, z czego 90% przypadków to cukrzyca towarzysząca ciąży, a 10% to głównie cukrzyca typu 1, która występuje przed ciążą [9,1]. U większości przypadków po porodzie tolerancja glukozy wraca do normy i nie dochodzi do rozwoju cukrzycy. W ciągu 5-10 lat po porodzie, u co drugiej kobiety z GDM rozwinie się nietolerancja węglowodanów lub jawna cukrzyca. Cukrzyca typu 2 wystąpi u 80-95%, natomiast typ 1 u 10-15%. Otyłość oraz inne czynniki zwiększające insulinooporność podnoszą ryzyko wystąpienia cukrzycy typu 2 [8].

U każdej kobiety planującej zajście w ciążę powinno się ustalić, czy występują u niej czynniki ryzyka mogące spowodować cukrzycę ciążową. Niezbędne jest szczegółowe zebranie wywiadu, uwzględniając obecność cukrzycy w rodzinie, wystąpieniu poronień lub porodów przedwczesnych, wad wrodzonych, urodzenia martwych płodów, otyłości, wieku, glikozurii, stwierdzenia cukrzycy ciężarnych w poprzedniej ciąży, wykrycia przeciwwyspowych przeciwciał. Możliwość wystąpienia któregoś z czynników wiąże się ze skierowaniem takiej kobiety do ośrodka diabetologicznego i w razie konieczności wykonanie przesiewowych badań genetycznych. Ciężarna będzie musiała być pod stałą obserwacją zarówno położnika, jak i diabetologa [2,10].

Jeżeli u pacjentki z cukrzycą stwierdzi się współistnienie ciężkich nefropatii z obniżoną funkcją nerek, chorób niedokrwiennych serca, opornej na leczenie retinopatii proliferacyjnej, kwasicy lub ketozy, powinno się jej odradzać zachodzenie w ciążę i sugerować używanie antykoncepcji [2].

W diagnozowaniu cukrzycy ciążowej stosuje się test diagnostyczny i przesiewowy z doustnym obciążeniem glukozy.

Cukrzyca nieprawidłowo leczona może doprowadzić do wystąpienia hiperglikemii, hipoglikemii, jak również ketozy i ketonurii. Stwierdzenie hiperglikemii u matki prowadzi do wystąpienia hiperglikemii także u płodu. Odbywa się to w skutek ułatwionej dyfuzji, która wywołuje przerost komórek β trzustki i jej nadczynność. Z kolei hipoglikemia u ciężarnej z cukrzycą związana jest z błędami dietetycznymi i intensywną insulinoterapią w celu osiągnięcia normoglikemii. Tak jak w hiperglikemii, hipoglikemia występuje również u płodu, jednak jej stężenie jest niższe o 20 -30 mg niż u matki.
Ketoza powstaje na skutek zwiększonego odkładania się acetooctanu we krwi i może prowadzić do wystąpienia kwasicy metabolicznej.

Wystąpienie tych czynników u kobiet ciężarnych wpływa na:

- zwiększone ryzyko wystąpienia poronień w początkowym okresie ciąży. Częstość ich wystąpienia u kobiet z cukrzycą wynosi 10-20%, wg różnych źródeł,
- częste występowanie wad wrodzonych u płodów. Wady wrodzone obserwuje się 3 do 5 razy częściej u noworodków kobiet z cukrzycą (2,7–16,8%) niż u noworodków kobiet zdrowych (2-3%) [1],
- makrosomie płodów (masa płodu > 4000g),
- urazy okołoporodowe, które prowadzą do przedłużonego II okresu porodu, niewspółmierności porodowej, powodującej okołoporodowe niedotlenienie płodu i wzrostem rozwiązania takiej ciąży cięciem cesarskim [1,15],
- zgony wewnątrzmaciczne jako jedno z najpoważniejszych powikłań u ciężarnych obciążonych cukrzycą,
- porody przedwczesne, które w tej grupie stanowią 20-60% i mogą być spowodowane istnieniem wielowodzia lub wady wrodzonej. W stosunku do całej populacji wskaźnik wcześniaków kobiet z cukrzycą wynosi 10-30% i jest wyższy niż u noworodków kobiet zdrowych,
- nadciśnienie tętnicze współistnieje częściej u kobiet ciężarnych z cukrzycą (12-39%), niż u zdrowych ciężarnych (5%).
- zakażenia dróg moczowych, związane z mechanicznym zatrzymaniem moczu w wyniku powiększenia się macicy w czasie ciąży, jak i zwiększonej obecności glikozurii i makroalbuminurii u chorych na cukrzycę [1],
- częste zakażenia ran poporodowych, opóźniają proces gojenia zwłaszcza u kobiet z cukrzycą.

Hiperglikemia upośledza odporność organizmu, co ma związek ze zwiększonym stężeniem glukozy w skórze oraz zmianami w naczyniach powodujących zaburzenie ukrwienia. Pacjentki te częściej wymagają ponownego zszycia powłok oraz dłuższej hospitalizacji. W Katedrze i Oddziale Klinicznym Położnictwa i Ginekologii ŚAM w Bytomiu poddano analizie proces gojenia się ran po cięciu cesarskim u pacjentek z cukrzycą w latach 2002-2003. W 2002 r. na 338 porodów przez cięcie cesarskie, 31 pacjentek miało rozpoznana cukrzycę, w 17 przypadkach stwierdzono zaburzenie gojenia się ran, z czego 10 stanowiły pacjentki z cukrzycą. Pacjentki z cukrzycą po cięciu cesarskim przebywały w szpitalu ok. 11 dni, a u pacjentek, u których wystąpiły zaburzenia gojenia się ran 19 dni, z czego 5 wymagało ponownego zszycia powłok brzusznych. W 2003 r. wśród 440 wykonanych cięć cesarskich, 31 ciężarnych miało rozpoznaną cukrzycę, na 11 pacjentek z zaburzonym procesem gojenia się ran, 7 stanowiły chore z cukrzycą. Hospitalizacja po cięciu cesarskim u pacjentek z cukrzycą wynosiła 9 dni, a u pacjentek, wśród których zaobserwowano zaburzenia gojenia się ran ok. 16 dni, ponownego zszycia powłok brzusznych wymagała 1 pacjentka. W 2003 r. wprowadzono w tym szpitalu obowiązkowe przemywanie ran po zszyciu powłok roztworem 0,9% soli fizjologicznej pod ciśnieniem, po czym 2% roztworem Neomycyny, co mogło spowodować niższy odsetek powikłań po cesarskim cięciu niż w 2002 r., nie zmienia to faktu, iż w obu badanych grupach przeważały pacjentki z cukrzycą [9].
Wyznaczanie terminu ciąży powikłanej cukrzycą:

- 42 tydzień ciąży – u kobiet z cukrzycą ciążową kontrolowaną dietetycznie, jeśli u płodu brak oznak makrosomii i wielowodzia,
- 40 tydzień ciąży – u ciężarnych z cukrzycą ciążową, u których insulinoterapia jest dobrze monitorowana,
- 38-40 tydzień ciąży – u ciężarnych z cukrzyca przedciążową, dobrze kontrolowaną i bez istniejących powikłań,
- 38 tydzień ciąży – u ciężarnych z cukrzycą przedciążową i ciążową, jeśli cukrzyca była źle kontrolowana, z istniejącą makrosomią lub innymi powikłaniami [2,7].

Rany poporodowe można podzielić na trzy grupy w zależności od umiejscowienia i sposobu ukończenia ciąży. Dotyczą one części miękkich kanału rodnego w wyniku urazów podczas porodu siłami natury, powłok brzusznych po cięciu cesarskim, jak również jamy macicy po odklejeniu się łożyska [1]. Uszkodzenie części miękkich kanału rodnego, powstałe na skutek porodu siłami natury obejmuje: szyjkę macicy, pochwę, krocze. Rany te powstają na skutek nacięcia krocza i pochwy. Nacięcie wykonuje się w celu uniknięcia samoistnego pękania części miękkich, jak i późniejszym powikłaniom w postaci obniżenia się macicy i nietrzymania moczu. Pęknięcie krocza i pochwy dotyczy 20-30% porodów, w których nie wykonano nacięcia krocza i częściej obserwuje się je u pierwiastek. Dochodzi do tego w wyniku rozdarcia ścian pochwy, pęknięcia skóry, mięśni krocza, jak i dna miednicy. Uszkodzeniu może także ulec łechtaczka i wargi sromowe [2].
Rany po cięciu cesarskim wynikają z operacji chirurgicznej, która polega na rozcięciu powłok brzusznych, macicy i wydobyciu dziecka. Powszechnie używaną metodą cięcia cesarskiego jest przezotrzewnowe poprzeczne cięcie cesarskie w dolnej części jamy brzusznej wg Pfennensteina. Wyróżnia się również cięcie proste, klasyczne i pozaotrzewnowe [16]. Zabieg ten wykonuje się w znieczuleniu ogólnym, podpajęczynówkowym lub zewnątrzoponowym [1]. Powikłaniem u położnicy po cieciu cesarskim może być uszkodzenie dotyczące pęcherza moczowego, moczowodów i jelit. Mogą wystąpić krwotoczne powikłania w postaci krwiaków i krwotoków, jak również zagrażająca życiu zakrzepica żył głębokich czy zatorowość płucna [17].
Trzecim rodzajem rany poporodowej jest rana po oddzieleniu się łożyska.

Etapy gojenia się ran poporodowych obejmują procesy zachodzące w połogu i są związane z cofaniem się zmian ogólnoustrojowych, jak i miejscowych, spowodowanych ciążą i porodem. Zalicza się do nich:

1) Inwolucję (obkurczanie się) macicy, jak również dróg rodnych, dna miednicy, ścian jamy brzusznej, pęcherza moczowego, odbytnicy, za sprawą spadku stężenia takich hormonów jak progesteron, estron, estradiol, estriol, osiągających wartość sprzed ciąży [1].
2) Gojenie się ran związanych z samym porodem, polegających na przywróceniu tkance jej ciągłości, która została utracona na skutek urazu lub interwencji chirurgicznej. Opóźnienie gojenia się rany powodują zakażenia, jak również choroby współistniejące, do których należy m.in. cukrzyca [14].
3) Gojenie się rany jamy macicy obrazuje zabarwienie odchodów połogowych.
4) Rozpoczęcie laktacji.
5) Wznowienie czynności jajników związane z wydaleniem popłodu i rozpoczęciem wydzielania gonadotropiny przysadkowej, co przywraca czynność jajników [1].

W przebiegu połogu mogą wystąpić następujące powikłania:

- Krwawienia poporodowe – objawiające się utratą krwi z dróg rodnych.
- Zakażenia połogowe – określane jako miejscowe zakażenia pochwy, krocza i błon śluzowych macicy.
- Krwiak sromu – powstający w wyniku urazów pochwy i krocza, jak i na skutek nieprawidłowego zszycia rany.
- Infekcje sromu i krocza – powstałe w wyniku pęknięcia krocza lub czynności chirurgicznych.
- Zakażenie dróg moczowych – powstaje na skutek zastoju moczu, cewnikowania, urazu pęcherza moczowego. Predysponuje w przypadku przedłużającego się porodu i bakteriomoczu.
- Rozejście spojenia łonowego – charakteryzuje się brakiem stabilności w okolicy obręczy stawu krzyżowo-biodrowego i chrząstkozrostu spojenia łonowego. Rozejście spojenia łonowego – charakteryzuje się brakiem stabilności w okolicy obręczy stawu krzyżowo-biodrowego i chrząstkozrostu spojenia łonowego. [1]

Pielęgnując rany po przebytym porodzie niezbędne jest zapobieganie zakażeniom. Należy wnikliwie obserwować gojenie się ran poporodowych pod kątem wystąpienia zakażenia. Obserwacji podlega temperatura, tętno, ciśnienie tętnicze, rana powłok brzusznych, krocze, stan macicy, odchody połogowe, piersi, pęcherz moczowy, stan odżywienia i nawodnienia, jak i wystąpienia bólu. Jakiekolwiek niepokojące objawy mogą świadczyć o rozwijającej się infekcji. Najbardziej narażone są kobiety po cięciu cesarskim, ponieważ ryzyko wystąpienia u nich zakażenia jest częstsze w porównaniu z kobietami, które rodziły siłami natury, a tym bardziej, jeśli chodzi o kobiety z podwyższonej grupy ryzyka, a do takich zalicza się ciężarne z cukrzycą. Dużą rolę odgrywa tu także współistniejąca z cukrzycą otyłość, a także cięcie wykonane w trybie nagłym, poród przedłużony i znieczulenie ogólne [1,2].

Profilaktyka zakażeń obejmuje oczyszczanie i pielęgnację rany po zabiegu. Należy dbać, aby opatrunek na ranie po cięciu cesarskim był suchy. Położnicom po porodzie fizjologicznym należy zwrócić uwagę, aby dbały o czystość i higienę narządu rodnego, prawidłowo się odżywiały. Kobiety obarczone cukrzycą dodatkowo muszą kontrolować poziom, glikemii i prowadzić insulinoterapię. W razie wystąpienia zakażenia trzeba wdrożyć antybiotykoterapię [2].

WNIOSKI

Cukrzycy towarzyszy cukromocz, wielomocz, wzmożone pragnienie, utrata masy ciała, zaburzenia widzenia, wzrost zakażeń bakteryjnych i grzybiczych utrudniających gojenie się ran, co stanowi duży problem i zagrożenie dla kobiet po porodzie. Chorych na cukrzycę przybywa, dlatego częściej będzie odnotowywało się ciążę kobiet obciążonych cukrzycą. Cukrzyca dotyczy ok. 2-6% ciężarnych. W ciągu 5-10 lat po porodzie, u co drugiej kobiety z cukrzycą ciążową rozwinie się nietolerancja węglowodanów, bądź jawna cukrzyca [1,11]. Jeśli u ciężarnej zdiagnozuje się cukrzycę, do końca ciąży musi ona pozostawać pod stałą obserwacją położnika i diabetologa. Cukrzyca nieprawidłowo leczona może prowadzić do zwiększonego ryzyka wystąpienia poronień, wad wrodzonych u płodu, makrosomii płodu, porodu przedwczesnego, jak również częstych zakażeń ran poporodowych opóźniających proces gojenia i wydłużających czas hospitalizacji. Dlatego bardzo ważne jest, aby dążyć do wyrównania glikemii wśród kobiet z cukrzycą jeszcze przed zajściem w ciążę. Jeśli kobieta już zajdzie w ciążę niezbędne jest stałe monitorowanie glikemii i odpowiednie leczenie, które zapewni prawidłowy przebieg ciąży i porodu. Po przebytym porodzie należy obserwować gojące się rany pod kątem rozwijającego się zakażenia, uwzględniając pomiar temperatury, tętna, ciśnienia tętniczego, stan powłok brzusznych i krocza, a także wygląd odchodów połogowych, stan odżywienia i nawodnienia. Po porodzie zapotrzebowanie na insulinę spada o 30-50%, a w przypadku cukrzycy ciężarnych dalsze podawanie insuliny jest zbędne [1]. Należy jednak poinformować położnicę o konieczności monitorowania glikemii w kierunku wystąpienia trwałej cukrzycy [11].

Pomimo tak dużej skali problemu, jakim jest rosnąca liczba chorych na cukrzycę, a także większy odsetek kobiet ciężarnych z cukrzycą, nadal jest zbyt mało informacji na temat problemów, z jakimi borykają się kobiety z cukrzycą po przebytym porodzie.

BIBLIOGRAFIA

Dostępna u autorki i w Redakcji.

DIETA W CUKRZYCY WAŻNYM ELEMENTEM W SAMOKONTROLI GLIKEMII POPOSIŁKOWEJ

DIET IN DIABETES AND ITS ROLE IN CONTROL OF AFTER MEAL GLUCOSE LEVEL

DARIUSZ WŁODAREK | Wydział Nauk o Żywieniu Człowieka i Konsumpcji SGGW w Warszawie, Katedra Dietetyki, email: **dariusz_wlodarek@sggw.pl**, kierownik – prof. dr hab. Danuta Rosołowska-Huszcz

STRESZCZENIE

Podstawowym zaleceniem dietetycznym dla osoby chorej na cukrzycę jest stosowanie tak zwanej diety zdrowego człowieka. W artykule przedstawiono zalecenia żywieniowe dla osób dorosłych oraz wytyczne Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego dotyczące diety osób chorych na cukrzycę.

SŁOWA KLUCZE

dieta, samokontrola, glikemia

WSTĘP

Podstawowym zaleceniem dietetycznym dla osoby chorej na cukrzycę jest stosowanie tak zwanej diety zdrowego człowieka czyli diety z dużą ilością warzyw i małą ilością tłuszczów nasyconych. Takie stwierdzenie znajduje się w „Zaleceniach klinicznych dotyczących postępowania u chorego na cukrzycę, 2009" wydanych przez Polskie Towarzystwo Diabetologiczne (Zalecenia PTD 2009). Autorzy napisali również, że dieta chorego na cukrzycę nie powinna odbiegać od podstawowych zaleceń dietetycznych zdrowego żywienia. W zaleceniach ogólnych dotyczących diety zalecono również częste spożywanie posiłków o ograniczonej wartości energetycznej oraz unikanie węglowodanów prostych, które najlepiej zupełnie wyeliminować z diety.

ZALECENIA ŻYWIENIOWE

W Polsce zalecenia żywieniowe dla osób dorosłych zostały opracowane przez Komitet Żywienia Człowieka Polskiej Akademii Nauk, Instytut Żywności i Żywienia oraz Polskie Towarzystwo Nauk Żywieniowych. Zalecenia te są następujące:

1. Jedz regularnie minimum trzy posiłki dziennie, każdy dzień rozpoczynaj od śniadania.
2. Twoje codzienne pożywienie powinno zawierać różnorodną żywność pochodzenia roślinnego i zwierzęcego.
3. Spożywaj codziennie produkty zbożowe oraz warzywa i owoce. Warzywa najlepiej jeść na surowo lub krótko gotowane.
4. Dwa, a najlepiej trzy razy dziennie spożywaj mleko, biały ser, jogurty lub kefiry o obniżonej zawartości tłuszczu.
5. Mięso i jego przetwory jedz w ilościach umiarkowanych, dwa lub trzy razy w tygodniu. Wybieraj mięso chude. W pozostałe dni jadaj dania z ryb i roślin strączkowych.
6. Ograniczaj ilość spożywanego tłuszczu. Do przyrządzania potraw tłuszcze zwierzęce zastępuj olejami lub oliwą z oliwek.
7. Ograniczaj spożywanie soli kuchennej. Jedna płaska łyżeczka soli dziennie dodawana do potraw powinna wystarczyć. Nie dosalaj.
8. Zachowaj umiar w jedzeniu cukru i słodyczy. Zamiast słodyczy jadaj więcej owoców i warzyw.
9. Bądź aktywny ruchowo. Pomoże Ci to utracić nadmiar dostarczonych z pożywieniem energii. Pamiętaj, że ruch może często zastąpić lekarstwo, lecz żadne lekarstwo nie zastąpi ruchu (Włodarek, 2005)

W zaleceniach PTD 2009 zwrócono uwagę na konieczność utrzymania prawidłowej masy ciała u osób chorych. W przypadku nadmiernej masy ciała zalecono umiarkowane zmniejszenie bilansu energetycznego (o 500-1000 kcal/d.) co pozwoli na stopniowe chudnięcie.

Wartość energetyczna diety jest sumą ilości energii dostarczanej z węglowodanów, tłuszczów i białek, gdzie 1 gram węglowodanów 4 kcal, 1 gram białek – 4 kcal, a 1 gram tłuszczu – 9 kcal. Wartość energetyczną diety należy ustalić w zależności od wieku, płci, aktywności fizycznej, stanu fizjologicznego, stanu odżywienia. Można w tym celu wykorzystać normy żywienia lub odpowiednie wzory uwzględniające wiek, płeć, masę ciała i poziom aktywności fizycznej. Należy zaznaczyć, że w roku 2008 ukazało się nowe polskie opracowanie „Norm żywienia człowieka" pod redakcją prof. Mirosława Jarosza i prof. Barbary Bułhak-Jachymczyk. Poprzednimi normami były „Normy Żywienia dla ludności w Polsce" opracowane w 1994 pod redakcją prof. Światosława Ziemlańskiego. W porównaniu do norm z 1994 roku, w nowych normach wyróżniono większą ilość grup ludności. Wprowadzono dodatkowe grupy wśród osób dorosłych (poprzednio istniały trzy przedziały wiekowe obecnie jest ich pięć) oraz dla grupy kobiet ciężarnych i karmiących. Oddzielnie przedstawiono zalecenia dla kobiet poniżej i powyżej 19 roku życia. W nowych normach utrzymano sposób ustalania zapotrzebowania na energię na poziomie średniego zapotrzebowania dla grupy. Utrzymano trzy poziomy aktywności fizycznej, jednocześnie zmieniono współczynniki przeliczeniowe. Dla osób dorosłych w odniesieniu do małej aktywności fizycznej zwiększono przelicznik z 1,4 do 1,6, umiarkowanej z 1,7 do 1,75 i dużej z 2,0 do 2,2.

Węglowodany, indeks glikemiczny, błonnik

Zgodnie z zaleceniami PTD 2009 węglowodany powinny dostarczać 45-50% wartości energetycznej diety i powinny być to węglowodany o niskim indeksie glikemicznym. Ponadto należy ograniczyć do minimum ilość węglowodanów prostych, a nawet dążyć od ich całkowitego wyeliminowania.

Szybkość wzrostu glikemii po spożyciu produktów zawierających węglowodany jest zależna od jakości węglowodanów w nich występujących jak i obecności białek, tłuszczów i błonnika. Indeks Glikemiczny (IG) jest wskaźnikiem informującym o szybkości wzrostu poziomu glukozy we krwi po spożyciu określonego produktu. Im wyższa wartość IG, tym znaczniejszy wzrost poziomu glukozy we krwi. Produkty o niskim (poniżej 55) i średnim (poniżej 70) IG zapewniają powolny wzrost poziom glukozy we krwi i zmniejszają wahania glikemii w ciągu doby. Produkty o wysokim (powyżej 70) IG powodują nadmierny przyrost poziomu cukru we krwi, sprzyjają również tyciu. Zatem w codziennym żywieniu należy unikać, a najlepiej wykluczyć zupełnie produkty, które dostarczają węglowodanów prostych: cukier, słodycze, ciasta, ciasteczka, słodkie bułki, słodkie napoje, soki, dżemy, konfitury, galaretki. Natomiast w diecie powinny znajdować się głównie węglowodany złożone i najlepiej z produktów mało przetworzonych będących jednocześnie źródłem błonnika pokarmowego. Produktami zbożowymi wskazanymi są: pieczywo najlepiej razowe, pieczywo typu Graham, kasze szczególnie grube (jęczmienna, gryczana), ryż najlepiej nieoczyszczony, płatki owsiane, jęczmienne, pszenne, musli bez dodatku cukru i suszonych owoców, makarony najlepiej typu al dente.

W codziennej diecie pacjent z cukrzycą powinien spożywać przynajmniej 500 g warzyw i owoców, z przewagą warzyw. Większość warzyw zawiera niewielką ilość węglowodanów i jednocześnie dostarcza witamin, składników mineralnych oraz znacznych ilości błonnika. Dlatego też warzywa można spożywać w dużej ilości w ciągu doby, co pozwala na uzyskanie uczucia sytości. Tylko spożycie warzyw zawierających znaczne ilości węglowodanów musi być kontrolowane (np.: ziemniaki, bób, kukurydza, zielony groszek). Warzywa surowe mają niski IG. Gotowanie warzyw może wpływać na zwiększenie ich IG. Aby indeks glikemiczny warzyw nadal pozostawał niski należy zalecić chorym by gotowali warzywa krótko, aby po ugotowaniu nadal pozostawały „chrupiące".

Owoce zawierają duże ilości węglowodanów, dlatego też należy kontrolować ich ilość w codziennej diecie. Należy ustalić z pacjentem, jaką ilość owoców może on spożywać dziennie. Owocami, na które trzeba zwrócić szczególną uwagę ze względu na większą zawartość cukrów są banany i winogrona, które muszą być spożywane w około 2/3 ilości dozwolonych owoców. Najczęściej owocami zjadanymi w nadmiernej ilości są owoce drobne (truskawki, czereśnie, wiśnie, maliny, jagody, winogrona itp). Aby nie dopuścić do nadmiernego wzrostu glikemii konieczne jest przestrzeganie ustalonej ilości spożywanych owoców na dany dzień również w odniesieniu do owoców drobnych.

Prawidłowa dieta powinna zawierać produkty dostarczające błonnika pokarmowego (produkty zbożowe z pełnego przemiału, warzywa i owoce). Zawartość błonnika pokarmowego w diecie (zgodnie z zaleceniami PTD 2009) powinna wynosić około 20–35 g/d. Wpływa on korzystnie na pracę przewodu

pokarmowego zmniejszając ryzyko wystąpienia zaparć, spowalnia wchłanianie węglowodanów. Po spożyciu produktów obfitujących w błonnik dłużej odczuwane jest uczucie sytości.

Tłuszcze, cholesterol

Zgodnie z zaleceniami PTD 2009 ilość energii dostarczanej z tłuszczów powinna wynosić 30-35% wartości energetycznej diety. Tłuszcze można podzielić na tłuszcze pochodzenia zwierzęcego i roślinnego. W diecie należy ograniczać spożycie tłuszczów pochodzenia zwierzęcego zastępując je tłuszczami pochodzenia roślinnego.

Tłuszcze zbudowane są z glicerolu i kwasów tłuszczowych. Budowa kwasów tłuszczowych decyduje o ich wpływie na zdrowie człowieka. W tłuszczach zwierzęcych przeważają nasycone kwasy tłuszczowe, natomiast w tłuszczach roślinnych przeważają kwasy tłuszczowe jedno- i wielonienasycone. Ponieważ kwasy tłuszczowe nasycone wpływają na wzrost stężenia cholesterolu we krwi, należy zmniejszyć ich ilość w diecie. Tłuszcze nasycone powinny dostarczać mniej niż 10% wartości energetycznej diety, a u chorych, u których stężenie cholesterolu frakcji LDL we krwi wynosi ≥ 100 mg/dl (≥ 2,6 mmol/l), ilość tę należy zmniejszyć poniżej 7% (zalecenia PTD 2009). Bogatym źródłem kwasów tłuszczowych nasyconych są produkty pochodzenia zwierzęcego: tłusta wołowina i wieprzowina, smalec, łój oraz przetwory mięsne, takie jak; kiełbasy, boczek, wędliny podrobowe, przetwory mleczne, masło oraz olej kokosowy, palmowy.

10% wartości energetycznej diety powinny zapewnić kwasy tłuszczowe jednonienasycone (Zalecenia PTD 2009). Występują one w dużych ilościach w oliwie z oliwek i oleju rzepakowym. Znajdują się też w: oleju arachidowym, sojowym, kukurydzianym, sezamowym, palmowym oraz w orzechach: migdałach, orzechach arachidowych, pistacjowych, laskowych. Około 6-10% wartości energetycznej diety powinny dostarczać tłuszcze wielonienasycone, w tym kwasy tłuszczowe z rodziny omega-6: 5-8%, a kwasy tłuszczowe z rodziny omega-3: 1-2% (zalecenia PTD 2009). Wielonienasycone kwasy tłuszczowe występują w dużych ilościach w oleju słonecznikowy, sojowym, kukurydzianym, arachidowym, z kiełków pszenicy, pestek winogron oraz w nasionach, migdałach i orzechach włoskich. Nienasycone kwasy tłuszczowe z rodziny omega-3 występują w tłuszczu rybim. Zmniejszają one ryzyko rozwoju miażdżycy, wpływają na obniżenie ciśnienia tętniczego, hamują procesy zapalne w organizmie. Dlatego korzystne dla zdrowia jest spożywanie około 2 razy w tygodniu ryb morskich.

Należy ograniczyć w diecie spożycie izomerów trans nienasyconych kwasów tłuszczowych (zalecenia PTD 2009). Są to związku, które mogą występować w niektórych margarynach, dlatego należy wybierać margaryny dobrej jakości z informacją na opakowaniu, że zawartość izomerów trans kwasów tłuszczowych jest mniejsza niż 1% lub że nie zawierają ich wcale.

Zawartość cholesterolu w diecie nie powinna przekraczać 300 mg/d. (7,8 mmol/d.), a u chorych ze stężeniem cholesterolu frakcji LDL ≥ 100 mg/dl (≥ 2,6 mmol/l) ilość tę należy zmniejszyć poniżej 200 mg/d. (5,2 mmol/d.) (zalecenia PTD 2009). Produktami zawierającym cholesterol są generalnie produkty pochodzenia zwierzęcego, a szczególnie bogatymi w cholesterol są: mózg, nerki, płuca, serce, wątroba, smalec, masło, tłuste mięsa, żółtko jaja, śmietana 30%. Produkty pochodzenia roślinnego nie zawierają cholesterolu.

Białka

Dla osoby dorosłej zapotrzebowanie na białko wynosi około 0,8-1,0 g białka/kg masy ciała/dobę. Zgodnie z zaleceniami PTD 2009 białko powinny dostarczać 15-20% wartości energetycznej diety oraz w 50% powinno być to białko pochodzenia zwierzęcego. Źródłem białka pełnowartościowego są: mięso, drób, ryby, mleko, sery, jogurty, kefir, jaja i przetwory z tych produktów. Białko niepełnowartościowe znajduje się w produktach zbożowych, nasionach roślin strączkowych, warzywach i owocach.

Witaminy, składniki mineralne

W zaleceniach PTD 2009 stwierdzono, że suplementacja witamin lub składników mineralnych u chorych, u których nie stwierdza się ich niedoborów jest niewskazana.

Techniki kulinarne

W diecie osoby chorej na cukrzycę dozwolone są te techniki kulinarne, które nie zwiększają znacznie ilości tłuszczu w diecie, czyli tak jak u osób zdrowych. Dozwolone jest gotowanie, gotowanie na parze, duszenie bez dodatku tłuszczu, pieczenie bez dodatku tłuszczu, pieczenie w folii aluminiowej, smażenie bez dodatku tłuszczu, ewentualnie krótkotrwałe smażenie w małej ilości oleju rzepakowego lub oliwy z oliwek, grillowanie. Tylko u osób, u których występują dolegliwości z przewodu pokarmowego konieczne staje się wykluczenie tych metod przygotowywania potraw, które sprawiają, że potrawy stają się ciężkostrawne. Dozwolone wtedy jest gotowanie w wodzie i na parze, duszenie bez dodatku tłuszczu, pieczenie w folii aluminiowej.

PODSUMOWANIE

Przekazując zalecenia dietetyczne osobom chorym na cukrzycę warto zwrócić uwagę, że ich dieta nie wymaga drastycznych ograniczeń i jest podobne do sposobu żywienia zalecanego osobom zdrowym. Pozwoli to na łatwiejszą akcentację ograniczeń dietetycznych przez pacjenta i wpłynie na lepszą kontrolę glikemii we krwi oraz mniejszy ryzyko wstąpienia schorzeń układu krążenia.

BIBLIOGRAFIA

1. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę, 2009. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Diabetologia Doświadczalna i Kliniczna 2009, 9, suplement A
2. Włodarek D.: Dietetyki. Wydawnictwo Format AB. Warszawa 2005
3. Jarosz M., Bułhak-Jachymczyk B.: Normy Żywienia Człowieka. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008

TWORZENIE WARUNKÓW DO EDUKACJI ZDROWOTNEJ (diabetologicznej)
część pierwsza

KOMUNIKOWANIE JAKO PODSTAWA EDUKACJI ZDROWOTNEJ (diabetologicznej)

CREATION OF CONDITION FOR HEALTHY EDUCATION (part one) – COMMUNICATION AS BASE OF HEALTHY 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

Kluczowe znaczenie dla skuteczności edukacji zdrowotnej, szczególnie w chorobach przewlekłych, ma sposób komunikowania się z pacjentem. Tymczasem liczne badania wskazują, że duża część pacjentów jest niezadowolona z relacji z zespołem leczącym. Głównym celem autorki poniższego tekstu, jest przybliżenie, w oparciu o literaturę przedmiotu i doświadczenia własne wynikające z długoletniej pracy z osobami chorymi na cukrzycę problemu komunikowania się z chorym i jego rodziną. Czytelnik odnajdzie w artykule sposób definiowania pojęcia „komunikowanie się", rodzaje komunikowania, bariery w komunikowaniu oraz przykłady komunikowania oparte na współpracy kontaktów z pacjentem.

SŁOWA KLUCZE

warunki edukacji zdrowotnej (diabetologicznej), komunikowanie się

WSTĘP

„Współczesny człowiek często nie dostrzega roli komunikacji w codziennych okolicznościach. Jej wykorzystywanie dla osiągnięcia różnych celów, jest czymś oczywistym. Dzięki komunikowaniu stajemy się członkami grup społecznych, przy jego użyciu dokonuje się transmisja wartości i przekonań, które wpływają na kształt procesu socjalizacji jednostki. Należy jednak mieć świadomość, iż zdolność człowieka do celowego rozwijania komunikacji w konkretnych sytuacjach uznawane jest za jeden z przejawów osiągniętego przez niego poziomu rozwoju zarówno w rozumieniu osobistym, jak i profesjonalnym" [1]. W kontekście powyższych rozważań należy stwierdzić, że edukacja na rzecz zdrowia nie może zaistnieć bez efektywnego komunikowania.

Mimo ogromnego postępu medycyny w XX i XXI wieku nadal istnieje wiele chorób (np. cukrzyca), których nie da się wyleczyć, które wymagają dożywotniej kuracji. W przypadku tych chorób ogromne znaczenie odgrywa wsparcie emocjonalne, które pacjent powinien otrzymać od zespołu leczącego. Podstawą udzielania wsparcia jest poprawne komunikowanie się personelu z pacjentem. Liczne badania wskazują, że duża część pacjentów jest niezadowolona ze swych relacji z pracownikami służby zdrowia. Znawcy problemu twierdzą, że przyczyną tej sytuacji jest brak umiejętności nawiązywania kontaktu psychicznego z chorym. Konsekwencją tego jest fakt, że większości pacjentów brakuje odwagi, by pytać o wszystko, co ich niepokoi, i często nie rozumieją dokładnie tego, co do nich mówi profesjonalista [2]. Zadawalający jest fakt, że w ostatnich latach komunikacja interpersonalna stała się polem badawczym socjologów i teoretyków medycyny. Badania prowadzone przez naukowców wyodrębniły szczególne umiejętności nawiązywania kontaktu, zarówno te, które wzmacniają więź, jak i te, które ją osłabiają.

DEFINIOWANIE KOMUNIKOWANIA

Istotą edukacji zdrowotnej (diabetologicznej) jest proces uczenia się. W literaturze przedmiotu funkcjonuje wiele definicji tego pojęcia. Autorzy tych definicji akcentują, że „jest to zarówno nabywanie wiadomości, jak i umiejętności, sprawności". Naukowcy są zgodni, co do tego, że warunkiem koniecznym nabywania sprawności i umiejętności jest aktywność uczącego się podmiotu. Uczenie się ma miejsce tylko wtedy, gdy uczący się jest aktywny, uczenie się bowiem jest czynnym procesem wytwarzania i przetwarzania [3]. Wszyscy są zgodni, co do tego, iż jego skuteczność zależy od wielu czynników. Wśród nich wymienia się: umiejętności komunikowania, kompetencje osób prowadzących edukację oraz warunki i klimat, w jakich odbywa się uczenie [4]. Podstawą każdego uczenia się (również, a może przede wszystkim) osób chorych, jest proces komunikowania. W literaturze przedmiotu można spotkać wiele definicji pojęcia „komunikowanie". Dla przybliżenia tego procesu istotne wydaje się przytoczenie najbardziej (zdaniem autorki) odpowiedniej w tym momencie jednej z nich.

„Komunikowanie jest procesem porozumiewania się jednostek, grup lub instytucji. Jego celem jest wymiana myśli, dzielenie się wiedzą, informacjami i ideami. Proces ten odbywa się przy użyciu zróżnicowanych środków i wywołuje określone skutki" [5]. Z pojęciem komunikowanie ściśle wiąże się pojęcie kompetencji komunikacyjnych, które są rozumiane jako „zdolność (umiejętność) posługiwania się językiem odpowiednio do sytuacji i do słuchacza (słuchaczy) [6]. Zdolność prowadzenia rozmowy jest jedną z najmocniejszych stron człowieka. Nieustanne zgłębianie jej tajników i praktyka są bardzo ważne dla rozwijania tej umiejętności. Zdobycie umiejętności przekazywania informacji w czytelny i zwięzły sposób pozwoli na prowadzenie skutecznej edukacji zdrowotnej. Wśród ludzi kształcących lekarzy i pielęgniarki istnieje coraz powszechniejsza zgoda co do tego, że nauka umiejętności komunikacji interpersonalnej zwiększa zadowolenie pacjenta, sprawia, że chętniej stosuje się on do zaleceń leczniczych. Nie ma jednak zgody co do tego, jaki rodzaj kontaktów jest potrzebny i najbardziej skuteczny. Liczne opracowania medyczne (głównie zagranicznych autorów) dowodzą, że zarówno pielęgniarki jak i lekarze opowiadają się za takim modelem komunikowania, w którym oni pełnią „rolę kierowniczą". Tymczasem specjaliści od komunikowania się twierdzą, że konwencjonalny, paternalistyczny wzorzec stosunków międzyludzkich nie pozwala na efektywną wzajemną komunikację. W tego rodzaju kontaktach komunikacja ma charakter jednostronny, a często upokarzający i dehumanizujący. Konsekwencją takiego sposobu komunikowania się z pacjentem jest często niezrozumienie przez pacjenta przekazywanych mu informacji. Jeżeli pacjent nie rozumie o czym mówi lekarz czy pielęgniarka, nie zadaje pytań [2]. W edukacji zdrowotnej (diabetologicznej) potrzebny jest taki rodzaj komunikowania między personelem a pacjentem, w którym zalecenia (komunikaty) będą akceptowane, uznawane a nawet mile widziane przez pacjentów. Celowe zatem wydaje się przyjrzenie się różnym rodzajom komunikowania się personelu medycznego z pacjentem. W tym miejscu zachęcam praktyków, pielęgniarki i lekarzy do podzielenia się na łamach tego magazynu własnymi doświadczeniami w tym zakresie.

RODZAJE KOMUNIKOWANIA

W edukacji zdrowotnej znajduje zastosowanie komunikowanie intrapersonalne – czyli komunikowanie się z samym sobą. Polega ono na stałej aktywności osoby edukującej: rozmyślaniu, wewnętrznym dialogu, stawianiu sobie pytań i odpowiadaniu na nie, rozważaniu różnych scenariuszy edukacji i porządkowaniu doświadczeń [4]. Komunikowanie interpersonalne – „proces przekazywania i odbierania informacji między dwiema osobami lub pomiędzy małą grupą osób, wywołujący określone skutki i rodzaje sprzężeń zwrotnych" [7]. Istnieje wiele modeli tego rodzaju komunikowania. Oprócz zwolenników konwencjonalnego sposobu komunikowania się z pacjentem są również zwolennicy komunikowania opartego na większym udziale i współpracy pacjenta. Jeden z wybitnych psychologów DiMatteo przedstawia trzy podstawowe modele relacji: 1. model bierny, w którym pacjent nie może uczestniczyć w leczeniu; 2. model kierowania, w którym lekarz ponosi ciężar odpowiedzialności za postawienie diagnozy i leczenie, oraz 3. model współuczestnictwa, który zakłada wspólne podejmowanie decyzji dotyczących wszystkich aspektów opieki nad chorym. Autor jest zwolennikiem trzeciego modelu [2].

ISTOTA PROCESU KOMUNIKOWANIA

Proces komunikowania składa się z kilku stałych elementów: kontekst, uczestnicy, informacja, szumy, sprzężenie zwrotne. Kontekst procesu komunikacji stanowią różnorodne warunki: fizyczne, psychologiczne, społeczne, kulturowe, polityczne, ekonomiczne, historyczne, instrumentalne (zadaniowe), semantyczne (lingwistyczne). Mogą one wywierać istotny wpływ na przebieg, formę lub treść komunikacji. Na przykład komunikowanie w ramach edukacji na temat cukrzycy nabiera zupełnie innego znaczenia, gdy prowadzona jest u osób starszych; albo gdy jest skierowana do dzieci, gdzie w pierwszym przypadku zachowania są silnie zakorzenione, a w drugim dopiero kształtują się. Uczestnikami procesu edukacji są – nadawca (źródło) np. pielęgniarka edukacyjna, lekarz, odbiorca (pacjent). Informacja przesyłana jest ze źródła w różnej formie do odbiorcy. W procesie tym może istnieć wiele zakłóceń (szumów) w obu układach: natury fizycznej (np. ograniczona sprawność manualna, zaburzenia widzenia itd.), psychologicznej, związanej z przekonaniami i postawami odbiorcy, funkcjonowaniem jego narządu zmysłów, umiejętnością czytania ze zrozumieniem, doświadczeniem, przyzwyczajeniami, emocjonalnej (gniewu, złości, smutku, lęku lub euforii; są to częste reakcje na postawioną diagnozę „cukrzyca") itd. Elementem procesu komunikacji, który pozwala dość jednoznacznie stwierdzić efektywność komunikowania lub jej brak, jest sprzężenie zwrotne. Utożsamia się je z różnego rodzaju aktywnościami odbiorcy (np. wypowiedzi, postawy, zachowania, zadawanie pytań itp.). W procesie edukacji zdrowotnej (diabetologicznej) informacja może być podana w trzech formach: symbole – wyrażone zwykle słowami; ikony – formy graficzne, np. schematy, wykresy; aktywne współuczestnictwo – komunikowanie odbywa się z aktywnym zaangażowaniem odbiorcy (uczącego się, pacjenta). Efekty tych form wyraża aforyzm:

„**Usłyszałem i zapomniałem**
Zobaczyłem i zapamiętałem
Zrobiłem i zrozumiałem" [1,4].

W edukacji diabetologicznej zaangażowanie pacjenta i jego rodziny ma szczególne znaczenie. Podstawową sprawą dla skuteczności uczenia się pacjentów jest rodzaj komunikatu. Zależy on od indywidualnych cech i potrzeb pacjenta i jego rodziny. Rodzaje informacji dotyczących zdrowia i choroby:

- wykorzystujące fakty – dane statystyczne, jako argumenty przemawiające za potrzebą działań,
- oddziałujące na emocje, wyobrażenia, z podkreśleniem pozytywnych efektów działań,
- nastawione na wzbudzenie strachu w celu kształtowania pożądanych zachowań (technika „straszenia", nadal kontrowersyjna),

- humorystyczne – przekazywanie informacji w sposób humorystyczny zwiększa zainteresowanie i atrakcyjność przekazu,
- jednostronny komunikat – prezentowanie korzyści z podejmowanych działań, bez ukazywania efektów niepożądanych,
- ukazywanie korzyści i strat wynikających z podejmowania działań,
- pozytywne zalecenia – co należy robić dla swojego zdrowia,
- negatywne zalecenia – czego NIE należy robić, aby zachować zdrowie.

BARIERY W KOMUNIKOWANIU

Skuteczność komunikacji może zostać znacząco pomniejszona przez wpływ różnego rodzaju barier. Przewidywanie tychże barier przed realizacją edukacji ułatwia pokonywanie ewentualnych trudności. Do najczęściej występujących barier zalicza się:

- dystans kulturowy i społeczny,
- ograniczenia w odbiorze informacji,
- negatywny stosunek do prowadzących zajęcia,
- trudności w zrozumieniu i zapamiętaniu informacji,
- niedocenianie przez prowadzących edukację znaczenia komunikowania,
- sprzeczność informacji [4].

OPARTY NA WSPÓŁPRACY MODEL KONTAKTÓW Z PACJENTEM

W ramach tego modelu można dopatrzeć się różnych podejść przedstawicieli medycyny praktycznej. Ograniczone ramy tekstu nie pozwalają na szczegółowy ich opis i interpretacje (czytelnika zachęcam do analizy literatury podanej w bibliografii). Należy jednak stwierdzić, że wszyscy akcentują humanistyczne podejście do pacjenta. Autorzy podejść w ramach tego modelu wymieniają następujące ich właściwości, które sprzyjają osiąganiu lepszych efektów w leczeniu:

- wyzdrowienie pacjenta staje się wspólnym celem dla zespołu leczącego i dla pacjenta,
- pacjent i pracownik służby zdrowia są kolegami,
- każdy uczestnik procesu leczenia ponosi określoną odpowiedzialność,
- kontakty opierają się na obopólnej zgodzie i nie są obowiązkowe,
- istnieje wola negocjowania,
- każda ze stron musi odnieść jakąś korzyść z tych układów,
- pacjent nie musi być posłuszny, powinien móc się poskarżyć, zadawać pytania i przedstawić swój punkt widzenia [2].

Przedstawiciele tychże modeli wyróżnili podstawowe ich elementy:

- pacjent jest aktywnym współuczestnikiem procesu leczenia,
- wzajemna zależność,
- wspólne podejmowanie decyzji,
- przyznanie pacjentowi wszelkich praw w kwestiach dotyczących jego zdrowia,
- dwukierunkowa komunikacja interpersonalna.

ZNACZENIE ZAANGAŻOWANIA SIĘ PACJENTA

Z licznych badań wynika, że w tradycyjnych kontaktach personel medyczny – pacjent pacjenci często błędnie rozumieją zalecenia lekarza, pielęgniarki, zapominają o ważnych elementach kuracji. Takie zachowania pacjentów utrudniają leczenie przyczyniając się do rozwoju powikłań a w konsekwencji do wydłużenia procesu leczenia. Jednocześnie psychologowie już od dawna dowodzą korzyści płynących z udziału pacjenta w podejmowaniu decyzji. Uczeni ci twierdzą, że „człowiek tylko wówczas przestaje reagować negatywnie na pożądany tryb postępowania, jeżeli ma udział w stwierdzeniu, że właśnie taki tryb jest pożądany, (…) udział w podejmowaniu decyzji bardziej niż jakikolwiek inny czynnik stanowi o jakości kontaktów między lekarzem a pacjentem. Dobry pacjent chce być współodpowiedzialny za swe życie i leczenie, a lekarze, którzy popierają taką postawę, mogą pomóc pacjentom w szybszym powrocie do zdrowia" [2]. Jak wynika z powyższych treści zaangażowanie pacjenta w proces leczenia przynosi znaczące korzyści dla obu stron. Nie jest to jednak czynność łatwa do realizacji. Psychologowie są zdania, że może on być bardziej skuteczny i przynieść większą satysfakcję, gdy zastosuje się pewien system rozwiązywania problemów – plan, który mogą realizować obie strony. System ten, nazywany jest metodą sześciu kroków:

1. Określenie problemu.
2. Poszukiwanie rozwiązań.
3. Ocena rozwiązań.
4. Decyzja w sprawie przyjęcia rozwiązania, na które zgadzają się obie strony.
5. Wprowadzenie rozwiązania w życie.
6. Ocena skuteczności przyjętego rozwiązania.

Zdaniem autorów metoda sześciu kroków może być stosowana w celu umożliwienia pacjentom pełnego udziału w rozwiązywaniu ich problemów – łącznie z diagnozą, wyborem sposobu leczenia i jego konsekwencjami. Ich zdaniem „gdy ludziom umożliwia się uczestnictwo w określaniu swego losu, ich samopoczucie poprawia się, rośnie poczucie godności, ludzie mają więcej wiary we własne siły i pełniej decydują o swoim życiu (…) czują też, że potraktowano ich jak równoprawnych członków zespołu, a nie jak dzieci lub obywateli drugiej kategorii (…) wspólne rozwiązywanie problemu zapewnia przyjęcie lepszych rozwiązań (dwie głowy to nie jedna), ponieważ wspólne decyzje oparte są na większej liczbie danych (…) wspólne rozwiązywanie problemu stwarza lepszą motywację do wprowadzania w życie przyjętych decyzji [2].

BIBLIOGRAFIA

Dostępna u autorki i w Redakcji.

BAYER

CONTOUR TS™

Z PRZEŁOMOWĄ TECHNOLOGIĄ

NO CODING

WIĘCEJ NA

www.nocoding.pl

simplewins™ prostezwycięstwa

BAYER Bayer HealthCare Diabetes Care