9/IV/2009

pfed

ISSN 1689 - 8435

magazyn edukacyjny

Kwartał IV 2009

OGÓLNOŚWIATOWE BADANIE DOTYCZĄCE WSTRZYKIWANIA INSULINY I NOWE REKOMENDACJE

RAPORT Z DZIAŁALNOŚCI PFED W 2009 ROKU

ROLA I KOMPETENCJE OSÓB PROWADZĄCYCH EDUKACJĘ ZDROWOTNĄ

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

Redakcja przeprasza za omyłkowe zamieszczenie niewłaściwej okładki, przy recenzji książki pt. „Edukacja w cukrzycy typu 1 – poradnik dla dzieci i rodziców" profesor Anny Noczyńskiej w poprzednim Magazynie Edukacyjnym PFED.

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

WYDARZENIA
EASD i FEND – Wiedeń 2009 ... 2
Dorota Herbut – obrona pracy doktorskiej ... 6
Pielęgniarka w procesie rehabilitacji – konferencja w Reptach ... 19
Diabetica Expo ... 20
Ogólnoświatowe badanie dotyczące wstrzykiwania insuliny i nowe rekomendacje – streszczenie wykładu podczas IV konferencji PFED ... 21
Kurs specjalistyczny „Poradnictwo dietetyczne dla pielęgniarek i położnych" ... 23

SAMOKSZTAŁCENIE
Projekt „Profesjonalne pielęgniarstwo systemu ratownictwa medycznego w Polsce – wsparcie kształcenia podyplomowego" ... 4
Wykaz konferencji 2010 r ... 5
„Opieka nad dziećmi i młodzieżą z cukrzycą" – zaproszenie na kurs ... 24

PRACE ORYGINALNE
Subiektywna ocena jakości życia pacjentów z cukrzycą typu 1, uwarunkowana stanem ich zdrowia ... 7

EDUKACJA
Tworzenie warunków do edukacji zdrowotnej (diabetologicznej) – Rola i kompetencje osób prowadzących edukację zdrowotną (diabetologiczną) ... 12

FEND DONOSI
Mądrość przychodzi wraz z wiekiem, prawie zawsze za późno, cz.2 ... 15

RAPORT
Polska Federacja Edukacji w Diabetologii w 2009 r. ... 17

ARTYKUŁ SPONSOROWANY
Innowacje zmieniają świat ... 25

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

REDAKCJA
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

Z okazji Świąt Bożego Narodzenia
składamy serdeczne życzenia wszystkim członkom
Polskiej Federacji Edukacji
w Diabetologii oraz tym, z którymi mieliśmy okazję współpracować.

Mamy nadzieję, że ten rok przyniósł wiele radości oraz
był czasem owocnym w pracy zawodowej jak i też w życiu osobistym.
W nadchodzącym 2010 Roku życzymy wielu sił aby w sobie znajdować dobro,
dzielić się nim z najbliższymi.
Życzymy wytrwałości i optymizmu w codziennej pracy.

Szczęścia i wszelkiej pomyślności w nadchodzącym 2010 roku
życzy
Zarząd PFED

1% TWOJEGO PODATKU

Federacja podejmuje problematykę promowania profesjonalnej roli zespołów terapeutycznych w edukacji i opiece diabetologicznej w Polsce – lekarzy, pielęgniarek, dietetyków, psychologów, rehabilitantów, pracowników socjalnych oraz konsultantów innych specjalności. Stowarzyszenie szkoli personel medyczny w zakresie zachowań prozdrowotnych, zdrowego odżywiania, terapii cukrzycy oraz przekazuje wiedzę z zakresu diabetologii.

Wypełnij rubryki w Rocznym Zeznaniu Podatkowym następującymi informacjami:

124 – Polska Federacja Edukacji w Diabetologii
125 – Nr KRS 0000249075
126 – 1% Twojego podatku (obliczona kwota)

Poradnia Diabetologiczna
Klinika Chorób Metabolicznych, Endokrynologii i Diabetologii
Al. Dzieci Polskich 20 04-730 Warszawa
Nr konta: 98 1050 1025 2000 0023 0294 1964, Oddział Warszawa 169
ul. F. Zamoyskiego 51 A, 03-801 Warszawa

Poznaj nas: www.pfed.org.pl!

45-ty Zjazd Europejskiego Towarzystwa do Badań nad Cukrzycą – EASD – European Association for the Study of Diabetes

Wiedeń 25 IX – 2 X 2009 r.

14 Międzynarodowa Konferencja Stowarzyszenia Europejskich Pielęgniarek Diabetologicznych FEND – Federation of European Nurses in Diabetes „Deklaracje, Rekomendacje, Zdecydowanie, Działanie!"

Wiedeń 25-26 IX 2009 r.

W Wiedniu odbyły się dwie ważne konferencje dla profesjonalistów zajmujących się pacjentami z cukrzycą. Miał miejsce 45-ty Zjazd Europejskiego Towarzystwa do Badań nad Cukrzycą – EASD – European Association for the Study of Diabetes oraz 14 Międzynarodowa Konferencja Stowarzyszenia Europejskich Pielęgniarek Diabetologicznych FEND – Federation of European Nurses in Diabetes.

W programie konferencji FEND były poruszane m.in. tematy: Sytuacja epidemiologiczna cukrzycy w Austrii, Nieświadomość niedocukrzenia, Skuteczne interwencje, Cukrzyca typu 2 u dzieci, Diabetologiczna opieka pielęgniarska w Europie, Doświadczenia praktyczne w zastosowaniu DPP IV. W części poświęconej badaniom uwagę zwróciła prezentacja pielęgniarki Gillian Kreugel z Holandii, która pracuje na Uniwersytecie Centrum Medycznego Cukrzycy w Groningen. Poruszyła tematykę wpływu igły na kontrolę glikemii i preferencje u pacjentów otyłych w cukrzycy. Poniżej krótko prezentujemy zagadnienia związane z ostatnim tematem.

Wpływ igły na kontrolę glikemii i preferencje u otyłych pacjentów w cukrzycy

Badano wpływ stosowania 5mm igły porównując do 8mm igły na: kontrolę glikemii, preferencje pacjenta, występowanie incydentów hipoglikemii, siniaków, krwawień, wycieków insuliny oraz bólu. W badaniu uczestniczyło 130 pacjentów, zarówno z cukrzycą typu 1 i typu 2 z BMI ≥ 30kg/m^2 przydzielonych losowo do 2 grup. Grupa A używała 5mm igły w pierwszym 3 miesiącach i 8mm igły w drugim okresie 3 miesięcy, a grupa B używała 8mm igły w pierwszym 3 miesiącach i 5 mm igły w drugim okresie 3 miesięcy. Kontrolowano poziom HbA1C, fruktozaminy oraz 1,5-anhydroglucytolu (1,5 AG).

W rezultacie :

- Nie było różnicy w występowaniu incydentów hipoglikemii, siniaków i bólu w obu grupach.
- Odnotowano mniejsze krwawienia (p = 0,04) w przypadku stosowania 5 mm igły.
- Odnotowano mniejszy wyciek insuliny z igły 8 mm (p = 0,01).
- 46% pacjentów preferowało 5mm igłę, 41% 8 mm igłę, 13% nie miało preferencji.

We wnioskach stwierdzono, że 5mm igły mogą być bezpiecznie stosowane u osób otyłych z cukrzycą bez negatywnego wpływu na HbA1c i bez różnic w miejscowych dolegliwościach związanych z podawaniem insuliny.

Zaleca się, aby pacjenci dokonywali podawania insuliny dokładnie do tkanki podskórnej, z której wchłania się ona w przewidywalny sposób. Przy stosowaniu igieł długich (12 mm lub 12,7 mm) istnieje niebezpieczeństwo podania insuliny w tkankę mięśniową. Należy wystrzegać się takiego podawania insuliny, gdyż nieprzewidywalny jest wtedy sposób jej wchłaniania. Podana domięśniowo insulina, zarówno ta krótko działająca, jak i o pośrednim czasie działania, wchłania się przeważnie szybciej. Pacjenci stosujący igły o długości 12 mm lub 12,7 mm, narażeni częściej na iniekcje domięśniowe, mogą także odczuwać większą bolesność zastrzyków. Przy stosowaniu takiej długości igieł często w miejscach iniekcji pojawiają się krwawienia, wybroczyny i zasinienia. Nieuzasadniona jest obawa pacjentów otyłych, którzy przypuszczają, że igły 5 mm lub 8 mm zbyt płytko wbijają się w skórę, co może powodować wypłynięcie insuliny lub złe wchłanianie. Zabezpieczeniem przed wyciekiem insuliny jest zastosowanie się do zasady, aby utrzymując igłę wkłutą w skórę odczekać 6-10 sekund przed jej wyjęciem. Nie ma w tym przypadku znaczenia czy są to igły 5 mm czy 8 mm. Pacjenci przyzwyczajeni do igieł długich, po zwróceniu uwagi na technikę iniekcji, mogą i powinni stosować igły o długości 5mm lub 8 mm.

Zaleca się, aby pacjenci zmieniali igłę po każdej iniekcji. Wielokrotne stosowanie tej samej igły powoduje jej stępienie, co prowadzi do mikrourazów podskórnej tkanki tłuszczowej. Często pacjenci odczuwają także ból przy ponownym wkłuciu tej samej igły, istnieje też ryzyko infekcji. Wymiana igły po każdej iniekcji jest szczególnie ważna w przypadku stosowania insuliny o pośrednim lub długim czasie działania. Insulina taka występuje w postaci zawiesiny, dlatego może zatykać igłę w przypadku wielokrotnego jej użycia i prowadzić do podania nieprawidłowej ilości insuliny. Podobnie dzieje się, jeśli igła pozostaje przykręcona do wstrzykiwacza pomiędzy iniekcjami. Zmieniająca się temperatura (a co za tym idzie objętość cieczy) może powodować wyciekanie insuliny z igły i dostanie się powietrza do dozownika. Używając tej samej igły można doprowadzić także do lipohypertrofii, czyli przerostu tkanki tłuszczowej w miejscach częstych wstrzyknięć insuliny.

Stowarzyszenie: Polska Federacja Edukacji w Diabetologii wspólnie z Polskim Towarzystwem Diabetologicznym i Polskim Stowarzyszeniem Diabetyków podczas Międzynarodowej Konferencji EASD reprezentowali jako wystawcy działalność diabetologiczną w Polsce. W tym artykule chcemy przybliżyć członkom PFED działalność kluczowych organizacji na rzecz diabetologii w świecie.

Na konferencji w Wiedniu Polskę z ramienia PFED reprezentowały: Alicja Szewczyk, Mirosława Młynarczuk, Iwona Pilarczyk-Wróblewska oraz Beata Stepanow

Organizacja FEND

FEND powstała w 1995 roku jako unikatowe stowarzyszenie pielęgniarek pracujących i zajmujących się opieką diabetologiczną, badaniami i edukacją w Europie. Misją FEND jest promowanie profesjonalnej opieki diabetologicznej dla osób z cukrzycą w Europie.
Cele FEND:

1. rozwijanie i promowanie profesjonalnej roli pielęgniarki diabetologicznej w Europie
2. wpływanie na politykę opieki zdrowotnej w Europie związanej z opieką diabetologiczną i badaniami naukowymi
3. promowanie akceptowalnych standardów i jednorodnej opieki nad ludźmi z cukrzycą w Europie
4. współpraca z krajowymi i międzynarodowymi organizacjami opieki zdrowotnej w Europie

Zarządzaniem FEND zajmuje się Komitet Wykonawczy na zasadach wolontariatu. Sponsoring, fundusze i opłaty członkowskie umożliwiają: planowanie konferencji, wynajęcie miejsc na konferencję, catering i drukowanie materiałów konferencyjnych, koszty podróży i zakwaterowanie dla kluczowych wykładowców, opłaty na projekty uczestników kursu ENDCUP, zakwaterowanie dla studentów, materiały na kurs, opłaty administracyjne na kurs, opłaty za telefony i internet.

Główne posiedzenie Zarządu FEND odbywa się podczas corocznej dwudniowej konferencji poprzedzonej konferencją EASD. Uczestnictwo w konferencjach FEND wzrasta i z każdym rokiem przyciąga nie tylko pielęgniarki ale przedstawicieli innych ważnych zawodów opieki zdrowotnej w diabetologii. Podczas konferencji główni eksperci europejscy w dziedzinie diabetologii przedstawiają kluczowe doniesienia, które dotyczą dyscyplin medycznej opieki pielęgniarskiej, dietetyki, psychologii i diabetologii. FEND ustanowił roczną nagrodę za badania pielęgniarskie w diabetologii – pierwsza nagroda była przyznana w 1999 roku. Raport FENDu jest opublikowany po konferencji w międzynarodowym czasopiśmie wydawanym przez FEND.

W ostatnich czterech latach FEND współpracował z uniwersytetami w rozwijaniu programu FEND ENDCUP w: Londynie, Barcelonie, Upsali. Obecnie program ukończyło 100 pielęgniarek w Europie, w którym nadal uczestniczą poprzez nauczanie pielęgniarek w swoich krajach.

EASD – The European Association for the Study of Diabetes Europejskie Stowarzyszenie Edukacji w Diabetologii

EASD zostało założone w Montecatini we Włoszech w 1965 przez dra Josepha Hoeta. Celem EASD jest wspieranie badań naukowych w dziedzinie diabetologii, szerzenie i ułatwienie przyswajania wiedzy z tego zakresu.

Stowarzyszenie oparte jest na indywidualnym członkostwie. Obejmuje naukowców, fizyków, pracowników laboratoryjnych, pielęgniarki oraz studentów z całego świata zajmujących się diabetologią i naukami pokrewnymi.

Członkiem Stowarzyszenia może zostać osoba posiadająca tytuł medyczny lub naukowy, która regularnie uiszcza opłaty na rzecz Stowarzyszenia (członkowie poniżej 35. roku życia – €67; powyżej 35. roku życia – €100). Podczas generalnych zjazdów stowarzyszenia członek ma prawo głosu i wyboru Zarządu oraz Komitetu Wykonawczego. Stali członkowie otrzymują oficjalny miesięcznik stowarzyszenia, Diabetologia, zawierający artykuły na temat cukrzycy. Liczba aktywnych członków stowarzyszenia sięga obecnie 7,000 osób z ponad 110 krajów świata. Osoby zasłużone na polu medycznym i naukowym, w dziedzinie diabetologii, Stowarzyszenie nagradza Członkostwem Honorowym. Pierwszym uhonorowanym tym wyróżnieniem został Charles Best. Stowarzyszenie prowadzone jest przez Zarząd i Komitet Wykonawczy powoływany przez Przewodniczącego. Coroczne spotkania Stowarzyszenia odbywają się za każdym razem w innym mieście Europy. Zapraszani są zarówno członkowie jak i osoby spoza Stowarzyszenia. Po zakończeniu spotkania, najważniejsze wykłady publikowane są na stronie internetowej Stowarzyszenia. Najbliższe spotkanie odbędzie się w Sztokholmie 20-24 września 2010 roku.

Stowarzyszenie przyznaje co roku 4 nagrody główne: Nagrodę Castelli Pedroli, Medal Claude Bernarda, Nagrodę Minkowskiego oraz Nagrodę Alberta Renolda. Stowarzyszenie zawiązało następujące grupy naukowe: Artificial Insulin Delivery System (AIDPIT); Diabetes Education Study Group (DESG); Diabetic Pregnancy Study Group (DPSG); Diabetes Neuropathy Study Group (NEURODIAB); EASD Eye Complication Study Group (EASDEC); European Diabetic Nephropathy Study Group (EDNSG); EASD Islet Study Group; European Diabetes Epidemiology Group (EDEG); Diabetes and Nutrition Study Group (DNSG); Psychosocial Aspects of Diabetes (PSAD); Diabetic Foot Study Group (DFSG); EASD Study Group on Primary Care Research in Diabetology (PCD); Diabetes Economic and Care Delivery (DECADE); Genetics of Diabetes Study Group; Diabetes and Cardiovascular Disease Study Group (D&CVD).

W 1999 roku Europejskie Stowarzyszenie Edukacji w Diabetologii chcąc zwiększyć swoje zaangażowanie w badania diabetologiczne w Europie zawiązało Europejską Federację Edukacji w Diabetologii. Federacja jest ściśle powiązana ze Stowarzyszeniem, mimo że zarządzana jest wyłącznie przez Komitet Wykonawczy Stowarzyszenia, ścisły nadzór sprawuje Zarząd Stowarzyszenia. Fundacja jest organizacją non-profit.

Relację przygotowały Alicja Szewczyk, Mirosława Młynarczuk, Iwona Pilarczyk-Wróblewska oraz Beata Stepanow

PROFESJONALNE PIELĘGNIARSTWO SYSTEMU RATOWNICTWA MEDYCZNEGO W POLSCE – WSPARCIE KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO – INFORMACJA DOTYCZĄCA PROJEKTU

Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych informuje, że 28 września 2009 r. został zatwierdzony do wdrożenia przez Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych projekt „Profesjonalne pielęgniarstwo systemu ratownictwa medycznego w Polsce – wsparcie kształcenia podyplomowego", realizowany w ramach działania 2.3. PO KL.

W dniu 30.09.2009 r. Minister Zdrowia wydał Decyzję w sprawie dofinansowania w/w projektu, współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Działania 2.3. Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Nr decyzji: POKL.02.03.02-00-007/09-00.

Celem projektu jest podniesienie kwalifikacji i umiejętności z zakresu pielęgniarstwa ratunkowego przez 3 500 pielęgniarek/pielęgniarzy w okresie 5 lat.

Zadaniem projektu jest wsparcie systemu ratownictwa medycznego w Polsce poprzez sfinansowanie kształcenia pielęgniarek/pielęgniarzy w ramach bezpłatnego kursu kwalifikacyjnego „Pielęgniarstwo ratunkowe" oraz kursu specjalistycznego „Resuscytacja krążeniowo-oddechowa".

Projekt obejmuje swoim zasięgiem obszar całej Polski i przeszkolonych zostanie w okresie od 2010 roku do końca 2014 roku 3 500 pielęgniarek/4 pielęgniarzy.

Z kształcenia mogą skorzystać osoby zarówno zatrudnione w Systemie Ratownictwa Medycznego, jak i osoby spoza Systemu. Dla części pielęgniarek/pielęgniarzy (1 100 miejsc), którzy zadeklarują chęć udziału w kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego – istnieje również możliwość sfinansowania kształcenia w ramach kursu specjalistycznego „Resuscytacja krążeniowo-oddechowa" – którego ukończenie jest warunkiem przystąpienia do kursu kwalifikacyjnego.

Projektem zostaną objęte pielęgniarki/pielęgniarze, spełniający podstawowe wymogi formalne do uczestniczenia w kursie kwalifikacyjnym (roczny staż pracy w zawodzie i prawo wykonywania zawodu) oraz kursie specjalistycznym (trzymiesięczny staż pracy w zawodzie i prawo wykonywania zawodu) zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz.U. Nr 197, poz. 1923).

Kursy będą prowadzone przez podmioty (Organizatorzy kształcenia) posiadające uprawnienia do realizacji kształcenia podyplomowego pielęgniarek/pielęgniarzy w ramach w/w kursów, wyłonione w trybie zamówień publicznych.
Projekt został opracowany w Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych. Wszelkie informacje dotyczące przebiegu projektu można uzyskać pod numerem telefonu 022 592 34 63 (kierownik projektu – Elżbieta Rusin-Pawełek) oraz stronie www.ckppip.edu.pl.

Zapraszamy do udziału w projekcie

Dyrektor CKPPiP
dr Barbara Kot-Doniec

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

CENTRUM KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI FUNDUSZ SPOŁECZNY

WYKAZ KONFERENCJI DIABETOLOGICZNYCH W ROKU 2010

NOWOŚCI W CUKRZYCY

9.01.2010 r. Warszawa (Hotel Sofitel Victoria ul. Królewska 11)

ORGANIZATOR:
Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Diabetologii i Nefrologii w Zabrzu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
Klinika Chorób Wewnętrznych, Endokrynologii i Diabetologii CSK MSWiA w Warszawie

PATRONAT:
Polskie Towarzystwo Diabetologiczne
Szczegółowe informacje na stronie:

http://www.cukrzyca.info.pl/pt/konferencje/event/1224.html

GLP-1 I TERAPIE OPARTE O ONKRETYNY. PRZEŁOM W LECZENIU CUKRZYCY TYPU 2

23.01.2010 r. Warszawa (Hotel Hyatt, ul. Belwederska 23)

ORGANIZATOR:
Katedra i Klinika Gastroenterologii i Chorób Przemiany Materii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie
Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Diabetologii i Nefrologii w Zabrzu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

PATRONAT:
Polskie Towarzystwo Diabetologiczne
Szczegółowe informacje na stronie:

http://www.cukrzyca.info.pl/pt/konferencje/event/1250.html

XII KONFERENCJA CUKRZYCY TYPU 1

9.04.2010 r. Gdańsk (Polska Filharmonia Bałtycka, Ul. Ołowianka 1)

ORGANIZATOR:
Sekcja Pediatryczna Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego
Polskie Towarzystwo Diabetologiczne

Szczegółowe informacje na stronie:
http://www.cukrzyca.info.pl/pt/konferencje/event/1225.html

V KARPACKA KONFERENCJA DIABETOLOGICZNA

13.05-16.05.2010 r. Wisła (Hotel Gołębiewski, ul. Ks. Bp. Bursche 3)

ORGANIZATOR:
Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Diabetologii i Nefrologii w Zabrzu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
Katedra i Klinika Chorób Metabolicznych Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

PATRONAT:
Polskie Towarzystwo Diabetologiczne

Szczegółowe informacje na stronie:
http://www.cukrzyca.info.pl/pt/konferencje/event/1226.html

XIV OGÓLNOPOLSKIE SYMPOZJUM DIABETOLOGICZNE DIABETICA EXPO 2010

18.09-19.09.2010 r. Toruń,
(Aula Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, ul. Gagarina 11)

Szczegółowe informacje na stronie:
http://www.expo-andre.pl/

KARDIODIABETOLOGIA XXI WIEKU III NAUKOWY ZJAZD POLSKIEGO TOWARZYSTWA KARDIODIABETOLOGICZNEGO

15-17.04.2010 r. Warszawa (Hotel Gromada, ul. 17 stycznia 32)

Szczegółowe informacje na stronie:
http://konferencje.termedia.pl/?Kardiodiabetologia_XXI_wieku_O_kongresie&e=46&p=424

Obrona pracy doktorskiej…

Dorota Herbut przyjmuje gratulacje

Dorota Herbut po obronie pracy

Gdy rozpoczynałam czteroletnie Studia Doktoranckie czas ich zakończenia wydawał mi się bardzo odległy. Godzinami siedziałam w czytelni, Internecie… Właściwie cały swój czas poświęcałam pracy zawodowej i nauce. I tak, krok po kroku, powstała praca związana z chorymi na cukrzycę, z którymi pracuję już kilkanaście lat. Po otwarciu przewodu doktorskiego i zdaniu wszystkich obowiązujących egzaminów, na posiedzeniu Rady II Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Anglojęzycznym Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, został wyznaczony termin obrony mojej pracy doktorskiej. 29 maja 2009 roku o godzinie 13.00 do Sali Senackiej w uroczystych strojach weszli: prof. Mirosław Jabłoński – przewodniczący komisji, prof. Andrzej Nowakowski – promotor, prof. Jadwiga Daniluk, Ks. Prof. Marian Stepulak – recenzenci oraz prof. Andrzej Wysokiński, prof. Andrzej Tomaszewski, prof. Jerzy Tarach, prof. Andrzej Papierkowski – czterej członkowie komisji. Na wstępie przewodniczący komisji powitał wszystkich zebranych, zaś promotor przedstawił tzw. „sylwetkę doktoranta", czyli mój życiorys, przebieg pracy zawodowej oraz dorobek naukowy. Dalszym etapem była prezentacja pracy, którą przygotowałam w formie multimedialnej na 37 slajdach. Po zakończeniu prezentacji recenzenci przeczytali swoje recenzje, do uwag zawartych w nich musiałam się ustosunkować i odpowiedzieć na zawarte w nich pytania. Następnie rozpoczęła się dyskusja, w ramach której odpowiadałam na pytania dotyczące pracy zadawane przez członków komisji. Po zakończeniu dyskusji przewodniczący komisji poprosił wszystkich o opuszczenie sali. Był to moment wyczekiwania a zarazem radości, że już po wszystkim, tym bardziej że wszyscy moi znajomi będący na obronie już mi gratulowali a ja czekałam na ten ostateczny moment. Po kilkunastu minutach poproszono nas o wejście na salę, gdzie przewodniczący komisji przedstawił wynik głosowania z pozytywną oceną oraz wystąpieniem do Rady Wydziału o nadanie stopnia doktora. Potem były gratulacje i podziękowania, radość i wzruszenie. 7 czerwca 2009 roku na posiedzeniu Rady Wydziału został nadany mi stopień doktora nauk medycznych. Uroczysta inauguracja i wręczenie dyplomów, odbędzie się w grudniu br.

Dorota Herbut

Subiektywna ocena jakości życia pacjentów z cukrzycą typu 1, uwarunkowana stanem ich zdrowia

DOROTA HERBUT | fragment pracy doktorskiej napisanej w Katedrze i Klinice Endokrynologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Promotor: prof. dr hab. n. med. Andrzej Nowakowski

Wstęp

Pierwsze wzmianki o cukrzycy pochodzą sprzed kilku tysięcy lat, zaś najstarszy opis tej choroby pochodzi z 1550 roku p.n.e. Stosowana do dziś łacińska nazwa cukrzycy to dosłownie moczówka cukrowa. Przez wiele lat odkrywano tajniki choroby, poszukiwano przyczyn cukrzycy i skutecznego leku zatrzymującego rozwój choroby prowadzącej w krótkim czasie do śmierci. Przełomem w leczeniu było odkrycie insuliny w 1921 roku i jej kliniczne zastosowanie. Mimo znacznego postępu nauk medycznych, cukrzyca nadal zbiera ogromne żniwa osób z powikłaniami i powoduje pogorszenie stanu zdrowia i ogólnego samopoczucia.

Cel pracy

Celem niniejszej pracy była odpowiedź na pytanie, jaka jest subiektywna ocena stanu zdrowia pacjentów z cukrzycą typu 1.

Problemy i hipotezy badawcze

Analizując problemy chorych na cukrzycę typu 1 nasuwają się następujące problemy badawcze: czy pacjenci z cukrzycą leczeni w otwartych placówkach medycznych mają wyższą subiektywną ocenę swego stanu zdrowia niż pacjenci leczeni w placówkach zamkniętych? Jakie zmienne pozwalają przewidzieć subiektywną ocenę stanu zdrowia pacjentów z cukrzycą typu 1?

Metody i narzędzia badawcze

W pracy zastosowaną metodą badawczą był sondaż diagnostyczny przeprowadzony techniką ankietową. Subiektywna ocena stanu zdrowia została dokonana na podstawie danych uzyskanych przy pomocy kwestionariusza SF-36v2. Kwestionariusz SF-36v2 zawiera 36 pytań zgrupowanych w podskalach, pozwalających mierzyć 8 aspektów zdrowia takich jak: funkcjonowanie fizyczne (FF), ograniczenia roli w funkcjonowaniu fizycznym (RF), odczuwanie bólu fizycznego (BF), ogólny stan zdrowia (OZ), witalność (W), funkcjonowanie społeczne (FS), ograniczenia roli w funkcjonowaniu emocjonalnym (RE) i zdrowie psychiczne (ZP). Pierwsze cztery aspekty są składowymi łącznej miary zdrowia fizycznego (MZF), zaś cztery pozostałe składają się na łączną miarę zdrowia psychicznego (MZP). Zastosowane narzędzie badawcze służy do badania jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (Medical Outcome Study Health Survey 36-item Short Form version 2). Ocena stanu zdrowia odnoszona była do stanu sprzed 4 tygodni. Zgodnie z obowiązującymi zasadami zawarto umowę licencyjną na użycie narzędzia badawczego oraz uzyskano pisemną zgodę Komisji Bioetycznej.

Organizacja i przebieg badań

Badania ankietowe przeprowadzono w okresie od grudnia 2006 r. do maja 2007 r., w pięciu lubelskich placówkach medycznych: dwóch szpitalach i trzech poradniach specjalistycznych. Badaną grupę stanowiło 200 osób chorych na cukrzycę typu 1. Kryteria włączenia do badania to: cukrzyca typu 1, wiek powyżej 18 lat, zdolność do wypełnienia ankiety, zgoda chorego na udział w badaniu. Analizę statystyczną zebranego materiału przeprowadzono w Ośrodku Obliczeniowym Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego im. Jana Pawła II w Lublinie.

Charakterystyka badanej populacji

W skład badanej grupy weszło 200 osób, które w zależności od miejsca przeprowadzonego badania podzielono na dwie grupy. Pierwsza grupa to osoby, które kwestionariusz ankiety wypełniały przy okazji kontrolnej wizyty w poradni diabetologicznej. Wśród badanych było 37 kobiet (37%) i 63 mężczyzn (63%). Druga grupa to osoby, które kwestionariusz ankiety wypełniały podczas swego pobytu w szpitalu. Było to 50 kobiet (50%) i 50 mężczyzn (50%). Powyższe dane przedstawia tabela 1.

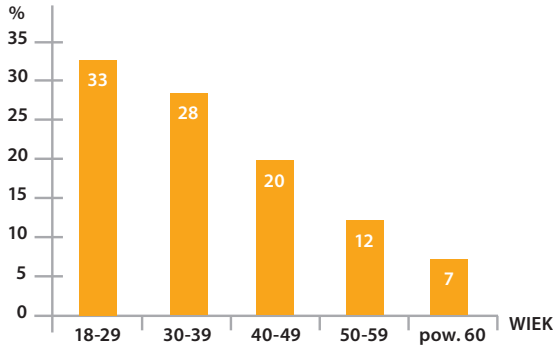
Tabela 1. *Płeć badanych osób*

płeć	typ placówki				razem	
	poradnia		szpital			
	n	%	n	%	n	%
kobiety	37	37	50	50	87	43,5
mężczyźni	63	63	50	50	113	56,5
razem	100	100	100	100	200	100

$\chi^2 = 3{,}48$, df = 1, p = 0,063

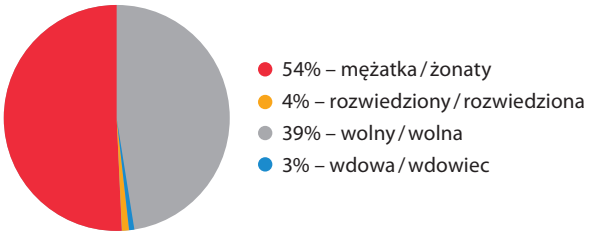
Badani pacjenci byli w różnym wieku. Największą liczbę stanowiły osoby młode w wieku 18-29 lat (33%) i 30-39 lat (28%), zaś najmniejszą osoby powyżej 60 roku życia (7%). Osób w przedziale wieku 40-49 lat i 50-59 lat było odpowiednio 20% i 12%. Jak pokazano na wykresie 1, liczba osób w poszczególnych przedziałach wiekowych zmniejszała się wraz ze wzrostem wieku.

Wykres 1. Wiek badanych osób



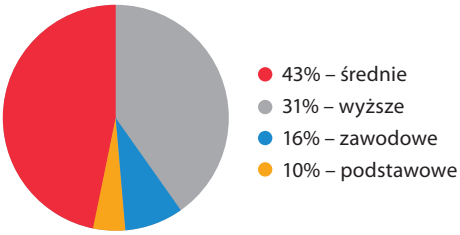
Wśród badanych chorych ponad połowę stanowiły osoby będące w związku małżeńskim (54%) oraz osoby stanu wolnego (39%). Pacjenci, którzy są w stanie wolnym z powodu rozwodu (4%) czy śmierci współmałżonka (3%) stanowili niewielką grupę. Stan cywilny respondentów przedstawia wykres 2.

Wykres 2. Stan cywilny badanych osób



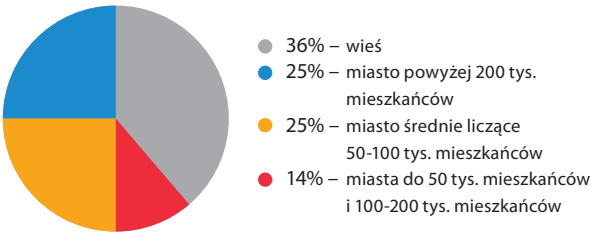
Najliczniejszą grupę w badanej populacji stanowiły osoby z wykształceniem średnim (43%) i wyższym (31%). Wykształcenie zawodowe posiada 16% badanych, a podstawowe 10% ankietowanych osób. Dane o wykształceniu zawarto na wykresie 3.

Wykres 3. Wykształcenie badanych osób



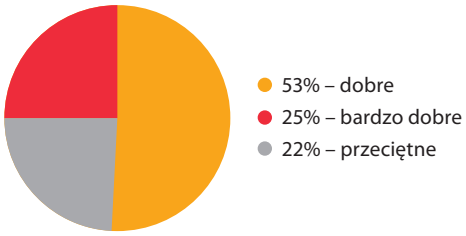
Miejscem zamieszkania większości osób jest wieś (36%). Również duża grupa (25%) zamieszkuje w dużych miastach powyżej 200 tys. mieszkańców i tyleż samo (25%) w miastach średnich liczących 50-100 tys. mieszkańców. Pozostali badani są mieszkańcami miast do 50 tys. i 100-200 tys. mieszkańców. Dokładne dane obrazuje wykres 4.

Wykres 4. Miejsce zamieszkania badanych osób



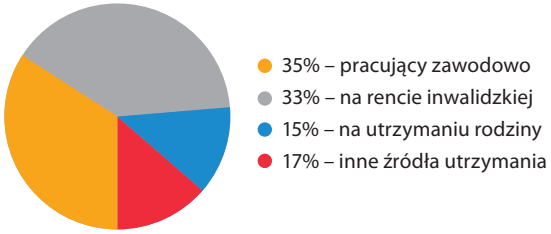
Większość badanych pacjentów oceniło swoje warunki mieszkaniowe jako dobre (53%) i bardzo dobre (25%). Pozostałe badane osoby uważają, że ich warunki mieszkaniowe są przeciętne. Powyższe dane przedstawia wykres 5.

Wykres 5. Warunki mieszkaniowe badanych osób



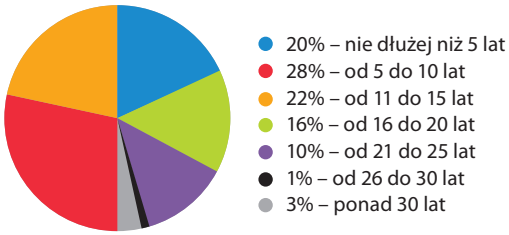
Ankietowani podawali różne źródła utrzymania (wykres 6). Największą grupę stanowili respondenci pracujący zawodowo (35%) oraz osoby przebywające na rencie inwalidzkiej (33%). 15% jest na utrzymaniu rodziny, natomiast 17% to osoby podające inne niż wymienione źródła utrzymania (między innymi: zasiłek, emerytura).

Wykres 6. Źródło utrzymania badanych osób



W celu zapoznania się z danymi charakterystycznymi dla cukrzycy, pacjenci odpowiadali na pytania specyficzne dla tej choroby. Na tej podstawie uzyskano informacje między innymi dotyczące czasu trwania cukrzycy, schematu stosowanej insulinoterapii, istnienia powikłań i chorób współistniejących czy posiadania sprzętu specyficznego dla schorzenia.
W badanej populacji największą grupę stanowiły osoby chorujące na cukrzycę od 5 do 10 lat (28%), od 11 do 15 lat (22%) i osoby z cukrzycą trwającą nie dłużej niż 5 lat (20%). Mniejszą grupą byli chorzy z cukrzycą od 16 do 20 lat (16%) i od 21 do 25 lat (10%). 3% badanych to osoby z ponad 30 letnim stażem choroby i tylko 2 osoby (1%) chorujące od 26 do 30 lat. Powyższe informacje przedstawiono na wykresie 7.

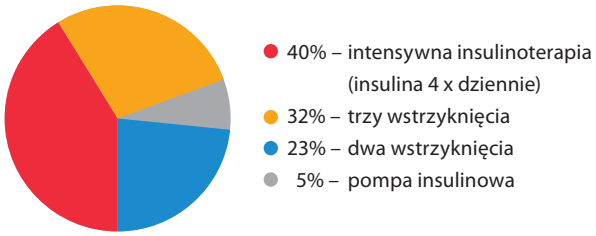
Wykres 7. Czas trwania cukrzycy badanych osób



Wszyscy ankietowani pacjenci leczeni są insuliną podawaną wg różnych schematów insulinoterapii. Najwięcej osób (40%) jest na tzw. intensywnej insulinoterapii (insulina 4 x dziennie) i nieco mniej (32%) na trzech wstrzyknięciach insuliny. Dwa razy dziennie insulinę przyjmuje 23% badanych, zaś tylko 5%

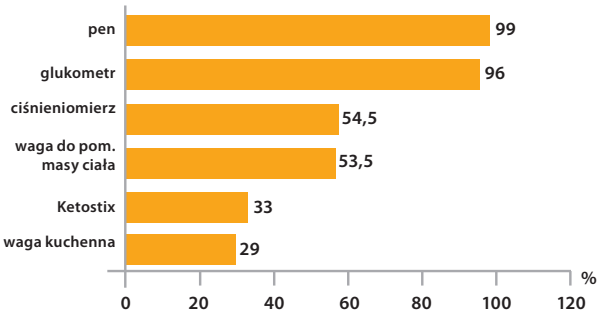
chorych posiada osobistą pompę insulinową. Schemat stosowanej insulinoterapii wśród badanych pacjentów obrazuje wykres 8.

Wykres 8. Schemat stosowanej insulinoterapii



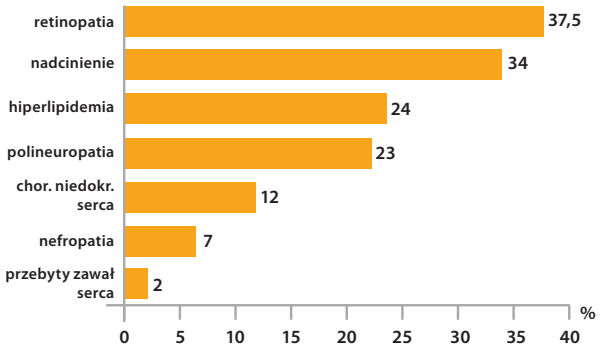
W badanej populacji najczęściej posiadanym sprzętem jest wstrzykiwacz insulinowy (100%) i glukometr (96%). Należy dodać, że grupa pacjentów stosujących osobiste pompy insulinowe posiada również wstrzykiwacze. Niewiele ponad połowę badanych dysponuje ciśnieniomierzem (54,5%) i wagą do pomiaru masy ciała (53,5%). Najmniej osób posiada wagę kuchenną (29%) i paski do oznaczania acetonu w moczu Ketostix (33%). Powyższe dane ukazuje wykres 9.

Wykres 9. Rodzaj posiadanego sprzętu w kolejności częstości jego posiadania



Powikłaniem cukrzycy występującym najczęściej wśród respondentów jest retinopatia (37,5%) i polineuropatia (23%), która dotyka odpowiednio 75 i 46 osób spośród 200 badanych. Niemniej często występującą chorobą współistniejącą jest nadciśnienie tętnicze, na co wskazało 68 (34%) osób i zaburzenia gospodarki lipidowej stwierdzone u 48 (24%) osób. Procentowy udział występowania powikłań i chorób współistniejących w badanej grupie ukazuje wykres 10.

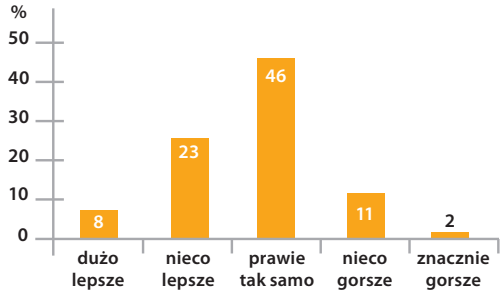
Wykres 10. Powikłania cukrzycy i choroby współistniejące w kolejności częstości ich występowania



Wyniki badań własnych

W ogólnej subiektywnej ocenie obecnego stanu zdrowia w porównaniu do stanu sprzed roku, 46% osób nie stwierdziło większej różnicy. Wśród badanych były osoby, które zauważyły niewielką (33%) i osoby, które zauważyły znaczną (8%) poprawę swego stanu zdrowia. Niewielkie pogorszenie stanu zdrowia wystąpiło u 11% osób, natomiast znacznie gorzej czuje się 2% badanych (wykres 11).

Wykres 11. Subiektywna ocena zdrowia w porównaniu do stanu sprzed roku



W celu odpowiedzi na pytanie, czy samoocena zdrowia i wpływu choroby na funkcjonowanie pacjentów w różnych sferach ich życia różni się w zależności od typu placówki leczniczej, zastosowano test T-studenta, co przedstawia tabela 2. Wyniki analiz wskazują, że pacjenci placówek otwartych lepiej oceniają swoje zdrowie w porównaniu do pacjentów placówek zamkniętych, a choroba w mniejszym stopniu zakłóca ich funkcjonowanie w pracy i życiu codziennym.

Tabela 2 Typ placówki a aspekty stanu zdrowia

Aspekty SF-36v2	Poradnia		Szpital		Test t		
	M	s	M	s	t	df	p
FF	80,05	21,37	70,00	27,19	2,91	188	0,004**
RF	71,56	21,38	62,19	26,15	2,78	190	0,006**
BF	65,89	31,04	54,11	29,15	2,77	198	0,006**
OZ	37,65	18,65	33,00	20,21	1,69	198	0,092
W	53,69	22,44	45,69	22,27	2,53	198	0,012*
FS	69,13	23,73	61,63	24,05	2,22	198	0,028*
RE	72,83	20,67	67,00	23,24	1,88	198	0,062
ZP	63,55	15,67	59,85	12,62	1,84	189	0,068

Pacjenci poradni w porównaniu do pacjentów szpitali uzyskali także istotnie wyższe wyniki w zakresie łącznej miary zdrowia fizycznego (MZF). Nie ma natomiast statystycznie istotnych różnic w zakresie łącznej miary zdrowia psychicznego (MZP). Wyniki testu T-studenta przedstawia tabela 3.

Tabela 3. Typ placówki z wskaźnik zdrowia fizycznego (MZF) i psychicznego (MZP)

Wskaźnik miary łącznej	Poradnia		Szpital		Test t		
	M	s	M	s	t	df	p
MZF	51,91	8,35	48,09	8,42	3,22	198	0,002**
MZP	51,20	9,82	48,80	8,96	1,80	198	0,074

Dyskusja

W literaturze przedmiotu najwięcej publikowanych prac i badań dotyczy oceny stanu zdrowia chorych na różne schorzenia na podstawie wyników badań laboratoryjnych i specjalistycznych dla danej choroby. Natomiast w znacznie mniejszym stopniu zwraca się uwagę na ocenę stanu zdrowia dokonywaną przez samego chorego. Mówiąc inaczej: na ile trud włożony w przestrzeganie zasad postępowania w cukrzycy przynosi wymierne korzyści w odczuciu samego chorego, a na ile tylko poprawę wyników leczenia i uzyskania kryteriów wyrównania cukrzycy.

Biorąc pod uwagę rodzaj placówek, w których przebywały osoby podczas przeprowadzanych badań ankietowych, ocena stanu zdrowia jest inna u osób przychodzących po poradę, czy na wizytę kontrolną do poradni, a inna u osób które z różnych przyczyn i problemów zdrowotnych przebywały w tym czasie w szpitalu.

Szpitale jako placówki zamkniętej opieki zdrowotnej mają inny potencjał świadczenia usług leczniczo-pielęgnacyjno-edukacyjnych niż placówki otwarte, do jakich należą poradnie. W szpitalu kontakt z pacjentem jest dłuższy i częstszy, ponieważ jego pobyt trwa minimum kilka dni. Wśród badań i przeprowadzonych analiz wciąż większą uwagę zwraca się na jakość leczenia i opieki zdrowotnej oraz związanym z nią kontraktowaniem usług medycznych, niż na jakość życia ludzi z tą chorobą. W poradni kontakt ten jest bardzo ograniczony i często sprowadza się do wypisania recept na środki farmakologiczne, skierowania na badania kontrolne, czy udzielenie wskazówek związanych z postępowaniem i radzeniem sobie z cukrzycą w różnych sytuacjach życiowych.

Także biorąc pod uwagę ogólny stan zdrowia chorych, do poradni w większości przychodzą osoby na wizyty kontrolne, czyli ludzie w dość dobrej kondycji fizyczno-psychicznej, natomiast w szpitalach przebywają najczęściej osoby w mniej lub bardziej złym stanie ogólnym, z niewyrównaną cukrzycą i jej powikłaniami. Inną grupę stanowią tu chorzy ze świeżo rozpoznaną cukrzycą, którzy nieświadomi swojej choroby prowadzili tryb życia, nie uwzględniając zasad postępowania w cukrzycy, które ograniczałyby im swobodę życia, chyba że ograniczenia spowodowały pojawiające się objawy jeszcze nie zdiagnozowanej cukrzycy. Na tej podstawie można by przypuszczać, że stan zdrowia i jakość życia chorych na cukrzycę wypełniających ankietę w placówkach otwartych jest wyższa, niż osób hospitalizowanych.

W subiektywnej ocenie stanu zdrowia badanych osób, nie wykazano większej różnicy między kobietami a mężczyznami, ich oceny były podobne.

Z analizy badanych przeze mnie osób wynika, że duży wpływ na ocenę stanu zdrowia i samopoczucia ma wiek pacjenta. U pacjentów obu typów placówek medycznych wraz z wiekiem następuje gorsza ocena stanu zdrowia oraz większe zaburzenia w codziennym funkcjonowaniu spowodowane cukrzycą. Im osoba starsza, tym gorzej ocenia swoje zdrowie we wszystkich badanych aspektach. Szczególnie jest to związane z ograniczeniem wykonywania codziennych czynności z powodu problemów emocjonalnych i problemów ze zdrowiem fizycznym. Problemy fizyczne i emocjonalne pacjentów hospitalizowanych w większym stopniu przekładają się na funkcjonowanie w pracy i poza nią oraz bardziej ograniczają aktywność towarzyską. Pacjenci hospitalizowani dodatkowo wraz z wiekiem gorzej oceniali swoją sprawność fizyczną. Również Klein i wsp. [64] zauważył, że osoby starsze w porównaniu do osób młodych niżej oceniały jakość swego życia w zakresie funkcjonowania fizycznego jak i spełniania ról o charakterze fizycznym. Takie same wyniki badań otrzymał Glasgow i wsp. [42] podkreślając, że osoby starsze znacznie gorzej oceniają jakość swojego życia w zakresie funkcjonowania fizycznego i społecznego, ale za to ich stan psychiczny jest znacznie lepszy niż ludzi młodych. Powyższe badania dotyczyły obu typów cukrzycy. O gorszej jakości życia starszych pacjentów z cukrzycą typu 1, mówią również badania przeprowadzone przez Hahl i wsp. [47] oraz badaniach Hart i wsp. [50].

Biorąc pod uwagę wykształcenie respondentów stwierdziłam, że im wyższe jest wykształcenie, tym pacjenci hospitalizowani bardziej pozytywnie oceniali swoje zdrowie i funkcjonowanie we wszystkich badanych sferach.

Wyniki przeprowadzonych przeze mnie badań wskazują, że w obu typach placówek medycznych siła zależności zmiennych demograficznych i jej kierunek znacznie się różnią. W placówkach otwartych występują nieliczne i słabe związki zmiennych demograficznych z ocenami stanu zdrowia i oceną wpływu choroby na funkcjonowanie w różnych sferach życia codziennego. Natomiast w placówkach zamkniętych występuje ścisły związek tych zmiennych z oceną zdrowia i własnego funkcjonowania pod wpływem choroby. Im lepiej badani oceniali swoje warunki mieszkaniowe i im większe uzyskiwali dochody, tym lepiej oceniali swój stan zdrowia i funkcjonowania w różnych sferach życia.

W badaniach Hart i wsp. [50] oraz Peyrot i Rubin [99] osoby stanu wolnego wskazywały na częstsze występowanie symptomów depresji wynikających z cukrzycy niż osoby pozostające w związku małżeńskim czy posiadające życiowego partnera. W badaniach własnych w analizie statystycznej ze względu na małą liczebność, stan cywilny „wolny" odnosił się zarówno do osób nie będących w związku małżeńskim jak również osób rozwiedzionych, w separacji czy owdowiałych. Być może dodatkowy podział wykazałby podobne różnice w ocenie jakości życia.

Najlepszą ocenę ogólnego stanu zdrowia i samopoczucia uzyskali chorzy stosujący osobistą pompę insulinową. Taki sposób leczenia w mniejszym stopniu ogranicza pełnienie ról w funkcjonowaniu fizycznym i emocjonalnym. Osoby leczone osobistą pompą insulinową uzyskały systematycznie lepsze wyniki w porównaniu do osób leczonych innymi metodami. Nieco gorszą ocenę uzyskały osoby leczone metodą intensywnej insulinoterapii. Oprócz tego wraz ze wzrostem liczby wstrzyknięć insuliny, ograniczenia fizyczne i problemy emocjonalne coraz mniej przekładają się na funkcjonowanie zawodowe i pozazawodowe i wpływają na lepszą ocenę samopoczucia. Takie same wyniki uzyskała Hart i wsp. [50], gdzie pacjenci na intensywnej insulinoterapii wyżej ocenili swój stan zdrowia fizycznego niż osoby na 2-3 wstrzyknięciach. W swojej pracy Peyrot i Rubin [100] wykazali, że osoby stosujące osobiste pompy insulinowe lepiej oceniały efekty leczenia, codzienną aktywność i samopoczucie psychiczne.

Również w badaniach własnych lepsze efekty leczenia pod postacią niższych stężeń hemoglobiny glikowanej (HbA1c), a więc bardziej pożądanego, uzyskały osoby posiadające pompę insulinową, a następnie osoby stosujące intensywną insulinoterapię. Wraz ze zmniejszeniem liczby wstrzyknięć insuliny stężenie HbA1c wzrasta.

Ważny wpływ na stężenie HbA1c ma także posiadany przez pacjenta sprzęt służący do leczenia i kontroli cukrzycy. W grupie pacjentów ambulatoryjnych, niższe stężenie HbA1c mają osoby używające wstrzykiwacza insulinowego i/lub pompy insulinowej oraz posiadające glukometr. Pacjenci hospitalizowani podkreślają ponadto rolę posiadania wagi kuchennej i wagi do pomiaru masy ciała.

W badaniach własnych zaobserwowano zależność między stężeniem HbA1c, a występowaniem powikłań cukrzycy. Od wartości HbA1c 7,6% wzrasta częstotliwość występowania choroby niedokrwiennej serca, natomiast od stężenia 6,1% – wzrasta częstotliwość występowania hiperlipidemii.
W zależności od typu placówek u pacjentów ambulatoryjnych z czasem trwania cukrzycy najczęściej występującym powikłaniem jest retinopatia i polineuropatia, zaś wśród pacjentów hospitalizowanych, związek czasu trwania cukrzycy z występowaniem powikłań, oprócz przebytego zawału mięśnia sercowego, jest dość równomierny. Należy zwrócić uwagę, że wynik tego wskaźnika podawali sami ankietowani. Istnieje więc ryzyko popełnienia przez chorych błędu lub celowego wpisania wyników nie zawsze zgodnych ze stanem faktycznym.
Przeprowadzone badania własne wskazują na gorszą oceną ogólnego stanu zdrowia (dotyczą głównie nefropatii i przebytego zawału serca). Jacobson i wsp. [55] także badał chorych na cukrzycę typu 1 za pomocą kwestionariusza SF-36. Stwierdził, że niższe wyniki we wszystkich aspektach były powiązane z istnieniem powikłań cukrzycy.
Czas trwania cukrzycy jest jedną z tych zmiennych, które znacząco wpływają na samooceną zdrowia i ogólnego samopoczucia. W grupie pacjentów hospitalizowanych – im dłużej trwa cukrzyca, tym mniej problemów emocjonalnych. Taka sama zależność występuje w grupie pacjentów ambulatoryjnych, ma ona jednak odwrotny kierunek – im dłużej trwa cukrzyca, tym więcej problemów natury emocjonalnej. U pacjentów poradni wystąpiły jeszcze inne zależności związane z czasem trwania cukrzycy, a mianowicie: im dłużej trwa cukrzyca, tym:
– w większym stopniu ich problemy fizyczne oddziaływają na ogólny stan zdrowia,
– w większym stopniu ból fizyczny przeszkadza w codziennym funkcjonowaniu,
– gorzej oceniają stan swojego zdrowia,
– gorzej oceniają swój stan psychiczny w okresie ostatnich 4 tygodni.
Pacjenci leczeni w otwartych placówkach medycznych lepiej ocenili ogólny stan swojego zdrowia w porównaniu do pacjentów leczonych w placówkach zamkniętych, a cukrzyca w mniejszym stopniu zakłóca ich codzienne funkcjonowanie. Pacjenci ambulatoryjni uzyskali wyższe wyniki w zakresie łącznej miary zdrowia fizycznego, natomiast w zakresie łącznej miary zdrowia psychicznego nie ma różnicy w porównaniu do pacjentów hospitalizowanych.
W zakresie wyniku sumarycznego określającego stopień, w jakim cukrzyca wpływa na ich jakość życia, porównywane grupy pacjentów leczonych w otwartych i zamkniętych placówkach medycznych nie różnią się istotnie między sobą. Potwierdza to także porównanie obu grup pacjentów w zakresie odpowiedzi na pojedyncze pytania dotyczących ogólnej oceny jakości życia bez rozbijania na szczegółowe aspekty, gdzie również nie stwierdzono znaczących różnic.
W ocenie subiektywnej ogólnego stanu zdrowia nie ma istotnie statystycznych różnic w zmiennych takich jak: płeć, zmienne demograficzne pacjentów ambulatoryjnych (wykształcenie, miejsce zamieszkania, warunki mieszkaniowe i dochody).
Różnice statystycznie istotne w samoocenie stanu zdrowia i samopoczucia występują w zmiennych takich jak: stan cywilny, wiek, zmienne demograficzne chorych badanych w szpitalach (wykształcenie, warunki mieszkaniowe, dochody).
Zmiana stanu zdrowia badanych osób nie zależy od zmiennych demograficznych takich jak: płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania, warunki mieszkaniowe, dochód. Dynamikę zmian nie różnicuje też typ placówki medycznej, w której badane były osoby.
Dynamika zmian zależy natomiast od stanu cywilnego, zaś w przypadku pacjentów ambulatoryjnych: od wieku, a w przypadku pacjentów hospitalizowanych od czasu trwania cukrzycy. Ponadto ocena ta związana jest ze stanem cywilnym (żonaci / mężatki oceniają postępy gorzej niż osoby stanu wolnego). Koresponduje to z wcześniej stwierdzonym związkiem oceny dynamiki z wiekiem osoby badanej.
Prezentowana praca oraz różne publikacje i wyniki badań dostarczają nam cennych informacji o tym jak postępowanie terapeutyczne wpływa nie tylko na wyrównanie cukrzycy, ale również na człowieka z tą chorobą, co wyraża jego ogólne samopoczucie i stan zdrowia. Warto więc prowadzić tego typu badania, chociażby po to, aby tę jakość systematycznie poprawiać!

Wnioski

1. Ocenę stanu zdrowia fizycznego pacjentów z cukrzycą typu 1 dokonaną przy pomocy kwestionariusza SF-36v2, na podstawie modelu regresyjnego najlepiej pozwalają przewidywać następujące zmienne: wiek, powikłania cukrzycy, posiadany sprzęt medyczny, adaptacja dawek insuliny przez pacjenta, płeć, stan cywilny i czas trwania cukrzycy.
2. Ocenę stanu zdrowia psychicznego pacjentów z cukrzycą typu 1 dokonaną przy pomocy kwestionariusza SF-36v2, na podstawie modelu regresyjnego najlepiej pozwalają przewidywać następujące zmienne: stopień samodzielności pacjenta, status ekonomiczny, mikroangiopatia, wiek, wykształcenie, płeć, stan cywilny, wyrównanie metaboliczne cukrzycy, warunki socjalne.
3. Porównując subiektywną ocenę fizycznego i psychicznego stanu zdrowia pacjentów z cukrzycą typu 1 leczonych w otwartych i zamkniętych placówkach medycznych, wyższą ocenę uzyskali pacjenci placówek otwartych. Istotnie wyższe wyniki uzyskali oni w zakresie łącznej miary zdrowia fizycznego (MZF). Do modelu regresyjnego skupiającego najważniejsze i wzajemnie nieredundantne uwarunkowania weszły następujące zmienne: wiek, sprzęt medyczny, adaptacja dawek insuliny przez pacjenta, mikroangiopatia. Do modelu regresyjnego skupiającego najważniejsze i wzajemnie nieredundantne uwarunkowania MZF pacjentów placówek zamkniętych weszły dwie zmienne: mikroangiopatia i płeć.
4. W ocenie stanu zdrowia psychicznego (MZP) pacjentów z cukrzycą typu 1 leczonych w otwartych i zamkniętych placówkach medycznych nie stwierdzono istotnych różnic. Do modelu regresyjnego pozwalającego najlepiej przewidywać ocenę zdrowia psychicznego u pacjentów placówek otwartych weszły następujące zmienne: wiek, wykształcenie, status ekonomiczny, wyrównanie metaboliczne cukrzycy, mikroangiopatia i stopień samodzielności pacjenta, zaś w placówkach zamkniętych do modelu regresyjnego weszły zmienne: warunki mieszkaniowe, stopień samodzielności pacjenta i wyrównanie metaboliczne cukrzycy.

Bibliografia

Dostępna u Autorki i w Redakcji.

TWORZENIE WARUNKÓW DO EDUKACJI ZDROWOTNEJ (diabetologicznej)

(część druga) – ROLA I KOMPETENCJE OSÓB PROWADZĄCYCH EDUKACJĘ ZDROWOTNĄ (diabetologiczną)

CREATION OF CONDITION FOR HEALTHY EDUCATION (second part) – ROLE AND COMPETENCE PERSONS LEADING HEALTH EDUCATION

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

STRESZCZENIE

W poniższym tekście analizowane jest zagadnienie kompetencji osób prowadzących edukację zdrowotną jako jeden z jej warunków. Chociaż edukacja zdrowotna jest obecnie uznana za jeden z podstawowych elementów leczenia chorób przewlekłych, to jednak do tej pory nie istnieje ani zawód edukatora, ani nie ma opracowanych kompetencji dla osób zajmujących się edukacją przewlekle chorych. W zaistniałej sytuacji pozostaje korzystać z doświadczeń i dorobku innych dyscyplin naukowych w tym zakresie. Od dawna wiadomo, że działania medyczne są bardziej skuteczne, jeśli czerpią z doświadczeń pedagogiki. W tym artykule zaprezentowane jest pojęcie kompetencji w ujęciu pedagogicznym oraz próba ich modyfikacji dla potrzeb osób zajmujących się edukacją przewlekle chorych. Problematyka kompetencji jest problematyką ciągle otwartą. Zachęcam zatem czytelników do dzielenia się na łamach tego magazynu swoimi doświadczeniami w tym zakresie.

SŁOWA KLUCZE

rola, kompetencje, edukacja zdrowotna

WSTĘP

Prowadzenie edukacji zdrowotnej powinno być wiązane z podstawową rolą zawodową wszystkich pracowników służby zdrowia. Niekwestionowaną rolę w tym zakresie przypisuje się jednak pielęgniarce. Należy jednak przyznać, że pod względem kompetencji do edukacji zdrowotnej ta grupa zawodowa posiada „mocne" i „słabe" strony. Jak zauważa B. Woynarowska „pracownicy służby zdrowia posiadają wiedzę medyczną, ale niedostateczna jest ich wiedza i umiejętności w zakresie metodyki uczenia się i nauczania. Często też zbyt wąsko rozumieją edukację zdrowotną, jako przekazywanie pacjentom rad i wskazówek, co powinni robić i jak zachowywać się w zdrowiu i chorobie, z wyraźną tendencją do: moralizowania, nadużywania techniki „straszenia", tworzenia dystansu (ekspert – laik)" [1]. Liczne badania w tym zakresie prowadzone zarówno w Polsce jak i w innych krajach dowodzą słuszności powyższego stwierdzenia. Tymczasem, nie można oczekiwać skutecznej edukacji (szczególnie w przypadku choroby przewlekłej) jeśli osoba nauczająca posiada tylko „połowę" umiejętności. W ostatnich latach w edukacji zdrowotnej dokonały się istotne zmiany ról i zachowań edukującego i edukowanego.

Edukujący:
- „jest przewodnikiem (doradcą, liderem, animatorem) uczących się,
- nie wchodzi w rolę „eksperta" („mistrza"), który „musi wszystko wiedzieć", ogranicza ocenianie, komentarze, narzucanie własnego zdania, ma odwagę powiedzieć: „nie wiem, ale sprawdzę i odpowiem" lub „nie wiem, sprawdźmy wspólnie", czyli ma prawo do niewiedzy oraz uczenia się od uczestników i razem z nimi,
- organizuje uczenie się – stawia zadania, pytania, motywuje do pracy, kontroluje czas jej trwania,
- posiada (i doskonali) umiejętność komunikowania się z ludźmi, tworzenia atmosfery bezpieczeństwa i zaufania,
- umie zachować równowagę między ustalonym programem, a potrzebami uczących się (grupy lub poszczególnych jej członków).

Edukowany rozwija własne umiejętności:
- samodzielności w uczeniu się, wzbogacaniu doświadczeń,
- akceptowania własnej odpowiedzialności za uczenie się,
- rozumienia własnych potrzeb w zakresie uczenia się,

– poznawania własnego stylu uczenia się i preferencji sensorycznych,
– odnoszenia zdobywanej wiedzy i umiejętności do własnej sytuacji i potrzeb,
– budowania własnego systemu wsparcia w uczeniu się" [1].

Wymienione zmiany ról i zachowań w relacjach nauczający – uczący się, mające na celu przygotowanie chorego do funkcjonowania w nowej rzeczywistości, jaką spowodowała choroba wymagają posiadania wysokich kompetencji osoby uczącej. Celem tego tekstu, jest przybliżenie zainteresowanemu czytelnikowi tychże kompetencji.

DEFINIOWANIE I RODZAJE KOMPETENCJI

W literaturze przedmiotu można odnaleźć wiele definicji pojęcia „kompetencje". Przyjmuję jednak, że ze względu na charakter podjętej w tekście problematyki szczególnie przydatne w tym miejscu są definicje kompetencji zawodowych nauczyciela. Zatem zasadne wydaje się, aby analizę tego pojęcia rozpocząć od definicji najogólniejszej. W pedagogice kompetencja traktowana jest jako „zdolność do osobistej samorealizacji i jest podstawowym warunkiem wychowania oraz uważana jest jako rezultat procesu uczenia się"[2]. Jak łatwo zauważyć podkreśla się w niej przede wszystkim rolę samo edukacji osoby nauczającej. Można zatem wnioskować, że aby być nauczycielem (edukatorem) kompetentnym konieczne jest ciągłe podnoszenie poziomu wiedzy. Edukacja powinna mieć charakter edukacji permanentnej, trwającej całe życie. Kompetencje można traktować również jako „zdolność i gotowość do wykonywania zadań na określonym poziomie", albo „wyuczoną umiejętność robienia rzeczy dobrze, rozwinięte sprawności niezbędne do radzenia sobie z problemami"[3]. W powyższych definicjach akcentuje się przede wszystkim własne zaangażowanie nauczyciela (edukatora) ale również potrzebę ciągłego podnoszenia wiedzy. J. Bulska powołując się na G. Koć – Seniuch pojęcie kompetencji ujmuje w „trojaki sposób":

1. Jest ona wynikiem socjalizacji, w związku z tym wyraża podmiotowe doświadczenie człowieka i jego wiedzę. Cechuje ją zatem dynamika i rozwój, zawiera w sobie to, co było. Dzięki wychowaniu i procesom socjalizacji przyswajamy umiejętność adekwatnego, stosownego do przyjętych norm i standardów zachowania się.
2. Pojęcie kompetencji kryje w sobie to, co jest – oczekiwania wobec naszej gotowości i jakości wykonywania zadań, umiejętnego spełniania określonych potrzeb społecznych czy indywidualnych. Kompetentnemu działaniu zawsze towarzyszy świadomość potrzeby i skutków tego działania.
3. Atrybutem pojęcia kompetencji jest także antycypacja, zjawisko związane z dokonywaniem wyborów i podejmowaniem decyzji, a to z kolei wiąże się z szeroko rozumianą umiejętnością wartościowania i ewaluacji, z perspektywą działania i przyjmowaniem odpowiedzialności za decyzje i skutki działania"[4].

Naukowcy zajmujący się problematyką kompetencji nauczyciela (edukatora) podkreślają, że w przygotowaniu do wykonywania tej profesji istotnego znaczenia nabierają takie kompetencje jak:

– „kompetencje interpersonalno-komunikacyjne, które wyrażają się umiejętnościami w zakresie rozumienia i definiowania każdej sytuacji edukacyjnej,
– kompetencje kreatywności i racjonalności, które wyrażają się informacyjnością i skutecznością podejmowanych działań edukacyjnych,
– kompetencje współdziałania, które przejawiać się mogą w skutecznych zachowaniach prospołecznych na płaszczyźnie pracy z uczniami i ich rodzicami,
– kompetencje pragmatyczne, polegają na opanowaniu umiejętności planowania i organizowania pracy z uczniami z wykorzystaniem podstawowej wiedzy psychopedagogicznej i metodycznej oraz na realizacji i ewaluacji procesów edukacyjnych,
– kompetencje informatyczno-medialne, które wyrażają się umiejętnością wykorzystania technologii informacyjnej"[5].

Dla analizowanego zagadnienia ważny jest również podział na kompetencje: specjalistyczne, dydaktyczne i psychologiczne, którego dokonała H. Hamer. Zdaniem autorki kompetencje specjalistyczne to wiedza i umiejętności w zakresie analizowanego przedmiotu, w przypadku edukatora zdrowia zajmującego się nauczaniem osób z cukrzycą, to wiedza z zakresu cukrzycy. Wiedzę tę należy ciągle doskonalić, pogłębiać, uzupełniać. Nieocenionym źródłem doskonalenia wiedzy są: ciągła samoedukacja, udział w szkoleniach i konferencjach naukowych z zakresu diabetologii. Należy także podkreślić znaczenie wymiany doświadczeń między edukatorami. W ramach kompetencji dydaktycznych podkreśla się znaczenie umiejętności planowania zajęć (szkoleń), zarówno w perspektywie czasu (np. na kilka miesięcy) jak i konkretnych lekcji, tzn. konspektów z określeniem celów, metod itp. Kompetencje psychologiczne to umiejętności inspirowania, motywowania uczniów do nauki, integrowania ich w zespół oraz umiejętności menedżerskie. Pozytywne nastawienie do ludzi, umiejętność unikania najczęstszych przyczyn zakłóceń w komunikowaniu, umiejętność porozumiewania się, elastyczność w dostosowywaniu własnego stylu kierowania do stopnia dojrzałości uczniów oraz umiejętność kontrolowania stresu [6].

KOMPETENCJE OSÓB PROWADZĄCYCH EDUKACJĘ ZDROWOTNĄ

Zmieniająca się rzeczywistość zarówno społeczna jak i zdrowotna (dominujące choroby przewlekłe) naszego społeczeństwa wymaga w pracy edukatora zdrowia twórczego podejścia do działania, umiejętności niestereotypowego rozwiązywania problemów, kreowania indywidualnych stylów życia z uwzględnieniem uniwersalnych wartości. Twórczy nauczyciel (edukator zdrowia) stosujący w swej pracy

różnorodne innowacje nie tylko kształci uczniów, ale i sam się rozwija [7]. Jak zauważa B. Woynarowska kompetencje osób prowadzących edukację zdrowotną nie zostały dotychczas w Polsce formalnie określone. Próbę taką podjęto w stosunku do nauczycieli, w związku z wprowadzeniem ścieżki edukacyjnej „edukacja prozdrowotna"[1]. Ponieważ charakter pracy edukatora osób z cukrzycą wynika z tych samych założeń i wymaga podobnych kompetencji, w tym miejscu przedstawię własną propozycję pożądanych kompetencji (skonstruowaną na bazie kompetencji nauczycieli do realizacji edukacji zdrowotnej) edukatora osób z cukrzycą. Należą do nich:

- Wiedza o:
  - zdrowiu i czynnikach je warunkujących,
  - cukrzycy i czynnikach ją warunkujących,
  - profilaktyce powikłań cukrzycy,
  - procesie edukacji zdrowotnej osób przewlekle chorych,
  - promocji zdrowia ze szczególnym uwzględnieniem szpitali promujących zdrowie

- Umiejętności:
  - diagnozowania potrzeb osób z cukrzycą w zakresie edukacji zdrowotnej i planowania na tej podstawie jej programu, z wykorzystaniem wiarygodnych źródeł informacji (programy autorskie lub wybór istniejących programów),
  - stosowania metod wspierających aktywność i uczestnictwo pacjentów oraz tworzenia atmosfery sprzyjającej uczeniu się i dobremu samopoczuciu,
  - motywowania pacjentów do troski o zdrowie i wspierania ich w tych działaniach,
  - ewaluacji procesu i wyników prowadzonej przez siebie edukacji zdrowotnej

- Postawa, którą charakteryzuje:
  - przekonanie, że zdrowie jest wartością dla człowieka oraz zasobem dla społeczeństwa,
  - gotowość do tworzenia wzorców zachowań zdrowotnych dla pacjentów,
  - otwartość na potrzeby innych, empatia, autentyczność,
  - gotowość do doskonalenia własnego zdrowia oraz umiejętności życiowych,
  - gotowość do działań na rzecz tworzenia zdrowego środowiska pracy i nauki.

W edukacji zdrowotnej, zgodnie z koncepcją C. Rogersa, za podstawowe cechy osób prowadzących zajęcia, ułatwiające komunikowanie i uczenie się, uznaje się szacunek, empatię i autentyczność [8].
Podstawowe cechy ułatwiające komunikowanie i uczenie się:

- Szacunek – „bezwarunkowy, pozytywny stosunek" do każdej osoby, traktowanie jej jako człowieka, niezależnie od jej poglądów i zachowania. Okazujesz komuś szacunek, gdy:
  - poświęcasz mu swój czas i uwagę,
  - przedstawiasz się mu i zapamiętujesz jego imię,
  - aktywnie go słuchasz,
  - unikasz przerywania lub równoczesnego rozmawiania z inną osobą,
  - zadajesz pytania (raczej otwarte niż zamknięte),
  - unikasz krytyki lub oceniania,
  - używasz prostego, zrozumiałego dla danej osoby języka

- Empatia – umiejętność spojrzenia na świat z punktu widzenia drugiej osoby i zrozumienia jej sposobu odczuwania. Możesz wyrazić swoją empatię, gdy:
  - śmiejesz się, gdy druga osoba śmieje się, irytujesz się, gdy ona się irytuje itd.,
  - dzielisz się swoimi doświadczeniami z drugą osobą, w sposób uznany za odpowiedni (uważaj, aby nie skierować uwagi na siebie i nie zająć tym dużo czasu,
  - reagujesz na uczucia drugiej osoby, np. mówisz: „Musisz czuć się bardzo rozłoszczony" lub „Wydajesz się być taki radosny" (uważaj, aby nie lekceważyć uczuć drugiej osoby np. mówiąc: „Nie powinieneś czuć się teraz smutny" lub „Zapomnij o tym, było-minęło)

- Autentyczność – oznacza, że człowiek jest postrzegany jako osoba, która mówi to co myśli; jest szczera i przekazuje zgodne informacje w formie werbalnej i niewerbalnej. Jesteś autentyczny, gdy:
  - opowiadasz szczerze o samym sobie,
  - dzielisz się szczerze uczuciami,
  - nie udajesz, że jesteś kimś innym niż w rzeczywistości,
  - nie obiecujesz czegoś, czego nie możesz zagwarantować (np. nie mówisz: „Jestem pewien, że wszystko będzie w porządku"),
  - nie przybierasz postawy obronnej,
  - jesteś spójny w zachowaniach werbalnych i niewerbalnych,
  - dotrzymujesz obietnic i umów [1].

Jak wynika z powyższych analiz problematyka kompetencji jest zagadnieniem złożonym i wielowymiarowym. Jest również problemem ciągle otwartym. Chociaż formalnie nie istnieje zawód edukatora, to istnieją osoby, które zajmują się edukacją ludzi przewlekle chorych i ciągle będzie wzrastało zapotrzebowanie na ich pracę. Obecnie osoby te wykonują swoją (bardzo potrzebną) pracę różnie, tak jak potrafią, raz lepiej, raz gorzej. W dobie zmieniającej się rzeczywistości osoby edukujące przewlekle chorych są zobligowane do ciągłego udoskonalania swojego warsztatu pracy aby dorównać rosnącym wymaganiom. Można zatem, tytułem podsumowania, stwierdzić, że podnoszenie kwalifikacji, zdobywanie kompetencji to proces ciągły, wpisany w rozwój zawodowy każdej osoby zajmującej się edukacją osób przewlekle chorych.

BIBLIOGRAFIA

Dostępna u Autorki i w Redakcji.

„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 II

Tłumaczenie: **Renata Wójcik**

Dyskusja

Celem badania było ustalenie sekwencji wydarzeń następujących od zdiagnozowania cukrzycy przez kolejne 20 lat, tak, by określić najważniejsze aspekty biografii cukrzycy starszych ludzi.

Aby relację uczynić możliwie najbardziej bezstronną, zaprosiliśmy wszystkich ze spisu pacjentów, którzy spełniali warunki uczestnictwa w badaniu. Niewielki odsetek odpowiedzi (26%) był niezadowalający, ale zgodny z innymi badaniami przeprowadzanymi poprzez listowne zaproszenia w grupach ryzyka na polu społecznej deprywacji. (21, 22)

Spójne wyniki dotyczące porad diabetyków dla nowozdiagnozowanych wykazały wiele podobnych aspektów, chociaż stanowczych twierdzeń czy związków przyczynowo-skutkowych z tak małej próby nie można postawić. (23)

Dla wielu z badanej grupy przejmującymi emocjami od momentu zdiagnozowania choroby i później okazały się akceptacja i zaprzeczenie cukrzycy. Postawy wobec diagnozy przewlekłej choroby wcześniej już opisano jako znaczące

wydarzenia, które rządzą postawami wobec przebiegu choroby. (24, 25) Wśród licznych badań nad diagnozą choroby przewlekłej (18, 26, 27) i cukrzycy (28, 29), większość wskazuje na szok i przygnębienie odczuwane przez pacjentów, kiedy po raz pierwszy mówi się im o ich stanie.

Jednakże w naszym badaniu większość relacjonowała nieduży poziom emocji czy rzadko szok z powodu usłyszanej diagnozy, co może bezpośrednio tłumaczyć fakt, że badani traktują akceptację choroby jako ważną. Waga akceptacji stanu chorobowego odzwierciedla postawę, jaką większość badanych miała wobec cukrzycy w czasie, prawie 20 lat temu, kiedy wiedza naukowa i popularna, dotycząca powikłań cukrzycy, była znacznie bardziej ograniczona w porównaniu z wiedzą współczesną. Stąd, diagnoza cukrzycy typu 2 nie była traktowana zbyt poważnie. Wielu uczestników badania opowiadało o innych stresujących wydarzeniach w życiu, które mogły mieć pierwszeństwo, wydaje się, że niektórzy przypisywali objawy cukrzycy (takie jak senność i częste oddawanie moczu) normalnemu starzeniu. Brak objawów i niewidoczność stanu chorobowego (30) mogły znaczyć, że niektórzy uczestnicy badania nigdy rzeczywiście nie zaakceptowali „swojej" cukrzycy.

Naturalnie, uczestnicy wyrażali ważność zaakceptowania poważności cukrzycy. W tym kontekście, terapia insuliną jest prawdopodobną przyszłą konsekwencją a szokowi i psychologicznemu cierpieniu pacjentów wtedy, kiedy się to stanie, można by zapobiec poprzez lepsze zrozumienie specyfiki schorzenia. Dla badanych, rozpoczęcie insulinoterapii było spostrzegane jako sytuacja krytyczna (31) z powodu kilku przyczyn, które zostały dobrze zbadane: niechęć do igieł i iniekcji insuliny (32), redukcja interakcji społecznych (33) i stygmat osób stosujących leki wstrzykiwane podskórnie (20). Jednakże, badana próba wykazywała różne emocje w rezultacie rozpoczęcia insulinoterapii, takie jak poczucie bycia nieudacznikiem lub „złym diabetykiem" i myślenie, że weszli właśnie w znacznie poważniejszy etap choroby.

Leczenie doustne cukrzycy może oznaczać, że ciało diabetyka w jakiś sposób zreperowało się i powróciło do poprzedniego stanu „zdrowia". (34) Takie odnowienie zdrowia mogłoby potwierdzić, że ludzie nie byli ofiarami cukrzycy, dlatego że żyli aktywnie i kontrolowali swój stan tabletkami, a sytuacja nie była poważna. Terapia insuliną może zmienić taki stan rzeczy, ponieważ wzmacnia wyobrażenie ciała, które jest poza kontrolą i jest pozbawione samotożsamości. (35) Takie ciało staje się wtedy zagrożeniem dla wcześniejszego pomysłu na siebie samego i swój sposób życia. (36) Zagrożone zostaje zatrudnienie, sytuacje społeczne i rodzinne, pojawiają się uczucia porażki, winy, rozczarowania związanego z niezdolnością do kontrolowania cukrzycy czy generalnie ciała fizycznego.

Większość ludzi z przewlekłą chorobą może mieć w przebiegu swojej choroby destrukcyjne wydarzenia, które zagrażają samotożsamości. (37) Sugeruje się, że w przypadku większości badanych to rozpoczęcie insulinoterapii było takim wydarzeniem. Insulinoterapia stanowiła zagrożenie dla poprzedniego stanu samotożsamości, to pewnie dlatego tak wielu opowiadało o walce o utrzymanie kontroli. Ta walka przebiegała dwutorowo: z jednej strony była to walka o kontrolę choroby, z drugiej walka o kontrolę zmieniającej się tożsamości, w wyniku czego ważniejsza stawała się potrzeba akceptacji.

Pomimo tego, większość badanych, nawet tych z chorobami współtowarzyszącymi, wykazywała pozytywne spojrzenie na przyszłość i ufność w kontynuowanie życia z chorobą przewlekłą jaką jest cukrzyca. Wielu uczestników badania wyrażało swoją postawę wobec przyszłości w kategoriach narracji poszukującej. (35) Raczej niż dążenie do poprzedniego zdrowia, te opowiadania wyrażały doświadczanie życia z cukrzycą, akceptację choroby i sposoby satysfakcjonującego z nią obcowania na co dzień.

Właśnie to było przesłaniem, jakie wielu z badanych chciało przekazać nowo zdiagnozowanym. Jednakże ci, którzy byli mniej pozytywnie nastawieni, jeśli chodzi o swoją cukrzycę, byli mniej skłonni patrzeć w przyszłość, której nie znają, i opisywali swoje życie jako bycie w wiecznym moralnym dylemacie. (38)

Powyższe wyniki mają ważne następstwa dla pracowników służby zdrowia, którzy zajmują się nowozdiagnozowanymi pacjentami i tymi, którzy mają już swoją historię z cukrzycą. Profesjonaliści, szczególnie pielęgniarki diabetologiczne, muszą być świadome faktu, że pacjenci mogą się różnić, jeśli chodzi o akceptowanie choroby. Chociaż rozpoznanie cukrzycy dla większości z badanych z tej próby nie było szokiem, rozpoczęcie insulinoterapii okazywało się być czasem traumatycznym, w ich cukrzycowej biografii. Według nas powodem tego stanu jest fakt, że większość ludzi chorujących na cukrzycę typu 2 jest ciągle zupełnie nieprzygotowana na tę nieuchronność.

Współcześnie, osoby starsze z cukrzycą typu 2 są mało wykorzystanym źródłem samopomocy i wsparcia. Możliwe jest, by grupy samopomocy, pod opieką doświadczonych diabetyków, asystowały w przeżywaniu tego, co okazuje się być walką z akceptacją i zaprzeczeniem cukrzycy: zmiany samotożsamości, które chorzy doświadczają w trakcie rozpoczynania insulinoterapii i później, aż do momentu uzyskania samozaufania. Pacjenci niezdolni do przejścia tej transformacji mogą w przyszłości cierpieć w znaczeniu problemów natury psychologicznej. Chciejmy wykorzystać tę potencjalną mądrość starszych chorujących wiele lat na cukrzycę, zamiast podejmować się tworzenia nowych programów edukacyjnych dla świeżo zdiagnozowanych.

Podziękowania

Badanie było sfinansowane przez Diabetes UK i Uniwersytet Roechampton. Autorzy chcą również podziękować uczestnikom badania za ich hojny dar czasu i zainteresowania.

Polska Federacja Edukacji w Diabetologii w 2009 roku

Raport z działalności stowarzyszenia

Polska Federacja Edukacji w Diabetologii – znaczący krok w kierunku poprawy prewencji i terapii cukrzycy. Stowarzyszenie, które powstało z inicjatywy pielęgniarek i dietetyków, od lat zajmujących się problematyką chorych na cukrzycę i ich rodzin.

Opieka diabetologiczna wymaga podejścia zintegrowanego, dlatego głównym celem działalności, misją PFED jest promowanie profesjonalnej roli zespołów terapeutycznych w edukacji i opiece diabetologicznej w Polsce (lekarz, pielęgniarka, dietetyk, psycholog, rehabilitant, pracownik socjalny oraz konsultanci innych specjalności). Polska Federacja Edukacji w Diabetologii stawia sobie również za cel prowadzenie działalności naukowej, szkoleniowej i badawczej, a także opracowywanie, wdrażanie i wspieranie programów edukacyjnych dla zespołów w zakresie opieki diabetologicznej.
Organizacja PFED powstała w 2006 roku z inicjatywy osób aktywnie zajmujących się pacjentami chorymi na cukrzycę i ich rodzinami. Członkowie założyciele PFED to pielęgniarki i dietetycy pracujący na co dzień w Instytucie „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka" w Międzylesiu oraz w Katedrze i Klinice Gastroenterologii i Chorób Przemiany Materii SPCSK AM w Warszawie. PFED liczy ponad 500 członków. Są to pielęgniarki, pedagodzy, dietetycy, psycholog oraz lekarze. Długofalowym celem PFED jest poprawa stanu zdrowia populacji wieku rozwojowego, młodych dorosłych oraz dorosłych.
Polska Federacja Edukacji w Diabetologii prowadzi także działalność naukową, szkoleniową i badawczą.

Szczegółowe cele, PFED definiuje jako:

1. Wyszkolenie personelu medycznego w zakresie zachowań prozdrowotnych, zdrowego odżywiania, terapii cukrzycy.
2. Zintensyfikowanie działalności edukacyjnej w środowisku wiejskim.
3. Podniesienie wiedzy diabetologicznej w środowisku nauczania i wychowania (przedszkola, szkoły, gimnazja, licea).
4. Podniesienie wiedzy diabetologicznej wśród chorych na cukrzycę.
5. Prowadzenie szerokiej działalności informacyjnej o możliwościach zapobiegania cukrzycy z szerokim wykorzystaniem mediów.
6. Rozpowszechnienie pracy zespołowej w cukrzycy (zespół edukacyjny, zespół terapeutyczny).

Komitet Założycielski

Mirosława Młynarczuk, Bogumiła Różycka, Alicja Szewczyk

Członkowie Założyciele PFED:

Hanna Chilińska, Jolanta Kajka, Grażyna Korzeniewska, Irena Tokarska, Renata Seredyn, Bogumiła Różycka, Mirosława Młynarczuk, Elżbieta Puławska, Sylwia Konarska, Elżbieta Kierlanczyk, Barbara Bodalska, Ewa Laskowska, Anna Dubielewska, Bożena Łukomska – Tyll, Barbara Burzyńska, Dorota Brzozowska, Alicja Szewczyk.

Zarząd

Alicja Szewczyk – przewodnicząca (Warszawa)
Jolanta Czerniak – wiceprzewodnicząca (Warszawa)
Dorota Herbut – sekretarz (Lublin)
Mirosława Młynarczuk – skarbnik (Warszawa)
Renata Koczan – rzecznik prasowy (Warszawa)
Beata Stepanow – odpowiedzialna za kontakty z FEND (Konin)
Iwona Pilarczyk-Wróblewska – odpowiedzialna za kontakty z uczelniami (Wrocław)

Komisja Rewizyjna

Renata Seredyn – przewodnicząca (Warszawa)
Mariola Orłowska – członek (Lublin))
Sylwia Konarska – członek (Warszawa)

Współpraca z zagranicą

Jolanta Czerniak (Warszawa)

Sekcja Żywieniowa

Grażyna Korzeniewska (Warszawa)

Sekcja Psychologiczna

Joanna Pietrusińska (Warszawa)

W ramach szkolenia zespołów edukacyjnych Polska Federacja Edukacji w Diabetologii:

1. Zorganizowała IV konferencję naukowo-szkoleniową pt. „Edukacja diabetologiczna – szansą życia bez powikłań" 12.12.2009 r.
2. Zorganizowała spotkanie naukowo-szkoleniowe „Samokontrola glikemii poposiłkowej" z działem LifeScan firmy Johnson&Johnson w Dębe 15-16.05.2009 r. Program spotkań jest kontynuowany w Polsce regionalnie. W 2009 r. przeprowadzono 6 spotkań w regionach.
3. Objęła patronatem naukowym warsztaty psychologiczne w ramach eksperymentalnego programu zorganizowanego przez firmę Abbott. Warsztaty odbyły się w 8 miastach w Polsce.

4. Kontynuuje patronat nad programem edukacyjnym Cukrzycowe Centra Edukacji Lilly cCEL.
5. Objęła patronat nad sesją diabetologiczną III Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej „Pielęgniarka w procesie rehabilitacji" 17-18.09.2009 w Reptach.
6. Przedstawiciele PFED uczestniczyli w opracowaniu programu ramowego kursu specjalistycznego „Opieka nad osobami z cukrzycą stosującymi terapię ciągłego podskórnego wlewu insuliny CPWI" program przeznaczony dla pielęgniarek i położnych w Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych.
7. PFED uszczegółowiła program kursu specjalistycznego „Opieka nad dziećmi i młodzieżą z cukrzycą Nr 02/08" i otrzymała decyzję administracyjną CKPPiP Nr 247/09. Informacja o organizacji kursu dostępna na stronie www.pfed.org.pl
8. Zorganizowała i przeprowadziła następujące kursy w ramach kształcenia podyplomowego:
   - w trakcie realizacji – I edycja kształcenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego – 27 osób. Rozpoczęcie 1.08.2008 – zakończenie 15.04.2010.
   - kurs specjalistyczny „Poradnictwo dietetyczne" Nr decyzji CKPPiP 35/08, liczba godzin 119, kurs ukończyły 23 pielęgniarki i 2 dietetyków.
9. Czynnie uczestniczyła w konferencjach na terenie Polski:
   - udział w konferencji 12-13 września 2009 roku w Toruniu „ XII Ogólnopolskie Sympozjum Diabetologiczne DIABETICA EXPO 2009."
   - udział w III Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej „Pielęgniarka w procesie rehabilitacji" 17-18.09.2009 Repty
10. Uczestnictwo w konferencjach zagranicznych FEND i EASD. Na konferencji EASD w Wiedniu podczas wystawy organizacji pozarządowych, PFED prezentowała działalność stowarzyszenia w Polsce wspólnie z Polskim Towarzystwem Diabetologicznym oraz Polskim Stowarzyszeniem Diabetyków.
11. PFED została członkiem Koalicji na Rzecz Walki z Cukrzycą, interdyscyplinarnej organizacji, która zrzesza lekarzy różnych specjalności, stowarzyszenia i instytucje działające na rzecz edukacji diabetologicznej. Inicjatorem przedsięwzięcia jest Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej. www.prawapacjenta.eu. W ramach Koalicji:
    - zostały przeprowadzone warsztaty edukacyjne dla liderów Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków oraz dla pielęgniarek z PFED
    - została zorganizowana debata „Cukrzyca chorobą interdyscyplinarną" w ramach obchodów Światowego Dnia Walki z Cukrzycą w Sali Kolumnowej Sejmu RP, oraz pomiary cukru we krwi dla posłów
    - zorganizowano w Warszawie różnego rodzaju działania edukacyjne, mające na celu zwiększenie świadomości społecznej w zakresie cukrzycy. 14 i 15 listopada zostały uruchomione punkty „Cukrzyca więcej niż cukier", w których było można zmierzyć poziom cukru we krwi, ciśnienie tętnicze i masę ciała. W pięciu warszawskich hipermarketach dietetycy pomagali w sporządzeniu listy zakupów, z których można skomponować zdrową dietę.
12. Polska Federacja Edukacji w Diabetologii czynnie uczestniczy w działaniach edukacyjnych związanych z prewencją cukrzycy podczas spotkań diabetologicznych organizowanych przez stowarzyszenia, firmy farmaceutyczne.
13. W celu zapobiegania występowaniu cukrzycy typu 2 Polska Federacja Edukacji w Diabetologii, we współpracy z Mazowiecką Siecią Szpitali Promujących Zdrowie i Instytutem Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie, zorganizowała akcje edukacyjno-profilaktyczne w środowisku szpitalnym kierowane do: rodziców, opiekunów pacjentów, pacjentów, osób odwiedzających, personelu oraz do środowiska lokalnego.
14. Uczestniczyła w programie edukacyjnym Akademii Zdrowia Bioton.
15. Otrzymała fundusze na 2009 rok do realizacji Grantu Fundacji Medtronic – PFED zorganizowała sesję i przeprowadziła szkolenie podczas IV konferencji PFED 12.12.2009 r.
16. Wydała 4 numery kwartalnika „Magazyn Edukacyjny PFED"
17. Członkowie PFED testowali zestaw do kontroli diety Elka –elektroniczna kucharka podczas wyjazdu wakacyjnego ze Stołeczną Fundacją dla Dzieci z Cukrzycą. Stowarzyszenie wydało opinię o zestawie o niniejszym brzmieniu „Zestaw może pomóc osobom, które wymagają prowadzenia samokontroli odżywiania, jest łatwy zarówno w instalacji jak i codziennym wykorzystaniu w kuchni. Połączenie oprogramowania z wagą ogranicza czas spędzony w kuchni do minimum. Niewątpliwie ułatwi życie wielu osobom z cukrzycą, pozwalając jednocześnie na osiągnięcie lepszych wyników leczenia".
18. Współpracuje z FEND- kontynuacja uczestnictwa jednej osoby z PFED – Beaty Stepanow – na kursie FEND w 2009 roku.
19. Współpracuje ze świetlicą terapeutyczną Kliniki Chorób Metabolicznych, Endokrynologii i Diabetologii w IP-CZD w przygotowaniu kart świątecznych dla firm wspierających działania statutowe PFED oraz w tym roku współpracowała podczas XIII edycji Ogólnopolskiego Konkursu Plastycznego „Pomaluj życie na novo".
20. PFED objęła honorowym patronatem XIII edycję Ogólnopolskiego Konkursu Plastycznego „Pomaluj życie na novo" organizowanego przez firmę NovoNordisk, Polskie Stowarzyszenie Diabetyków, Towarzystwo Przyjaciół Dzieci, Komitet Przyjaciół Dzieci z Cukrzycą.
21. PFED rozpoczęła prace przygotowawcze nad opracowaniem standardu opieki diabetologicznej u pacjentów z zespołem stopy cukrzycowej oraz uszczegółowieniem programu specjalistycznego „Medyczna pielęgnacja stóp". Ramowy program kursu dostępny na stronie internetowej Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych.
22. Przedstawicielka PFED uczestniczyła w posiedzeniu Komisji Zdrowia w Sejmie RP, które dotyczyło problemów polskiej diabetologii w kontekście profilaktyki cukrzycy i leczenia.

Osoby zainteresowane działalnością PFED mogą dołączyć do stowarzyszenia wypełniając deklarację członkowską dostępną na stronie internetowej PFED www.pfed.org.pl

Polska Federacja Edukacji w Diabetologii z informuje, że od dnia 04.09.2009 Stowarzyszenie zyskało status Organizacji Pożytku Publicznego.

Raport przygotowała
Alicja Szewczyk
Przewodnicząca PFED

„Pielęgniarka w procesie rehabilitacji"

17-18 września 2009r odbyła się III Ogólnopolska konferencja naukowa w Reptach, w Górnośląskim Centrum Rehabilitacyjnym w Tarnowskich Górach www.repty.pl

PFED objęła patronat nad sesjami o tematyce diabetologicznej. Organizatorzy przygotowali ciekawe wystąpienia dotyczące różnych aspektów opieki pielęgniarskiej podczas rehabilitacji pacjentów nie tylko z cukrzycą. Ze względu na częste dolegliwości związane z wykonywaniem zawodu pielęgniarki zachęcam do lektury streszczenia pracy pt. „Mity wokół bólów krzyża" Józefa Opary z AWF w Katowicach, Katedry Fizjoterapii Układu Nerwowego i Narządu Ruchu „Repty" GCR w Tarnowskich Górach, prezentowanej podczas konferencji.

„Dwie rzeczy są w życiu pewne: że trzeba płacić podatki i że kiedyś wszyscy umrzemy. Do tego należałoby dodać trzecią: wcześniej czy później zaczniemy odczuwać bóle w odcinku lędźwiowo-krzyżowym kręgosłupa zwane w skrócie „bólami krzyża"." Bóle krzyża są chorobą współczesnej cywilizacji – są następstwem przyjęcia przez człowieka pozycji pionowej i coraz bardziej rozpowszechnionego siedzącego trybu życia.

Naturalny przebieg ostrego bólu krzyża jest trudny do przewidzenia. U większości chorych bóle zmniejszają się w ciągu kilkunastu dni, lecz czasem nie ustępują całkowicie. W tej sytuacji nie dziwi, że wokół problemu bólów krzyża narosło wiele mitów.

W ślad za profesorem Richardem Deyo rozprawiono się z licznymi mitami krążącymi na temat bólów krzyża. Wymienił on siedem mitów związanych z bólami krzyża.

Mit 1. mówi „Jeżeli masz wypuklinę jądra miażdżystego musisz poddać się operacji". Okazuje się, że wskazania do leczenia operacyjnego są ściśle określone i zgodnie z nimi jedynie ok. 1-2 % chorych wymaga zabiegu operacyjnego – potwierdza to także prof. Dziak. Częstość zabiegów operacyjnych zależy m.in. od tradycji i czynników kulturowych na danym terenie – okazuje się, że najmniej zabiegów wykonuje się w Szkocji i Anglii, zaś najwięcej w Stanach Zjednoczonych, przy czym w tych ostatnich istnieją duże różnice między poszczególnymi stanami. Badana porównawcze wykazały, że po upływie kilku lat zaciera się różnica między chorymi leczonymi zachowawczo i leczonymi operacyjnie.
Mit 2. mówi: „Zdjęcie rtg lub badanie neuroobrazowe (KT i MRI) zawsze pozwalają na ustalenie przyczyny bólu". Okazało się, że w ok. 85% przypadków nie udaje się ustalić przyczyny dolegliwości. Trzeba również wziąć pod uwagę, że każdy radiolog inaczej interpretuje uzyskane obrazy. Dziesięcioletnie badania przeprowadzone w Szwecji wykazały, że u dorosłych w wieku do 50 lat tylko w jednym przypadku na 2 500 zdjęcie rtg pozwala odkryć nieznane wcześniej lekarzowi dane mogące wpłynąć na rozpoznanie. Z drugiej strony u wielu osób nie odczuwających żadnych dolegliwości badania radiologiczne wykazują odchylenia od normy.
Mit 3. brzmi: „Do chwili ustąpienia bólu powinieneś się oszczędzać". Deyo twierdzi, że mimo bólów należy prowadzić w miarę aktywny tryb życia, nie rezygnując z dotychczasowych zajęć.
Mit 4.: „Większość bólów krzyża spowodowana jest urazami lub dźwignięciem ciężaru". Okazało się, że większość chorych nie potrafi przypomnieć sobie czynnika przyczynowego.
Mit 5.: „Ból krzyża zwykle nie pozwala pracować". Okazuje się, że blisko dwie trzecie chorych wraca do pracy w ciągu kilku dni, kilkanaście procent nie pracuje przez kilka tygodni i tylko nieliczni chorują dłużej.
Mit 6.: „Każdy, kto odczuwa bóle krzyża powinien się prześwietlić" – vide mit 2.
Mit 7.: „Leżenie w łóżku jest podstawą leczenia". Obowiązujący kiedyś kanon o potrzebie leżenia przez co najmniej jeden do dwóch tygodni jest od dawna nieaktualny. Wykazano, że pacjenci którzy starali się utrzymać normalną aktywność ruchową, szybciej dochodzili do siebie niż ci, którzy leżeli w łóżku".

Alicja Szewczyk
Uczestniczka konferencji

DIABETICA EXPO 2009

W dniach 12-13 września 2009 roku w Toruniu odbyło się XIII Ogólnopolskie Sympozjum Diabetologiczne DIABETICA EXPO 2009 – VII Ogólnopolskie Forum Profilaktyki i Leczenia Otyłości. Współorganizator sympozjum, Zarząd Główny Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków zaprosił przedstawicielki PFED – Alicję Szewczyk (przewodniczącą zarządu PFED) i Beatę Stepanow (członka zarządu PFED) do współudziału w tym spotkaniu.

Tematyka Sympozjum i Forum była bardzo szeroka i obejmowała m.in. następujące zagadnienia: nowe kierunki badań kardiodiabetoseksuologii, prewencja i leczenie powikłań cukrzycy, problemy ciężarnych z cukrzycą, społeczne i psychologiczne aspekty cukrzycy, przyczyny rozwoju otyłości i nadwagi oraz problematykę edukacji diabetologicznej. Informacje szczegółowe na temat programu można znaleźć na stronie www.expo-andre.pl.

W drugim dniu Sympozjum, w sesji VII: „Edukacja diabetologiczna", Beata Stepanow przedstawiła referat pt. „Pielęgniarka w zespole terapeutycznym – cele, funkcje, znaczenie dla edukacji osób z cukrzycą i ich rodzin" oraz w imieniu przewodniczącej PFED, Alicji Szewczyk – przygotowany przez autorkę referat pt: „Kontrola glikemii – ważnym elementem samokontroli i edukacji w terapii cukrzycy".

Przedstawione referaty wskazują, iż współczesne pielęgniarstwo rozszerza zakres kompetencji i samodzielności pielęgniarki, co oznacza odchodzenie od bierności na korzyść wielokierunkowej aktywności, dążenie do wykonywania działań autonomicznych, skoncentrowanych na podmiocie opieki. Ta istotna zmiana roli pielęgniarki pozwala coraz bardziej odpowiadać na potrzeby i oczekiwania podopiecznego. Chory na cukrzycę jest sam dla siebie przewodnikiem, ale nie może zapominać o kierunkach, jakie wyznaczają: pielęgniarka, lekarz, dietetyk, rehabilitant, psycholog. To współuczestnictwo w zespole terapeutycznym zwiększa bezpieczeństwo bycia na co dzień z cukrzycą. Natomiast edukacja to nie tylko powiększanie wiedzy teoretycznej, ale przede wszystkim nabywanie umiejętności wykorzystywania jej w życiu codziennym.

Przedstawione przez referentów podczas Sympozjum zagadnienia potwierdziły tezę, **że opieka diabetologiczna wymaga podejścia zintegrowanego, dlatego głównym celem działalności, misją PFED jest promowanie profesjonalnej roli zespołów terapeutycznych w edukacji i opiece diabetologicznej w Polsce (lekarz, pielęgniarka, dietetyk, psycholog, rehabilitant, pracownik socjalny oraz konsultanci innych specjalności). Polska Federacja Edukacji w Diabetologii stawia sobie również za cel prowadzenie działalności naukowej, szkoleniowej i badawczej, a także opracowywanie, wdrażanie i wspieranie programów edukacyjnych dla zespołów w zakresie opieki diabetologicznej.**

Uczestnicy Sympozjum wykazali zainteresowanie działalnością stowarzyszenia PFED oraz potwierdzili potrzebę funkcjonowania PFED.

● Beata Stepanow

Ogólnoświatowe badanie dotyczące wstrzykiwania insuliny i nowe rekomendacje

Streszczenie wykładu z IV Międzynarodowej Konferencji „Edukacja diabetologiczna – szansą życia bez powikłań" organizowanej przez PFED 12.12.2009 r. w Warszawie

W okresie od września 2008 r. do czerwca 2009 r. w badaniu wzięło udział 4352 pacjentów z cukrzycą typu 1 i 2 wstrzykujących insulinę, ze 171 ośrodków w 16 krajach. W sumie 3,6% pacjentów używa igły o dł. 12,7 mm, 1,8% igły o dł. 12 mm, 1,6% igły o dł. 10 mm, 48,6% igły o dł. 8 mm, 15,8% igły o dł. 6 mm, 21,6% igły o dł. 5 mm, a 7% pacjentów nie wie, jakiej długości igły używa. Dwadzieścia jeden procent pacjentów przyznało, że dokonuje iniekcji w to samo miejsce przez cały dzień, a nawet przez kilka dni, co jest praktyką kojarzoną z lipohipertrofią. Niemal połowa pacjentów ma lub miała objawy wskazujące na lipohipertrofię. Lipohipertrofia na skórze brzucha wydaje się częściej dotykać osób wykorzystujących dwa mniejsze obszary iniekcji, a rzadziej pacjentów, którzy wykorzystują większe obszary. Niemal 3% pacjentów zgłosiło, że zawsze dokonuje iniekcji w zmiany lipohipertroficzne, 26% dokonuje w nie iniekcji czasami. Spośród 65% pacjentów stosujących insuliny w postaci zawiesiny (insuliny mętne, np. NPH), 35% nie miesza jej przed użyciem. Z ostatniego badania jasno wynika, że w pewnych obszarach dokonaliśmy poprawy, natomiast w innych albo nie posunęliśmy się wcale do przodu, albo nasze wysiłki nie przyniosły oczekiwanych rezultatów. Wyniki niniejszego badania są dostępne na zasadzie kraj po kraju lub pytanie po pytaniu na stronie internetowej: www.titan-workshop.org.

W innym badaniu użyliśmy pomiaru dwuwymiarowego z wykorzystaniem ultradźwięków o wysokiej częstotliwości (high frequency ultrasound – HFUS) w celu zmierzenia grubości skóry i tkanki podskórnej w miejscach iniekcji powszechnie wykorzystywanych w różnych grupach osób dorosłych z cukrzycą. Zmierzono warstwę naskórka i skóry właściwej oraz podskórną tkankę tłuszczową (granica skóra właściwa – tkanka podskórna do powięzi mięśnia) w 4 obszarach ciała (ramię, brzuch, biodro, pośladki).
Przy przedziale ufności 95%, w przypadku warstwy naskórka i skóry właściwej, wartość wahała się pomiędzy 1,6 a 2,7 mm, a głębokość podskórnej tkanki tłuszczowej pomiędzy 6 a 21 mm. Grubość tkanki podskórnej zwiększała się wraz ze wzrostem BMI, u płci żeńskiej, a także na brzuchu i pośladkach; warstwa naskórka i skóry właściwej różniła się minimalnie. Największe różnice w głębokości tkanki podskórnej, w oparciu o BMI, występują w obrębie brzucha, zaś najmniejsze w obrębie pośladków. Dane te powinny pomóc w doborze długości igły w celu zoptymalizowania podskórnych wstrzyknięć insuliny oraz uniknięcia iniekcji domięśniowych i śródskórnych.

W moim wykładzie zaprezentowane zostaną nowe zalecenia dotyczące wstrzykiwania, zbudowane w oparciu o wcześniejsze zbiory zaleceń. Będziemy jednak dążyć do powiększenia ich zakresu, uwzględniając kwestie, które nie zostały rozstrzygnięte lub które wynikły po ich opublikowaniu. Ten zestaw nowych zaleceń jest efektem pracy grupy ekspertów z zakresu technik iniekcji, którzy spotykali się osobiście co pewien czas przez okres osiemnastu miesięcy, a także utrzymywali ze sobą ciągły kontakt e-mailowy. Praca opiera się na dokonanym przez nich przeglądzie i analizie wszystkich badań i publikacji w systemie peer-review, poruszających tematykę iniekcji w cukrzycy.

Te nowe rekomendacje uwzględniają pojawienie się kilku nowych analogów insuliny i GLP-1, dla których nie opracowano jeszcze żadnych wytycznych w zakresie wstrzykiwania. Z uwagi na fakt, że utrzymuje się skłonność do stosowania intensywnych reżimów podawania insuliny, a coraz większego odsetka iniekcji dokonują pacjenci z cukrzycą typu 2, rozszerzona została rola lekarzy pierwszego kontaktu w obszarze iniekcji. Niewielu lekarzy pierwszego kontaktu ma jednak doświadczenie w zakresie szczegółowych kwestii związanych z dokonywaniem iniekcji przez pacjentów i niewielu pacjentów z cukrzycą typu 2 otrzymuje intensywne przeszkolenie w zakresie iniekcji. W wielu krajach coraz większe znaczenie (lub dominację) zyskują nowsze długości igieł, np. igły do wstrzykiwaczy o dł. 5 i 6mm, a mimo to nadal pojawiają się pytania dotyczące stosowności ich stosowania w pewnych populacjach. Nowe zalecenia są wycelowane w niespełnione potrzeby tych grup pacjentów oraz wyroby i środki, jakich używają. Według pewnych publikacji, w niedługim czasie pojawią się jeszcze krótsze igły.

Ponadto nowe, dalsze podziały na grupy wśród osób dokonujących iniekcji, wymagają zaleceń wymierzonych w ich własne potrzeby. Objęły one pacjentów pediatrycznych, pacjentów otyłych i kobiety ciężarne. Podobnie ostatnio pojawiły się nowe obawy, którymi nie zajęły się inne zbiory rekomendacji. Należą do nich: sposoby leczenia i zapobiegania lipohipertrofii, psychologiczne aspekty dokonywania wstrzyknięć, w tym

strach przed igłą i zwalczanie bólu, bezpieczna utylizacja zużytego sprzętu ostrego i ochrona przez zakłuciem igłą osób, które mogą mieć kontakt ze sprzętem ostrym po iniekcji.

I w końcu nowe zalecenia zostały wzbogacone o spostrzeżenia uzyskane na podstawie drugiego badania kwestionariuszowego dotyczącego technik iniekcji. Przez ponad 8 miesięcy, od września 2008 r. do czerwca 2009 r., w badaniu wzięło udział 4352 pacjentów z cukrzycą typu 1 i 2 wstrzykujących insulinę, ze 171 ośrodków, w 16 krajach, dzięki czemu było to jedno z największych badań wieloośrodkowych tego rodzaju nad cukrzycą. W momencie formułowania nowych zaleceń, wyniki tego badania (nadal niepublikowane) dopiero zaczynały być dostępne.

W świetle tych potrzeb i wykorzystując wskazówki wynikające z ostatnich publikacji i nowych danych, zespół ekspertów proponuje nowe zalecenia obejmujące następujący zbiór tematów.

Rola Pracownika Opieki Zdrowia
Trudności Psychologiczne związane z Iniekcjami
- Dzieci
- Nastolatki
- Dorośli

Edukacja w zakresie Terapii
Pielęgnacja Miejsca Iniekcji
Przechowywanie, Mieszanie i Napełnianie
Proces Wstrzykiwania
Właściwe Użycie Wstrzykiwaczy

Właściwe Użycie Strzykawek
Analogi insulinowe (o szybkim działaniu)
Analogi insulinowe (o powolnym działaniu)
Insulina Ludzka i Fabrycznie Przygotowane Mieszanki Insuliny
Analogi GLP-1
Długości Igieł
- Dzieci i Nastolatki
- Dorośli

Fałdy Skórne
Lipohipertrofia
- Tło Problemu i Konsekwencje
- Profilaktyka
- Leczenie i Okres Obserwacji

Rotacja Miejsc Wkłucia
Krwawienie i Powstawanie Siniaków
Ciąża
Iniekcje Śródskórne
Bezpieczne igły
Wyrzucanie Materiałów Używanych do Iniekcji

W odniesieniu do kategorii zalecenia, wykorzystujemy następującą skalę:
A. Mocno zalecane
B. Zalecane
C. Kwestia nierozstrzygnięta.

W odniesieniu do klasy, używamy niniejszej skali:
1. Co najmniej jedno badanie randomizowane z próbą kontrolną.
2. Co najmniej jedno badanie nierandomizowane (lub bez próby kontrolnej lub epidemiologiczne).
3. Zgodna opinia ekspertów w oparciu o szerokie doświadczenie pacjentów

Tak więc litera wskaże wagę, jaka naszym zdaniem powinna być przypisana zaleceniom w codziennej praktyce, zaś klasa wskaże poziom poparcia, jaki posiada ono w literaturze medycznej. Każde z nowych zaleceń będzie oznaczone literą i następującą po niej liczbą (np. A2). Przytoczone są również najnowsze publikacje dotyczące zalecenia.

Początkową wersję Nowych Zaleceń zaprezentowano podczas Trzeciego Warsztatu dotyczące Technik Iniekcji w Atenach (Third Injection Technique Workshop in Athens – TITAN), który odbył się w Atenach w Grecji w dniach 10-13 września 2009 roku. W takcie tych trzech dni, 127 uczestników warsztatów – lekarzy, pielęgniarek, nauczycieli i psychologów – wszyscy są ekspertami z zakresu iniekcji – z 27 krajów, uczestniczyło w głębokiej dyskusji na temat tych propozycji. Dyskusje były kontynuowane po spotkaniu przy wykorzystaniu środków elektronicznych, prowadząc do całkowitej rewizji początkowych wytycznych i ostatecznie do zaleceń zawartych w tej pracy. Nigdy dotąd literatura dotycząca iniekcji w cukrzycy nie została tak krytycznie przeanalizowana, nie dzielono się doświadczeniami z całego świata na taką skalę ani treść rekomendacji nie została tak starannie dopracowana.

● Ken Strauss, MD (Belgia)

Kurs specjalistyczny „poradnictwo dietetyczne dla pielęgniarek i położnych"

07.09.2009 - 06.11.2009 – I edycja – sprawozdanie

Polska Federacja Edukacji w Diabetologii zorganizowała po raz pierwszy kurs specjalistyczny z poradnictwa dietetycznego dla pielęgniarek i położnych. Kurs odbył się w terminie 07.09.2009-06.11.2009 i uczestniczyło w nim 23 pielęgniarki. Uczestniczki kursu pracują z pacjentami, którzy wymagają dostarczenia im informacji na temat żywienia.

Kurs składał się z III odrębnych sesji, podczas każdej omawiane były zagadnienia dotyczące żywienia. Znakomite grono wykładowców z Zakładu Dietetyki Katedry Dietetyki Wydziału Nauk o Żywieniu Człowieka i Konsumpcji SGGW pozwoliło na efektywne uczestnictwo w kursie. Program zajęć, który reprezentował wysoki poziom merytoryczny stanowił o jakości kursu. Tematy realizowane podczas kursu pozwoliły w pełni zrozumieć zasady, jakimi należy kierować się podczas pracy z pacjentem. Zasady żywienia stanowią niezwykle ważne ogniwo w ustalaniu właściwego jadłospisu dla podopiecznych, dobór odpowiednio zbilansowanych posiłków jest szczególnie istotny dla chorych pacjentów. Dlatego podczas kursu zrealizowano III sesje tematyczne, każda z nich poświęcona była innym zagadnieniom.

Każda sesja stanowiła pewną całość tematyczną. W I sesji zwrócono szczególną uwagę na fizjologiczne podstawy dietetyki. Dokładnie zostały omówione poszczególne procesy dotyczące spożywania posiłków zachodzące w organizmie; wchłanianie, trawienie składników pokarmowych. To był dopiero początek niezwykle zawiłej tematyki. Kolejnym, dużo trudniejszym blokiem tematycznym okazały się biochemiczne podstawy metabolizmu człowieka, bardzo skomplikowane procesy zachodzące w organizmie jak: przemiana tłuszczy, węglowodanów, białka, bilans energetyczny. Zagadnienia kolejnych dni zaczęły porządkować informacje w logiczną całość, stanowiąc podstawę do omówienia tematyki związanej z zasadami racjonalnego żywienia, normami żywienia oraz racjami pokarmowymi. Podczas kolejnego spotkania omówiono metody oceny stanu odżywienia człowieka. Niezwykle ciekawy był również wykład o roli używek w naszym organizmie i substancji celowo dodawanych do żywności.

Podczas II sesji uzyskałyśmy informacje na temat żywienia człowieka w poszczególnych okresach życia, szczegółowo omówiono okresy ciąży i laktacji. Bardzo interesująco zaczął się kolejny blok poświęcony klasyfikacji i charakterystyce diet, omówiono również dietoterapię otyłości, żywienie w poszczególnych jednostkach chorobowych takich jak: choroby układu pokarmowego, choroby układu pozapiramidowego, choroby układu moczowego, dietoterapia w niedokrwistości, żywienie pacjentów po transplantacjach, zasady żywienia w chorobach nowotworowych oraz zasady żywienia w cukrzycy. Ta sesja była bardzo ciekawa, a uzyskana wiedza na pewno pomoże w codziennej pracy z pacjentem.

Sesja III poszerzała już zdobytą wiedzę i systematyzowała ją. Wykładowcy omówili żywienie dzieci i niemowląt zdrowych, skupili się też na omówieniu chorób występujących u dzieci. Uzyskałyśmy informacje na temat zasad monitorowania leczenia dietetycznego we wrodzonych wadach metabolicznych. Dla uczestników były to bardzo trudne zagadnienia, ponieważ szereg ograniczeń, z jakimi borykają się pacjenci z wrodzonym wadami metabolicznymi jest niezwykle smutne, również opieka państwa nie ułatwia tym pacjentom trudnej drogi w życiu z chorobą. Otrzymałyśmy także informacje na temat poradnictwa dietetycznego.

Zrealizowane treści programowe pojawiły się podczas egzaminu końcowego, do którego przygotowywałyśmy się bardzo pilnie. Egzamin okazał się dla wielu z nas zaskakujący i wymagał ogromnej wiedzy zdobytej podczas kursu. Dla niektórych dzień egzaminu był najtrudniejszy, najbardziej stresujący, ale poradziłyśmy sobie. Komisja egzaminacyjna była usatysfakcjonowana wynikami. Po zakończeniu wręczono nam zaświadczenia o odbytym kursie. Po tym trudnym i stresującym dniu czekał nas wspólny wieczór, podczas którego wymieniałyśmy poglądy związane z kursem oraz nasze odczucia po zakończeniu szkolenia.

Warto podkreślić, że Polska Federacja Edukacji w Diabetologii jest pionierem w realizacji kursu specjalistycznego w zakresie poradnictwa dietetycznego. Nikt wcześniej nie podjął się realizacji tego kursu. Bardzo dziękujemy za poświęcenie, trud włożony w realizację kursu, stworzenie tak fantastycznego programu i znalezienie tak fachowej kadry wykładowców. Mamy nadzieję na II edycję kursu i zachęcamy wszystkich do skorzystania.

Danuta Cieśla
Uczestniczka I edycji kursu

POLSKA FEDERACJA EDUKACJI W DIABETOLOGII

SERDECZNIE ZAPRASZA DO UDZIAŁU W KURSIE SPECJALISTYCZNYM „OPIEKA NAD DZIEĆMI I MŁODZIEŻĄ Z CUKRZYCĄ"

Kurs adresowany jest do pielęgniarek zatrudnionych na oddziałach diabetologii dziecięcej i w poradniach diabetologicznych dla dzieci i młodzieży.

Organizator kształcenia:
Polska Federacja Edukacji w Diabetologii
Partner organizatora kształcenia: Bayer Health Care, Bayer spółka z o.o.
Kierownik kursu: Iwona Pilarczyk-Wróblewska

Tryb kursu: mieszany

Ilość miejsc: 25

Miejsce kursu:
Warszawa – Międzylesie; ul. Pożaryskiego 2
Szkoła Podstawowa nr 138

Podstawa prawna:
1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych
2. Decyzja administracyjna Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych

Kryteria kwalifikacji:
1. Posiadanie prawa wykonywania zawodu
2. Co najmniej roczny staż pracy w zawodzie i trzymiesięczny staż pracy na oddziale diabetologii dziecięcej lub w poradni diabetologicznej dla dzieci i młodzieży
3. Przynależność do Polskiej Federacji Edukacji w Diabetologii
4. Regularne opłacanie składek członkowskich
5. O kolejności przyjęć decyduje data przysłania karty zgłoszenia i kompletnej dokumentacji

Wymagana dokumentacja:
1. Ksero prawa wykonywania zawodu
2. Karta zgłoszenia uczestnictwa (indywidualnie lub przez pracodawcę)
3. Kserokopie wpłat

Zgłoszenia należy przesyłać na adres e-mail: iwona.pilarczyk@pfed.org.pl

Ostateczny termin przyjmowania zgłoszeń: 31.12.2009 r.

Planowany termin rozpoczęcia kursu: styczeń 2010 r.

Opłata administracyjna kursu: 300 PLN
Uczestnicy kursu we własnym zakresie pokrywają koszty związane z transportem, noclegiem i wyżywieniem. Osoby zakwalifikowane zobowiązane są do dokonania wpłaty administracyjnej 300 PLN na konto PFED z dopiskiem:
„Opłata administracyjna za kurs specjalistyczny"

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

Ramowy program kursu:
1. Epidemiologia cukrzycy u dzieci i młodzieży
2. Organizacja opieki diabetologicznej nad populacją wieku rozwojowego
3. Diagnostyka i leczenie cukrzycy u dzieci i młodzieży
4. Edukacja dziecka z cukrzycą
5. Samokontrola

INNOWACJE ZMIENIAJĄ ŚWIAT

1969-2009
40 lat glukometru

Już od 40 lat Bayer HealthCare poszukuje nowych rozwiązań w dziedzinie badania poziomu glukozy we krwi.

40 lat temu firma Bayer HealthCare uczyniła przełomowy krok w zakresie pomocy osobom z cukrzycą. Ames, ówczesny oddział firmy Bayer, zaprezentował pierwszy w historii przenośny system pomiaru poziomu glukozy we krwi Ames® Reflectance Meter, który był przeznaczony do użytku profesjonalnego. W 1981 roku firma Bayer wprowadziła Glucometer®, czyli pierwszy osobisty glukometr dla pacjentów. Umożliwiło to milionom ludzi na całym świecie aktywne sprawowanie kontroli nad stanem własnego zdrowia. Dzięki regularnym pomiarom można było dostosować dietę, harmonogram dnia oraz terapię lekową do indywidualnych potrzeb pacjenta oraz skutecznie zapobiegać powikłaniom. Do dziś nie odkryto skuteczniejszego od samokontroli narzędzia walki z cukrzycą. Przez dziesięciolecia glukometry stawały się coraz bardziej zaawansowane technicznie i coraz łatwiejsze w obsłudze. Świadczy o tym chociażby fakt, że na początku do pomiaru poziomu glukozy konieczne było pobieranie próbek rzędu 20-30 µl krwi, a dziś wystarczy niewielki ułamek tej ilości (0,6 µl). Za większością innowacji stoi właśnie firma Bayer. Prowadzone przez nią badania nad udoskonaleniem glukometrów, a tym samym ułatwieniem życia osobom z cuk-rzycą, doprowadziły w latach 2003–2004 do wprowadzenia na rynek innowacyjnych systemów z technologią No Coding™. Kodowanie odbywa się w nich automatycznie, zawsze po włożeniu paska testowego do glukometru. Nie trzeba więc pamiętać o wybieraniu kodu bądź wkładaniu klucza kodującego, co w rezultacie eliminuje błędy związane z nieprawidłowym kodowaniem. Przez 40 lat diametralnie zmienił się także wygląd glukometru – pierwsze urządzenia ważyły ponad kilogram i mierzyły prawie 20 cm, podczas gdy dziś najnowsze glukometry są lżejsze niż telefon komórkowyi niewiele większe od zegarka

1969

- Ames – powstaje pierwszy przenośny system do pomiaru glukozy we krwi (waży aż 1,2 kg!). Nie znamy jednak daty wprowadzenia go na rynek polski.
- 20 lipca 1969 miał miejsce „mały krok człowieka, ale wielki krok ludzkości", czyli pierwsze lądowanie ludzi na Księżycu podczas misji statku kosmicznego Apollo 11.

1997

- ESPRIT – pierwszy w Polsce glukometr wyposażony w system umożliwiający wykonanie 10 pomiarów dzięki wymiennym dyskom.
- 22 lutego 1997 r. świat dowiedział się o sklonowaniu owcy Dolly.
- Miesiąc wcześniej Madeleine Albright jako pierwsza kobieta została sekretarzem stanu USA.
- W Polsce 2 kwietnia przyjęto Konstytucję RP.

1995

- GX – najpopularniejszy w Polsce glukometr w latach 90. Glucometer M – pierwszy glukometr z pamięcią oraz możliwością podłączenia do komputera.
- Elite – pierwszy glukometr z technologią biosensoryczną.
- W 1995 roku odkryto pierwszą planetę poza naszym układem słonecznym. Wtedy też miał oficjalną premierę system Microsoft Windows 95 i został założony portal aukcyjny E-bay.
- W Warszawie oddano do użytku pierwszy w Polsce odcinek metra, a Marek Kamiński i Wojciech Moskal jako pierwsi Polacy dotarli do bieguna północnego. Kilka miesięcy później Marek Kamiński samodzielnie zdobył biegun południowy.

2005

- ENTRUST – pierwszy nowoczesny glukometr stworzony z myślą o seniorach.
- Dokonano pierwszej transplantacji twarzy, co do tej pory jest absolutną rewolucją w transplantologii.
- Naukowcy z NASA, JPL i California Institute of Technology odkryli dziesiątą planetę w układzie słonecznym.

2009

- Contour TS – pierwszy w Polsce glukometr z technologią No Coding.
- Nastąpił przełom w walce z wirusem HIV. Wynaleziono szczepionkę, której skuteczność określono na poziomie 30 proc.

BAYER

CONTOUR TS™

Z PRZEŁOMOWĄ TECHNOLOGIĄ

NO CODING™

WIĘCEJ NA

www.nocoding.pl

simplewins™ prostezwycięstwa

BAYER Bayer HealthCare Diabetes Care