4/III/2008

pfed

magazyn edukacyjny

kwartał III 2008

TEMAT NUMERU:
INDEKS GLIKEMICZNY
W ŻYWIENIU OSÓB Z CUKRZYCĄ

Planowanie edukacji zdrowotnej

Materiały edukacyjne PFED

Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego

POLSKA FEDERACJA EDUKACJI W DIABETOLOGII

FEND
Federation of European Nurses in Diabetes

Pismo Polskiej Federacji Edukacji w Diabetologii

POLSKA FEDERACJA EDUKACJI W DIABETOLOGII

FEND
Federation of European Nurses in Diabetes

SPONSORAMI PFED SĄ:

Abbott Diabetes Care · Medtronic · sanofi aventis · IBA · BIOTON

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

SPIS TREŚCI

TEMAT WYDANIA
Indeks glikemiczny w leczeniu osób z cukrzycą 1

EDUKACJA
Prezentacja materiałów edukacyjnych PFED 5

FEND DONOSI
Doświadczenia z terapią grupową nastolatków z cukrzycą typu 1 i ich rodziców 8

WYDARZENIA
Relacja z FEND i EASD 11

PRACE ORYGINALNE
Jak ułatwić przyjmowanie leków seniorom chorym na cukrzycę? 12

SAMOKSZTAŁCENIE
Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego – relacja z kwalifikacji 14

ZESPÓŁ EDUKACYJNY W PRACY
Prezentacja pracy zespołu edukacyjnego w poradni 16

EDUKACJA
Edukacja zdrowotna – planowanie edukacji zdrowotnej (część trzecia) 18
Cukrzyca w leczeniu uzdrowiskowym 20

WYDARZENIA
Opieka nad kobietą ciężarną z cukrzycą – konferencja we Wrocławiu 22
ENDCUP – tydzień intensywnej pracy 23
DIABETICA EXPO 24

ARTYKUŁ SPONSOROWANY
Ciągłe monitorowanie glikemii przez system Guardian 24

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

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

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

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

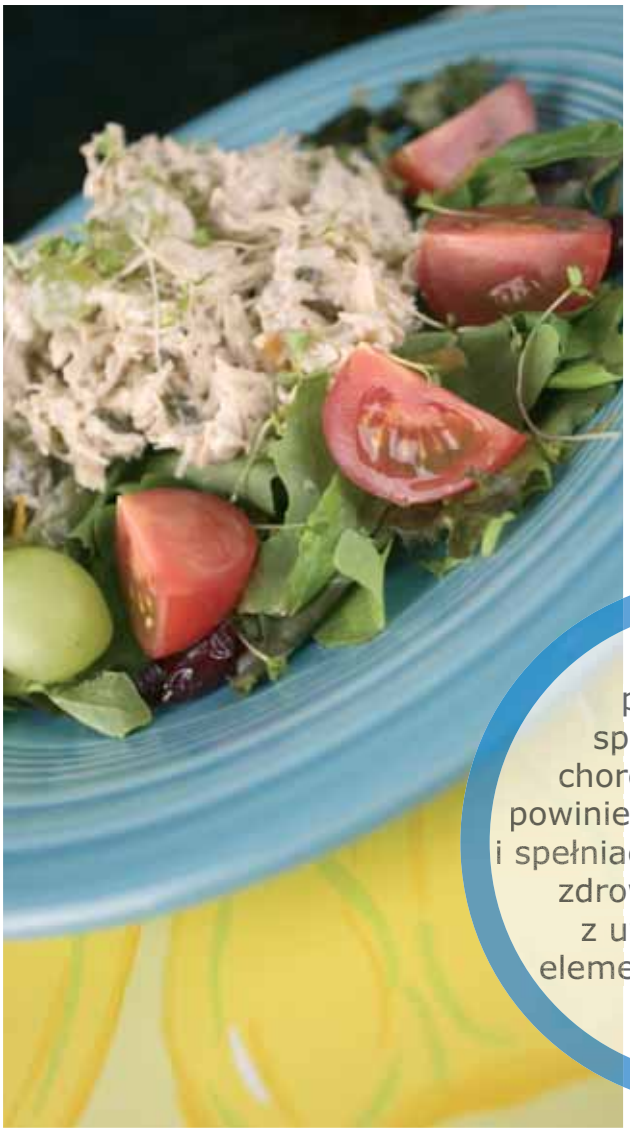
KOREKTOR MERYTORYCZNY
Alicja Szewczyk

KONTAKT Z ZAGRANICĄ
Renata Wójcik

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

INDEKS GLIKEMICZNY W ŻYWIENIU OSÓB Z CUKRZYCĄ

Potencjalne korzyści z powolnego wchłaniania węglowodanów o niskim indeksie glikemicznym są aktualnym przedmiotem badań. W ostatnim czasie uwaga specjalistów do spraw żywienia koncentruje się coraz wyraźniej na przydatności indeksu glikemicznego (IG) w planowaniu diety. Indeks glikemiczny ułatwia wybór odpowiednich węglowodanów. Znaczenie kliniczne IG jest jednak nadal przedmiotem dyskusji. Powszechnie panuje pogląd, że ta prawidłowo wykorzystana nowa zasada dietetyczna może zapobiec otyłości, cukrzycy oraz chorobom układu sercowo-naczyniowego a także wpływać na utrzymywanie normoglikemii przez pacjentów.



Cukrzycę określa się jako stan występujący w wielu chorobach o różnej etiologii i różnym obrazie klinicznym, charakteryzujący się hiperglikemią na czczo i glukozurią lub też zwiększonymi stężeniami glukozy we krwi po doustnym obciążeniu glukozą w ilości 75g. Wskaźnik chorobowości, określający częstość występowania chorych na cukrzycę w ogólnej populacji, zależy od czynników genetycznych (rasy) oraz środowiskowych (sposób odżywiania, narażenie na zakażenia, w tym szczególnie wirusowe). Bezpośrednimi przyczynami wzrostu zachorowalności na cukrzycę typu II są: wzrost występowania otyłości i zwiększająca się kaloryczność stosowanej diety oraz mniejsza aktywność fizyczna populacji światowej. Cukrzyca jest chorobą metaboliczną, w której dochodzi przede wszystkim do zaburzeń wykorzystania węglowodanów, które u osób z cukrzycą jest szczególnie osłabione. Charakteryzuje się hiperglikemią, wynikającą z defektu wydzielania i (lub) działania insuliny. Jest chorobą bardzo groźną ze względu na powikłania ze strony różnych narządów.

„Należy pamiętać, że sposób żywienia chorego na cukrzycę powinien być indywidualny i spełniać założenia żywienia zdrowego człowieka, z uwzględnieniem elementów związanych z chorobą".

Życie chorych z cukrzycą często łączy się z wieloma niedogodnościami i wyrzeczeniami. Muszą oni regularnie stosować leki, dbać o zachowanie właściwych zasad żywienia i kontrolować stężenie glukozy we krwi. Ostatnie 30 lat przyniosło wiele zmian. Nauka dokonała wielkiego postępu w ułatwieniu życia chorym na cukrzycę, w tym również w odniesieniu do postępowania żywieniowego. Leczenie wymaga przestrzegania odpowiednich zaleceń żywieniowych w celu utrzymywania normoglikemii. Właściwe odżywia-

nie towarzyszy leczeniu cukrzycy na każdym jej etapie i przyczynia się do ochrony przed powikłaniami choroby.

Powszechnie wiadomo o szkodliwym wpływie nadmiernego spożycia tłuszczów, szczególnie nasyconych, na stan zdrowia człowieka. Natomiast wpływ węglowodanów na organizm człowieka jest mniej poznany. Różne węglowodany w różny sposób wpływają na organizm człowieka, ale potencjalne korzyści z powolnego wchłaniania węglowodanów, czyli tych o niskim indeksie glikemicznym, są ciągle przedmiotem badań. Termin **„indeks glikemiczny"** (IG) powstał ponad 20 lat temu i **określa procentowo szybkość wzrostu stężenia glukozy we krwi po spożyciu produktów w porównaniu do wzrostu, jaki następuje po spożyciu tej samej ilości węglowodanów w postaci czystej glukozy**. Od tego czasu wiele badań potwierdziło pozytywne efekty diety o wysokiej zawartości węglowodanów ale o niskim IG w chorobach cywilizacyjnych takich jak: otyłość, cukrzyca, choroby układu sercowo-naczyniowego oraz niektórych typach nowotworów.

Spożywanie pokarmów zawierających węglowodany powoduje wzrost stężenia glukozy we krwi, które osiąga maksimum po upływie 20–30 minut i stopniowo w ciągu 90–180 minut wraca do poziomu na czczo. W tym czasie glukoza pod wpływem insuliny przenika do tkanek. U niektórych osób podwyższone stężenie glukozy utrzymuje się dłużej i spadek do poziomu wyjściowego jest wolniejszy a stężenie często może utrzymywać się na wyższym poziomie. Stan taki, znany jako zmniejszona tolerancja glukozy, wynika z osłabionej reakcji na insulinę. Manifestacją biochemiczną wynikającą z zaburzeń wydzielania insuliny oraz jej działania obwodowego jest hiperglikemia poposiłkowa. Hiperglikemia na czczo wynika głównie z insulinooporności wątroby i nasilenia wytwarzania glukozy w procesie glukoneogenezy.

Stężenie glukozy we krwi zależy zarówno od ilości jak i rodzaju spożywanych węglowodanów, a uwzględnienie indeksu glikemicznego produktów pozwala lepiej kontrolować glikemię. IG opisuje skutki, jakie na nasz organizm wywiera spożycie określonego typu węglowodanów. W celu ułatwienia wyboru odpowiednich produktów przyjęto, że wartości IG poniżej 55% mają produkty o niskim IG, od 55% do 70% – średnim, a powyżej 70% – wysokim (Tabela 1). Szybko trawione i wchłaniane węglowodany tzw. łatwo przyswajalne mają wysoki IG, a stężenie glukozy we krwi ulega obniżeniu często nie tylko do wartości wyjściowej, lecz znacznie poniżej doprowadzając do hipoglikemii. Wolno trawione i wchłaniane węglowodany mają niski IG, a stężenie glukozy we krwi po ich spożyciu podnosi się powoli.

Tabela 1.
Indeks glikemiczny niektórych produktów spożywczych w porównaniu do glukozy (produkt standardowy)

Produkty o niskim indeksie glikemicznym (< 55)	Produkty o średnim indeksie glikemicznym (55-70)	Produkty o wysokim indeksie glikemicznym (> 70)
Warzywa strączkowe	Ziarna kukurydzy	Płatki kukurydziane
Makarony (semolina)	Ziemniaki gotowane (młode)	Ziemniaki gotowane
Gruszki	Banan	Banan dojrzały
Winogrona	Mango	Ziemniaki purée
Pomarańcze	Ananas	Frytki
Mleko	Herbatniki	Miód
Czekolada gorzka	Brązowy ryż	Biały ryż
Wiśnie	Fanta	Daktyle suszone
Pomidory	Buraki	Popcorn
Otręby owsiane	Rzepa	Arbuz
Fruktoza	Sacharoza	Maltoza

PRAWIDŁOWE ODŻYWANIE W CUKRZYCY

Prawidłowe odżywianie w cukrzycy powinno spełniać następujące warunki:

– zapobiegać hiperglikemii poposiłkowej,
– pomagać w utrzymaniu prawidłowej masy ciała,
– korzystnie wpływać na parametry metaboliczne mające wpływ na rozwój mikro i makronaczyniowych powikłań cukrzycy, w tym stężenie lipidów, wskaźniki reologiczne krwi, poziom homocysteiny i insulinowrażliwość.

Badania wykazały, że sposób odżywiania oparty o produkty o niskim indeksie glikemicznym sprzyja obniżeniu stężenia cholesterolu całkowitego i triglicerydów, co może być wykorzystywane w dietoterapii hiperlipidemii. Jednocześnie dieta niskoglikemiczna, poprzez wpływ na metabolizm tkanki tłuszczowej i na ośrodek sytości, może stanowić ważny element diety redukującej masę ciała.
Odpowiedź glikemiczna na spożywaną żywność nie może być prawidłowo oszacowana w oparciu o typ i ilość węglowodanów zawartych w pożywieniu, ponieważ tempo trawienia i wchłaniania węglowodanów do krwi zależy od wielu czynników w tym: rodzaju cukrów (prostych i złożonych), struktury chemicznej węglowodanu, formy żywności oraz zawartości błonnika pokarmowego, tłuszczów i białka. Podobny typ żywności w obrębie tej samej grupy może powodować różną odpowiedź glikemiczną, dlatego konieczne są pomiary IG dla każdego produktu oddzielnie.
Do niedawna fruktoza uważna była za korzystnie oddziałujący składnik żywienia, co wiązało się ze stosunkowo małym wzrostem glikemii po jej spożyciu, w porównaniu z innymi węglowodanami (glukoza, sacharoza, galaktoza). Najnowsze badania wykazują, że może być ona czynnikiem przyczyniającym się do powstania insuliooporności, zaburzeń gospodarki lipidowej, otyłości i nadciśnienia tętniczego. Pojawiają się także sugestie, że fruktoza mimo niskiego IG (IG 22) znacznie silniej niż inne węglowodany stymuluje syntezę trójglicerydów i produkcję VLDL, przez to może sprzyjać występowaniu chorób sercowo-naczyniowych.
Skrobia obecna w produktach jest jednym z najważniejszych czynników decydujących o wartości indeksu glikemicznego. Przez ostatnie dziesiątki lat rozwój technologii przetwarzania żywności spowodował zmiany w indeksie glikemicznym diety. Skrobia obecna w produktach składa się z dwóch frakcji – amylozy i amylopektyny, a ich wzajemny stosunek ma znaczący wpływ na wartość indeksu glikemicznego. Produkty o małej zawartości amylozy, a dużej amylopektyny w skrobi

mają wysoki IG. Przykładem produktu zbożowego o wysokim indeksie glikemicznym jest ryż biały. Obecnie dostępnych jest wiele odmian ryżu, których wartości indeksu glikemicznego mają wartość pośrednią np. ryż basmati (IG=55), bo zawierają więcej amylozy niż ryż biały. Rozdrabnianie i mielenie ziaren zbóż wpływa na wzrost indeksu glikemicznego np. płatki kukurydziane produkowane z wysoko przetworzonej mąki mają wysoki indeks glikemiczny. Wysoka temperatura i czas obróbki termicznej również przyczyniają się do wzrostu IG produktu. Indeks glikemiczny ryżu białego ugotowanego tradycyjnie wynosi 64, natomiast IG rozgotowanego kleiku ryżowego – 90. Podczas gotowania woda i wysoka temperatura powodują pęcznienie granulek skrobi i przejście w postać żelową, która jest łatwiej hydrolizowana przez enzymy przewodu pokarmowego, co powoduje szybki wzrost stężenia glukozy we krwi.

Wpływ błonnika pokarmowego na wartość indeksu glikemicznego zależy od jego rodzaju. Błonnik rozpuszczalny zwiększa lepkość treści pokarmowej w przewodzie pokarmowym, co spowalnia jej przesuwanie i osłabia działanie enzymów, opóźniając trawienie. Rezultatem takiego procesu jest niewielki i stopniowy wzrost stężenia cukru we krwi. Bogate w błonnik rozpuszczalny są np. nasiona roślin strączkowych, owies czy kasza jęczmienna, które mają niski indeks glikemiczny.

Tłuszcze spowalniają opróżnianie żołądka z treści pokarmowej i tym samym przedłużają trawienie i wchłanianie węglowodanów. Na przykład chipsy ziemniaczane mają indeks glikemiczny (IG=54), niższy niż ziemniaki pieczone bez tłuszczu (IG=85). Mimo niskich wartości indeksu glikemicznego niektórych produktów nie można jednoznacznie polecać w żywieniu zwłaszcza, jeżeli chodzi o sposób odżywiania w profilaktyce nadwagi i otyłości oraz chorób dietozależnych.

Produkty bogate w białko wpływają na wydzielanie hormonów jelitowych, co może zmniejszać glikemię poposiłkową, a tym samym indeks glikemiczny. Również dojrzewanie oraz rozdrabnianie owoców i warzyw zmienia ich indeks glikemiczny. Na przykład dojrzałe banany mają wyższy indeks glikemiczny niż niedojrzałe.

Dieta oparta o produkty o niskim indeksie glikemicznym charakteryzuje się większym spożyciem surowych warzyw i owoców, nasion roślin strączkowych, produktów z pełnych ziaren zbóż i bogatych w rozpuszczalny w wodzie błonnik pokarmowy. Z diety powinno się eliminować produkty z wysoko przetworzonej mąki (jasne pieczywo), produkty skrobiowe o niskiej zawartości błonnika pokarmowego (ziemniaki, ryż biały) oraz żywność o wysokiej zawartości łatwo przyswajalnych węglowodanów (słodycze, ciasta, napoje słodzone).

Zgodnie z najnowszymi rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego z 2008 r. 45 – 50% wartości energetycznej diety chorego na cukrzycę powinny zapewnić węglowodany o niskim indeksie glikemicznym. Należy jednak pamiętać, że sposób żywienia chorego na cukrzycę powinien być indywidualny i spełniać założenia żywienia zdrowego człowieka, z uwzględnieniem elementów związanych z chorobą.

BIBLIOGRAFIA

Dostępna u autorki i w redakcji.

mgr ANNA UKLEJA

NASZ EKSPERT:

mgr ANNA UKLEJA

Pracuje w Zakładzie Żywienia Człowieka na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym, pod kierownictwem prof. dr hab. Zdzisława Wójcika, obecnie pisze pracę doktorską pt. „Wpływ diety złożonej z produktów o niskim indeksie glikemicznym na redukcję masy ciała u kobiet w wieku rozrodczym" pod kierownictwem prof. dr hab. Mirosława Jarosza z Instytutu Żywności i Żywienia w Warszawie.

MATERIAŁY EDUKACYJNE PFED

– CENNE ŹRÓDŁO INFORMACJI

Polska Federacja Edukacji w Diabetologii z przyjemnością informuje, że dzięki wsparciu finansowemu fundacji Medtronic, wydała serię czterech broszur o charakterze edukacyjnym. Każde z opracowań skierowane jest do konkretnej grupy zainteresowanych, o czym informują ich tytuły: *Opieka pielęgniarki szkolnej nad dzieckiem z cukrzycą* – skierowana do pielęgniarek szkolnych; *Dziecko z cukrzycą w środowisku nauczania* – informacje dla nauczycieli; *Przewodnik cukrzycowy dla pielęgniarki i położnej* oraz broszura pod tytułem *Mam cukrzycę, chcę urodzić zdrowe dziecko* - informacje dla kobiet z cukrzycą przygotowujących się do macierzyństwa. Dwie pierwsze broszury mają rekomendacje przewodniczącego sekcji pediatrycznej Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego prof. Wojciecha Młynarskiego i odpowiednich konsultantów krajowych w dziedzinie medycyny i pielęgniarstwa, ich wydaniu patronuje również Towarzystwo Przyjaciół Dzieci. Ostatnia poprzedzona jest wstępem autorstwa prof. Jacka Sieradzkiego oraz prof. Krzysztofa Czajkowskiego.

Wydanie całej serii sfinansowała Fundacja Medtronic, której misją jest poprawa sytuacji zdrowotnej ludzi przez wspieranie organizacji i stowarzyszeń zajmujących się diabetologią.

Poniżej przedstawiamy trzy z czterech wydanych materiałów oraz wstępy, które są najlepszą rekomendacją przygotowanych publikacji. Ostatnia z wymienionych wyżej broszur zostanie zaprezentowana w kolejnym piątym numerze Magazynu Edukacyjnego PFED, który będzie poświęcony zagadnieniom związanym z cukrzycą i ciążą. Zainteresowanych broszurami zapraszamy na stronę www.pfed.org.pl, na której można zapoznać się z materiałami lub kontakt z PFED: pfed@pfed.org.pl.

PRZEWODNIK DLA PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ

OPRACOWANIE:
Prof. nadz. dr hab. med. **Katarzyna Cypryk**
Klinika Diabetologii i Chorób Przemiany Materii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki

Prof. dr hab. **Ewa Wender-Ożegowska**
Klinika Położnictwa i Chorób Kobiecych
Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

Materiał edukacyjny „Przewodnik cukrzycowy dla pielęgniarki i położnej" zatwierdzony i rekomendowany przez Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Pielęgniarstwa Ginekologicznego i Położniczego, mgr Leokadię Jędrzejewską.

Szanowni Państwo,
Oddajemy w Wasze ręce publikację poświęconą opiece położniczej i pielęgniarskiej nad kobietą w ciąży z cukrzycą. Jest to pierwsza tego typu publikacja dla pielęgniarek i położnych, zajmująca się tym trudnym tematem. W sposób niezwykle komunikatywny – na zasadzie najczęściej zadawanych pytań i szeregu odpowiedzi – przybliża zagadnienia opieki diabetologicznej i ginekologiczno-położniczej. Autorki tekstu, panie profesor: Katarzyna Cypryk i Ewa Wender-Ożegowska, to specjalistki w dziedzinie diabetologii oraz ginekologii i położnictwa. Są przedstawicielkami świata nauki, które w codziennej praktyce stosują zalecenia obowiązujące środowisko medyczne, będąc współtwórczyniami tych zaleceń. Jest to publikacja cenna, gdyż powstała w oparciu o wiedzę teoretyczną i praktyczną, wynikającą z lat pracy z pacjentkami z cukrzycą, które zostają matkami. Doskonale łączy dwie dziedziny medycyny, które spotykają się podczas opieki nad ciężarną z cukrzycą. Ten podręcznik jest właśnie takim spotkaniem.
Zawarte w broszurze informacje są niezwykle cenne i mogą okazać się bardzo przydatne zespołowi, który zajmuje się opieką nad kobietą w ciąży z cukrzycą, wymagającą w tym okresie szczególnej troski. Publikacja powstała we współpracy z pielęgniarkami i położnymi, dlatego mamy nadzieję, że odpowiedzi na pytania będą dla Państwa dobrym narzędziem w codziennej, trudnej pracy. Cieszymy się, że Polska Federacja Edukacji w Diabetologii otrzymała możliwość przygotowania tej unikalnej publikacji. Wierzymy, że edukacja w zakresie właściwego przygotowania oraz prowadzenia i rozwiązywania ciąż kobiet z cukrzycą jest bardzo ważna. Właściwa opieka nad kobietą z cukrzycą w ciąży decyduje o zdrowiu dwóch osób – matki i dziecka. Tym bardziej jest dla nas istotna.

Serdecznie zapraszamy do lektury.

Alicja Szewczyk
Przewodnicząca PFED

MATERIAŁ SKIEROWANY DO NAUCZYCIELI

OPRACOWANIE:
Dr n. med. **Daniel Witkowski** – specjalista pediatra, diabetolog
Klinika Chorób Metabolicznych, Endokrynologii i Diabetologii
Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka" w Warszawie

Mgr **Joanna Pietrusińska** – psycholog, specjalista psychologii klinicznej chorego somatycznie
Zakład Psychologii Zdrowia
Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka" w Warszawie

Opracowanie „Dziecko z cukrzycą w środowisku nauczania – informacje dla nauczycieli" zatwierdzone i rekomendowane przez Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Pediatrii, doc. dr. hab n. med. Annę Dobrzańską.

Szanowni Państwo,
Szkoła staje się dla naszych dzieci ich drugim domem, dotyczy to również, a może przede wszystkim, dzieci i młodzieży z cukrzycą, których dodatkowe troski związane z chorobą powinny być zrozumiane przez ich opiekunów. Należy pamiętać, że częstość zachorowań na cukrzycę u dzieci w Polsce i na świecie istotnie rośnie, dlatego też wszyscy opiekunowie, w tym również nauczyciele powinni mieć wystarczającą świadomość i wiedzę na temat postępowania z chorym dzieckiem. Konieczne informacje, które znajdziecie Państwo w Poradniku pozwolą na ograniczenie obaw związanych z postępowaniem z Waszym podopiecznym chorym na cukrzycę.
Zrozumienie takich pojęć jak insulina, glukometr, pompa insulinowa czy, bardzo ważne, hipoglikemia i glukagon prawdopodobnie przyczynią się również do zrozumienia problemów i rozterek naszych małych pacjentów. Poza tym, wykorzystując tę wiedzę, w bardzo prosty sposób, można uratować zdrowie lub życie dziecka, gdyż hipoglikemia w przebiegu cukrzycy jest nagłym stanem zagrożenia życia. Przygotowany przez zespół specjalistów Instytutu Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie poradnik opieki nad dziećmi i młodzieżą z cukrzycą w szkole jest w pełni profesjonalną publikacją diabetologiczną, która z pewnością odpowie na wiele nurtujących Państwa pytań i powinna stać się lekturą obowiązkową dla wszystkich opiekunów i nauczycieli. W związku z powyższym bardzo gorąco zachęcam do przeczytania tego opracowania.

Prof. dr hab. n. med. ***Wojciech Młynarski***
Przewodniczący Sekcji Pediatrycznej
Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego.
Kierownik Kliniki Chorób Dzieci
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Szanowni Państwo,
Środowisko nauczania i wychowania skupia dzieci i młodzież z wieloma problemami zdrowotnymi, w tym z chorobami przewlekłymi np. takimi jak cukrzyca. Nauczyciele, pedagodzy muszą zatem posiadać podstawową wiedzę na temat tych chorób

w kontekście ewentualnego wpływu choroby na zachowanie dziecka, jego wyniki w nauce, aktywność itp. Nauczyciel powinien wiedzieć na jakie niepokojące objawy należy zwrócić uwagę i jak postępować w przypadku ich wystąpienia. Broszura niniejsza jest cenna, gdyż w pigułce przedstawia podstawowe informacje na temat cukrzycy a także informuje o ewentualnych objawach niepokojących, jakie mogą wystąpić u dziecka z cukrzycą, w takim zakresie, w jakim powinien znać je nauczyciel. Broszura stanowi skrypt dla nauczyciela, mówiący o tym jak się zachować w konkretnych sytuacjach, aby pomóc dziecku. Wartością niniejszego opracowania jest ujęcie problematyki dziecka z cukrzycą w środowisku szkolnym i poza szkołą (na wycieczce) w aspekcie nie tylko medycznym ale i psychologicznym. Dobry nauczyciel, aby dobrze ocenić ucznia musi go poznać: jego możliwości, zaangażowanie, chęci, wiedzę, umiejętności itp. Dziecko z chorobą przewlekłą musi się z tą choroba zaprzyjaźnić i nauczyć żyć, aby z życia czerpać jak najwięcej, bez szkody dla własnego zdrowia. Aby ocena nauczyciela była obiektywna – powinien znać te uwarunkowania. Dla nauczycieli ta publikacja może stać się bardzo cennym narzędziem metodycznym.

Dr n. med. ***Krystyna Piskorz-Ogórek***
Konsultant Krajowy w Dziedzinie Pielęgniarstwa Pediatrycznego.
Adiunkt Katedry Pielęgniarstwa Wydziału Nauk Medycznych
Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie

BROSZURA DLA PIELĘGNIARKI SZKOLNEJ

OPRACOWANIE:
Mgr **Alicja Szewczyk**
Poradnia Diabetologiczna Kliniki Chorób Metabolicznych, Endokrynologii i Diabetologii
Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka", Warszawa

Dr n. biol. **Renata Adamska**
Katedra Pielęgniarstwa Pediatrycznego Uniwersytet Medyczny, Klinika Endokrynologii i Diabetologii Wieku Rozwojowego, Szpital Kliniczny im. K. Jonschera, Poznań

Opracowanie „Opieka pielęgniarki szkolnej nad uczniem z cukrzycą – informacje dla pielęgniarki" szkolnej zatwierdzone i rekomendowane przez Konsultana Krajowego w Dziedzinie Pediatrii, doc. dr. hab n. med. Annę Dobrzańską.

Szanowni Państwo,
W dzisiejszych czasach szkoła staje się dla naszych dzieci drugim domem, dotyczy to również, a może przede wszystkim, dzieci i młodzieży z cukrzycą czy innymi chorobami przewlekłymi, których dodatkowe troski związane z chorobą powinny być zrozumiane przez ich opiekunów. Należy pamiętać, że częstość zachorowań na cukrzycę u dzieci w Polsce istotnie rośnie, dlatego też wszyscy opiekunowie szkolni powinni mieć wystarczającą świadomość i wiedzę na temat postępowania z chorym dzieckiem.
Z drugiej strony jedyną profesjonalną medyczną ostoją w szkole pozostaje pielęgniarka szkolna, która wspiera wiedzą i doświadczeniem zarówno dzieci, jak i nauczycieli. W związku z powyższym zaistniała konieczność stworzenia publikacji dla pielęgniarek szkolnych poświęconej opiece nad dziećmi i młodzieżą z cukrzycą. Tę właśnie lukę w pełni może wypełnić niniejsza Broszura przygotowana przez specjalistów posiadających wieloletnie doświadczenie w zakresie pielęgniarskiej opieki diabetologicznej. W tej publikacji znajdziecie Państwo informacje dotyczące insulinoterapii, a także postępowania w stanach nagłych u dzieci z cukrzycą. Interesującym i bardzo ważnym zagadnieniem jest rozdział dotyczący nowoczesnych narzędzi do samokontroli i leczenia cukrzycy, takich jak glukometry czy pompy insulinowe. Kolejnym szeroko dyskutowanym w Broszurze aspektem opieki nad dzieckiem z cukrzycą jest postępowanie żywieniowe, w tym wykorzystanie pojęcia wymienników pokarmowych, które w warunkach szkolnych wymaga dogłębnego zrozumienia przez pielęgniarkę szkolną. Podsumowując, lektura Broszury z pewnością pozwoli na ograniczenie obaw związanych z postępowaniem z dzieckiem chorym na cukrzycę poprzez dostarczenie bardzo rzetelnej wiedzy medycznej
w zakresie diabetologii wieku rozwojowego, jak również z pewnością odpowie na wiele nurtujących Państwa pytań i powinna stać się lekturą obowiązkową dla wszystkich pielęgniarek opiekujących się dziećmi i młodzieżą szkolną. W związku z powyższym bardzo gorąco zachęcam do przeczytania tego opracowania.

Prof. dr hab. n. med. ***Wojciech Młynarski***
Przewodniczący Sekcji Pediatrycznej
Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego.
Kierownik Kliniki Chorób Dzieci
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Szanowni Państwo,
Środowisko nauczania i wychowania skupia dzieci i młodzież z wieloma problemami zdrowotnymi, w tym z chorobami przewlekłymi, takimi jak np. cukrzyca. Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania musi zatem posiadać wiedzę kliniczną, dotyczącą poszczególnych chorób, objawów ewentualnych zaostrzeń choroby, sposobu postępowania i zapobiegania powikłaniom. Powyższa Broszura opracowana przez Polską Federację Edukacji w Diabetologii jest cenna, gdyż:

1. Opracowali ją Fachowcy.
2. W treści zawiera najistotniejszą wiedzę niezbędną dla pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania, przekazaną w pigułce.
3. Zawiera podstawowe informacje o cukrzycy, hipoglikemii, hiperglikemii, o najnowszym sprzęcie do samokontroli, jakości życia dziecka z cukrzycą i organizacji środowiska szkolnego bezpiecznego dla ucznia z cukrzycą.
4. Zawiera wskazówki dla pielęgniarki, dotyczące wycieczek szkolnych uczniów z cukrzycą, adresy organizacji i stowarzyszeń dzieci chorych na cukrzycę.
5. Posiada również słowniczek podstawowych pojęć, z którymi warto oswajać młodzież, można je wykorzystać np. w konkursach wiedzy nt. cukrzycy. Słowniczek podstawowej terminologii stosowanej w cukrzycy będzie bardzo przydatny dla samej pielęgniarki, która w jednej publikacji znajdzie informacje potrzebne w codziennej pracy z diabetykiem. Podsumowując, powyższa Broszura jest godnym polecenia, wartościowym i cennym materiałem nie tylko dydaktycznym ale także i metodycznym dla pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania.

Dr n. med. ***Krystyna Piskorz-Ogórek***
Konsultant Krajowy w Dziedzinie Pielęgniarstwa Pediatrycznego.
Adiunkt Katedry Pielęgniarstwa Wydziału Nauk Medycznych
Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie

Doświadczenia z terapią grupową nastolatków z cukrzycą typu I i ich rodziców

RN Løding, JE Wold, Å Skavhaug
European Diabetes Nursing, spring 2008
volume 5 issue 1, pages 9-14

Tłumaczenie: **Renata Wójcik**

Wstęp

Okres dojrzewania i młodzieńczy może być czasem trudnym dla rodzin dzieci z cukrzycą. Relacje między rodzicami a młodzieżą w tym okresie mogą stać się napięte, kiedy pojawia się znacznie więcej ważnych spraw w życiu młodych ludzi.(1)
W 2004 roku Wydział Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Przychodnia Dziecięca Szpitala Levanger i Przychodnia Dziecięca Szpitala w Namsos w Norwegii współpracowały w projekcie „Zapobieganie późnym powikłaniom cukrzycy u młodzieży z cukrzycą typu I (IDDM), reedukacja grupowa i trening komunikacji dla młodzieży i jej rodziców". Wyniki tego badania zostały szczegółowo opisane.(3) Projekt narodził się z doświadczeń pielęgniarek diabetologicznych w przychodni dla dzieci i młodzieży. (…) Zaangażowanie rodziców i zwiększone zobowiązania związane z zadaniami wynikającymi z cukrzycy w relacji dorastające dziecko–rodzic, zdaje się zwiększać konflikt w rodzinie związany z cukrzycą.
W obecnym badaniu mamy nadzieję zachęcić do lepszej komunikacji pomiędzy młodzieżą z cukrzycą a jej rodzicami oraz promować współpracę między nimi.
W badaniu w Bergen w Norwegii wykazano, że opieka rodzicielska i zaangażowanie, to ważne czynniki dla zdrowia i dobrego samopoczucia młodych ludzi z cukrzycą i podkreślono ważność rodzinnego podejścia w opiece diabetologicznej.(5)
Dodatkowo stwierdzono, że spotkania grup rówieśników mogą mieć pozytywny wpływ na poziom glukozy we krwi u młodzieży z cukrzycą.(6,7) Wyniki te także sugerują, że metoda rozwiązywania problemów w grupach może być bardziej efektywna niż tradycyjne wizyty kontrolne. (6,7)
Pomysł na pracę w grupach opiera się na koncepcji, że uczestnicy mogą sobie nawzajem pomóc poprzez dzielenie się wiedzą i uczuciami a także poprzez porównywanie nastawienia, zachowania i doświadczenia.
Nasza hipoteza zakłada, że wsparcie rówieśników i możliwość rozwiązywania problemów w grupach poprawi poziomy hemoglobiny glikozylowanej u nastolatków bez obniżania ich jakości życia. Mamy nadzieję, że młodzi ludzie i ich rodzice będą współpracowali jak drużyna w leczeniu cukrzycy, i że stopniowo młodzi ludzie będą zachęcani do brania coraz większej odpowiedzialności za swoje zdrowie. Rodzice w swoich własnych grupach, będą mieli możliwość wymiany doświadczeń i wzajemnego wsparcia.
Reedukacja, zaprojektowana przez pielęgniarki w oparciu o szpitalny oddział pediatryczny wyspecjalizowany w cukrzycy, została wprowadzona dla grup młodzieży. Młodzież wprowadziła do procesu reedukacji również swoje własne doświadczenia. Chcieliśmy, by rodzice zaufali swoim dzieciom wierząc, że mają wymaganą wiedzę, by do pewnego stopnia móc leczyć swoją chorobę.
Celem tego artykułu jest opisanie elementów naszej interwencji i przedyskutowanie uzyskanych doświadczeń. Chcemy wykazać przyczyny, dla których jest to dobre podejście w sprawowaniu opieki nad młodzieżą z chorobą przewlekłą.

Metody
Uczestnicy

60 młodych ludzi w wieku 13-18 lat chorujących na cukrzycę typu I uczestniczyło w regularnych wizytach kontrolnych w szpitalach Levanger i Namsos, zanim rozpoczęliśmy badanie. Pacjenci i ich rodzice otrzymali pisemne zaproszenia do udziału w projekcie. Wymagana była zgoda i aktywny udział dziecka i jednego z rodziców. Następnie przeprowadzono wywiady z każdym, kto wyraził zgodę na badanie. W przychodni oraz przez telefon pytano o codzienny styl życia, oczekiwania co do projektu oraz wyjaśniano przebieg badania. Rozmowy przeprowadzano oddzielnie wśród dzieci i rodziców. Pacjentów podzielono na 3 grupy, z powodu geograficznych odległości utworzono jedną grupę w północnej czę-

ści okręgu, pozostali uczestnicy zostali przydzieleni do dwóch kolejnych grup.
Dwie grupy rozpoczęły pracę w grupach w marcu, wśród nich grupa z północnej części okręgu. Grupa kontrolna rozpoczęła pracę w lipcu. Jedyna różnica między grupą kontrolną a pozostałymi grupami była taka, że grupa kontrolna spotykała się na terapii grupowej 6 razy, podczas gdy pozostałe dwie grupy 10 razy. Rodzice zostali również podzieleni na trzy grupy i rozpoczęli terapię grupową w tym samym czasie co ich dzieci. Wszystkie grupy spotykały się raz w miesiącu na godzinę.

Narzędzia badawcze

Kwestionariusz Diabetes Quality of Life (DQOL) został użyty dla pacjentów i ich rodziców. DQOL bada wpływ cukrzycy na jakość życia, codzienne i przyszłe zmartwienia związane z chorobą i satysfakcję z życia z cukrzycą. Uczestnicy wypełniali kwestionariusz 4 razy: zanim zaczęli projekt, 4 miesiące po rozpoczęciu terapii grupowej, w grudniu 2004 roku i w grudniu 2005 roku.
W projekcie badawczym uwzględniono także pomiar poziomów HbA1c. Próbki krwi rutynowo są pobierane co 3 miesiące u dzieci z cukrzycą, wyniki uzyskiwano z dokumentacji medycznej uczestników badania.

Program terapeutyczny

W życiu grupy wyróżnić można przynajmniej 4 różne fazy: fazę rozwoju, fazę formacyjną, fazę pracy i fazę zakończenia.(8)

Faza rozwoju.

Zanim rozpoczęły się spotkania grup, wiele czasu poświęcono na planowanie projektu, który był specyficznie zaprojektowany dla grupy intencyjnej a mianowicie dla rodzin z członkami chorującymi na cukrzycę. Zgodnie z tym, co Heap nazywa „diagnostyczną świadomością"(8), uświadomiliśmy sobie, w jaki sposób ten projekt i jego rezultaty wpłyną na uczestników. Faza rozwoju uwzględnia również teorie na temat metod pracy i komunikacji w grupach.(8,11,12) W procesie planowania zostały uwzględnione zasady Johna Hodge'a dotyczące przywództwa w grupie.(13)

Faza formacyjna.

Ta faza charakteryzuje się odkrywaniem i poszukiwaniem wspólności. Na pierwszym spotkaniu sformułowano kontrakt uwzględniający następujące zagadnienia:

- Poufność i dyskrecja – wymagana od wszystkich członków grupy, dotyczy wszystkiego, co zostało powiedziane i wykonane podczas sesji grupowej,
- Słowne i fizyczne zniewagi – szkodzenie członkom grupy było zabronione,
- Absencja – lider grupy musi być niezwłocznie powiadomiony o nieobecności.
- Reedukacja – była istotnym aspektem tego projektu. Chociaż niektórzy uczestnicy chorowali na cukrzycę od wielu lat, inni mieli niewiele doświadczeń jako pacjenci. Tabela 1 przedstawia zestaw zagadnień poruszanych w ramach reedukacji.

Faza pracy.

Każde spotkanie rozpoczynało się od tzw. czynności na rozgrzewkę, np. malowanie, ćwiczenia fizyczne lub cykl pytań na tematy nie związane z cukrzycą. Po rozgrzewce grupa siadała w kole bez stołu i dookoła grupy do każdego uczestnika podawano kamień; to mogła być po prostu piłka czy zabawka, ale podczas tego okrążenia ostatecznie ustalany był temat spotkania. Sesja kończyła się również krążeniem kamienia wśród uczestników, był to czas podsumowania i krótkiego zasygnalizowania kolejnego tematu spotkania.

Faza zakończenia.

Ta faza projektu powinna być odczuwana jako naturalny i spodziewany czas, na który lider grupy przygotowuje uczestników, by etap ten mógł nastąpić bez zakłóceń.

Współpracownicy projektu

Do projektu zaangażowano grupę pielęgniarek, lekarzy i wyszkolonych pracowników socjalnych pracujących w przychodniach pediatrycznych w Levanger i Namsos i na Wydziale Psychiatrii Dzieci i Młodzieży w Levanger. Liderzy grup uczestniczyli w spotkaniach ewaluacyjnych przed i po każdej sesji grupowej.
(…)

Wyniki

19 nastolatków, w tym dwie pary bliźniaków (10 dziewcząt i 9 chłopców) w wieku 13-17 lat wyraziło zgodę na udział w projekcie. Czas trwania choroby wynosił od 1 roku do 15 lat (średnio 6,6 lat). Uczestników podzielono na trzy grupy, 8 osób włączono do grupy kontrolnej, 5 i 6 do grup terapeutycznych.
Poziomy HbA1c zebrano z dokumentacji medycznej każdego uczestnika 5 razy w przedziale czasu grudzień 2004 – grudzień 2005. Biorąc pod uwagę całą grupę badanych, zaobserwowano nieistotne statystycznie obniżenie średniego poziomu HbA1c z 9,2% do 8,7%. Średni poziom HbA1c u chłopców zwiększył się z 8,9% do 9,2%, podczas gdy u dziewcząt obniżył się istotnie statystycznie z 9,4% do 8,4% w badanym okresie czasu (p=0,039).(3) (…)
Dane z kwestionariuszy nie dały jasnych odpowiedzi. Odpowiedzi różniły się do tego stopnia, że trudno było je ocenić i zinterpretować, czy badane rodziny odczuły poprawę ich sytuacji po terapii grupowej. Jednakże wyniki oparte na ustrukturyzowanych wywiadach z uczestnikami wykazały, że nasze interwencje terapią grupową polepszyły relacje rodzic–nastolatek.

Dyskusja (…)

Wnioski

Projekt okazał się sukcesem i w obu pediatrycznych przychodniach w Nord-Trøndelag trwają zajęcia nowych grup. Mamy nadzieję w przyszłości móc zaoferować ten rodzaj pouczających, twórczych i wzbogacających sesji terapeutycznych dla rodzin dzieci z innymi chorobami przewlekłymi.

Zaobserwowano znaczące statystycznie obniżenie poziomu HbA1c u dziewcząt, u chłopców i dziewcząt proces pogarszania wyników zatrzymał się.(3). Powyższe obserwacje są warte dalszych badań.

Tabela 1. Strategie reedukacji dla nastolatków z cukrzycą i ich rodziców.

TEMAT	SZCZEGÓŁY
Ja i moja cukrzyca	Każda osoba opowiada o sobie
Co to jest cukrzyca?	Fizjologia (dyskusja w grupach)
Pomiar poziomu cukru we krwi	Kiedy i jak? Alternatywne miejsca pomiaru Profile poziomu cukru Wyposażenie do badania poziomu cukru, porównanie, pokaz Własne doświadczenia uczestników
Insulina	Rodzaje i funkcje insulin Nowe rodzaje insulin Ważność zmiany miejsc podawania insuliny Dyskusja na temat insulin używanych przez uczestników
Hipoglikemia	Co się dzieje w organizmie? Objawy Własne doświadczenia Leczenie ciężkich hipoglikemii Ulotki na temat hipoglikemii
Kwasica ketonowa w cukrzycy	Informacje na temat kwasicy Własne doświadczenia
Alkohol / papierosy	Ulotka informacyjna Doświadczenia własne
Aktywność fizyczna / sport	Informacje na temat znaczenia aktywności fizycznej Doświadczenia własne
Odżywianie	Jak różne produkty spożywcze wpływają na poziom cukru we krwi Przejadanie się / zwiększone zapotrzebowanie na insulinę Nauka przez własne obserwacje: spożywanie różnych rodzajów słodyczy, produktów i napojów oraz pomiar glikemii
Różne sposoby podawania insuliny	Pompy insulinowe Peny
Wykorzystanie internetu do uzyskiwania informacji o cukrzycy	Każdy korzysta z własnego komputera Lider grupy asystuje w poszukiwaniach istotnych informacji
Najnowsze badania na temat cukrzycy	Lider grupy odpowiada na pytania i dostarcza wiedzy na temat najnowszych badań o cukrzycy typu I
Podróże / pozostawanie za granicą / samodzielne życie	Członkowie grupy omawiają własne doświadczenia i przemyślenia
Późne powikłania / poziom HbA1c	Lider grupy omawia te trudne zagadnienia biorąc pod uwagę wiek nastolatków

Delegacja PFED z Polski z przedstawicielami International Diabetes Federation.

EASD i FEND

We wrześniu bieżącego roku odbyły się w Rzymie dwie ważne konferencje dla profesjonalistów zajmujących się pacjentami z cukrzycą. W dniach 1-5 września miał miejsce 44-ty Zjazd Europejskiego Towarzystwa do Badań nad Cukrzycą – EASD. W dniach 5-6 września uczestniczyliśmy z ramienia PFED w 13. Międzynarodowej Konferencji Stowarzyszenia Europejskich Pielęgniarek Diabetologicznych FEND – Federation of European Nurses in Diabetes. Oto krótkie relacje z tych wydarzeń.

44. Zjazd EASD

W dniach 01–05.09.2002 roku odbył się w Rzymie kolejny, 44-ty Zjazd Europejskiego Towarzystwa do Badań nad Cukrzycą – EASD – European Association for the Study of Diabetes. Europejskie Towarzystwo Badań nad Cukrzycą znajduje się w czołówce światowych Towarzystw Diabetologicznych. Raz w roku, na organizowanej przez siebie konferencji, naukowcy z różnych krajów przedstawiają uzyskane wyniki badań oraz przygotowują propozycje postępowania terapeutycznego u chorych na cukrzycę. W sesji plakatowej przedstawiono 1402 plakaty. Polska Federacja Edukacji w Diabetologii przedstawiała swój dorobek na stoisku przygotowanym dla reprezentantów z Polski. Udział Stowarzyszenia PFED w konferencji EASD pozwolił na nawiązanie kontaktów ze stowarzyszeniami profesjonalistów z wielu innych krajów a także cenną wymianę doświadczeń w zakresie opieki diabetologicznej. Spotkanie z Prezydentem EASD, prof. Ele Ferrannini, było dla nas ogromnym wyróżnieniem. Jego słowa skierowane do nas podkreśliły ważność naszego uczestnictwa i zaangażowania w rozwój badań naukowych w dziedzinie cukrzycy.

13. Konferencja FEND

Wykłady, w których uczestniczyłyśmy, odbywały się każdego dnia między 9.00 i 17.00. Prowadzili je wybitni specjaliści z różnych krajów – lekarze, lekarze - pediatrzy, pielęgniarki diabetologiczne, dietetyczki. Program konferencji FEND był bardzo bogaty. Tematyka zajęć obejmowała kliniczne aspekty diabetologii: epidemiologię cukrzycy typu I i II, powikłania sercowo-naczyniowe, nefropatię, neuropatię, retinopatię, problem hipoglikemii, hiperglikemii, stopy cukrzycowej oraz wykłady na temat: edukacji zdrowotnej chorych na cukrzycę, zasad prowadzenia insulinoterapii, zasad prowadzenia samokontroli glikemii. W czasie konferencji nawiązałyśmy kontakty z pielęgniarkami z innych krajów. Wymieniałyśmy się naszymi spostrzeżeniami i doświadczeniami z pracy z pacjentami diabetologicznymi. Na konferencji spotkałyśmy również pielęgniarki, które uczestniczyły w kursie diabetologicznym – END-CUP (European Nurses Diabetes Collaborative University Project), organizowanym przez Federację Diabetologicznych Pielęgniarek Europejskich FEND: Elenę z Gruzji, Deborah z Bermud, Christine, Mette i Hanne z Danii oraz Lige z Łotwy.

Na konferencji w Rzymie Polskę z ramienia PFED reprezentowały: Alicja Szewczyk, Mirosława Młynarczuk oraz Beata Stepanow.

JAK UŁATWIĆ PRZYJMOWANIE LEKÓW SENIOROM CHORYM NA CUKRZYCĘ?

How to enable drugs receiving by diabetes seniors?

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

KATARZYNA FELSKA studentka V roku Edukacji Zdrowotnej z Geragogiką, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, e-mail: **kasiafelska@tlen.pl**

STRESZCZENIE

Cukrzyca jest chorobą wymagającą wieloaspektowego leczenia. Pacjenci oprócz leków hipoglikemizujących niejednokrotnie muszą zażywać leki z powodu innych współistniejących chorób. Powyższa sytuacja dotyczy głównie ludzi starszych. U osób w starszym wieku występuje zwykle jednocześnie wiele schorzeń o charakterze przewlekłym, w przypadku których konieczna jest politerapia [1]. Właściwe przyjmowanie leków warunkuje dobre ich działanie oraz stanowi o stanie zdrowia pacjenta. Osoby starsze, z powodu zaburzeń pamięci, niejednokrotnie mają problemy z właściwym przyjmowaniem leków. Nie istnieje jeden niezawodny sposób na to, aby pacjent pamiętał o zasadach stosowania leków, a nawet o ich zażyciu. Istnieje jednak wiele sposobów ułatwiających seniorom bezpieczne zażywanie leków, zgodnie z zaleceniami lekarza. Autorki tego tekstu mają nadzieję, że zaprezentowane w nim przykłady, chociaż w niewielkim stopniu, ułatwią chorym seniorom rozwiązanie analizowanego problemu.

SŁOWA KLUCZE

zażywanie wielu leków, sposoby ułatwiające

WSTĘP

Głównym celem leczenia farmakologicznego jest utrzymanie status quo zdrowia oraz uniknięcie lub opóźnienie powikłań choroby. Warunkiem osiągnięcia tych celów jest właściwe, zgodne z zaleceniami lekarza, zażywanie leków. W przypadku chorób przewlekłych, takich jak cukrzyca, leczenie farmakologiczne kontynuowane jest w domu pacjenta. Zadaniem zespołu edukacyjnego, głównie pielęgniarki, jest przygotowanie pacjenta i jego rodziny lub opiekunów do samodzielnego nadzorowania zaleconej terapii.

W ramach tych działań należy chorego lub osoby sprawujące nad nim opiekę:

- nauczyć sposobu dawkowania leków (czasu podania, częstotliwości podawania);
- wyjaśnić zasady przyjmowania leku: doustnie (na czczo, bezpośrednio przed jedzeniem lub po jedzeniu), podskórnie, domięśniowo, dożylnie, doodbytniczo;
- pokazać sposób dokumentowania przyjmowania leków, np. odnotowywanie tego faktu w przeznaczonym do tego celu zeszycie [2].

Zapamiętanie tych wszystkich szczegółowych informacji nie jest łatwe dla osób starszych. Nie oznacza to jednak, że muszą być oni uzależnieni od innych. Czasem wystarczy skorzystać z prostych sposobów i metod ułatwiających radzenie sobie z problemami związanymi z lekoterapią.

SPOSOBY UŁATWIAJĄCE PRAWIDŁOWE PRZYJMOWANIE LEKÓW

Zazwyczaj po wizycie u lekarza, pacjent wychodzi z gabinetu z plikiem recept i kartką, na której lekarz zapisuje zalecenia odnośnie stosowania leków. Najczęściej są to informacje zdawkowe, dotyczące pór i sposobów przyjmowania leków. Często lekarz udziela informacji ustnych, co daje bardzo mierne efekty. Pacjenci, szczególnie starsi, po wyjściu z gabinetu zapamiętują połowę informacji a w momencie dotarcia do domu jeszcze mniej. Doświadczenia jednej z autorek tekstu, wynikające z długoletniej pracy z ludźmi starszymi chorymi na cukrzycę dowodzą, że często konieczne jest przekazanie pacjentom

jednocześnie różnych sposobów ułatwiających zapamiętanie technik i pór przyjmowania leków. Sposoby te są zindywidualizowane w zależności od potrzeb pacjenta (słabszy wzrok, drżenie rąk, szwankująca pamięć itp.). Zdarza się, że starsi pacjenci zagubią kartkę, na której lekarz zapisał zalecenia. W takiej sytuacji pacjent powinien wiedzieć, że może poprosić farmaceutę, by napisał dawkowanie leku na opakowaniu (lekarze zapisują sposób dawkowania na receptach).
Zazwyczaj farmaceuci korzystają z systemu 0 i 1, gdzie 0 oznacza nie zażywać leku, a 1 należy lek zażyć, np. 0 – 0 – 1, lek powinien być zażyty tylko wieczorem, 1 – 1 – 1, lek należy zażyć trzy razy dziennie itd.
Oprócz wiedzy na temat pory dnia, należy wiedzieć czy lek zażyć przed, czy po posiłku. Taką informację również można zaznaczyć na opakowaniu, używając symboli, np. 0 – 0 – < 1, oznacza to, że lek należy zażyć przed posiłkiem, w tym przypadku przed kolacją, 0 – 0 – 1 >, lek należy zażyć po posiłku, w tym przypadku po kolacji.
Można także zastosować inne symbole np. rysunki. Chleb może oznaczać konieczność zażycia leku przed śniadaniem i kolacją, a np. garnek, przed obiadem, znak drogowy STOP – nie zażywać leku.

Dużym ułatwieniem przechowywania i zażywania leków jest segregacja ich w opakowania np. po lodach, po margarynie itp. Na pudełeczku należy nakleić kartkę z nazwą i opisem działania leków np. przeciwbólowe, na przeziębienie, obniżające poziom cukru itp. Jeżeli pacjent musi zażywać leki każdego dnia, na karteczce należy napisać NA DZIEŃ, lub symbol słońca, NA NOC, lub symbol księżyca. Dla ułatwienia bok opakowania, na którym nie ma opisanego działania, ani dawkowania można okleić kolorową karteczką z opisem np. NIEBIESKA – leki przyjmowane przed posiłkiem, ŻÓŁTA – leki przyjmowane po posiłku. Kolory powinny być wyraziste i zdecydowanie odróżniać się od siebie.

Pudełka po lodach, czy po margarynie można zastąpić pudełeczkami, zakupionymi w aptekach z podziałem na: rano, popołudnie, wieczór. Takie pudełka można trzymać w widocznym miejscu, aby nie zapomnieć o zażyciu leków. Poza tym łatwo można sprawdzić, czy lek zastał zażyty, zaglądając do konkretnej przegródki. W celu wyodrębnienia leków, które należy zażywać przed i po posiłku dobrze jest mieć dwa pudełeczka z naklejką „przed" i „po". Pewną trudnością w korzystaniu z tych pudełek jest konieczność codziennego uzupełniania leków w odpowiednie przegródki. Pacjenta należy pouczyć, aby leki rozkładał w ciszy i spokoju, aby zakładał okulary, przy słabszym wzroku. Leków nie należy rozkładać w sposób mechaniczny, oglądając telewizję lub rozmawiając przez telefon. Na koniec należy policzyć, czy liczba leków na daną porę dnia się zgadza. Leki do pudełek należy wkładać czytając nazwy z kartki z zaleceniami od lekarza lub korzystając z wyżej opisanej metody pudełek „na dzień", „na noc".

Aby przypomnieć o konieczności zażycia leku o konkretnej porze można w telefonie ustawić tzw. alarm cykliczny, który codziennie o tej samej porze będzie przypominał o tej czynności. Dobrym sposobem jest także nastawienie kilku budzików, na różne pory dnia. Sprawdzonym przez pacjentów sposobem jest naklejanie na lodówce karteczek, które po każdym zażyciu leków należy zrywać. Karteczki można naklejać np. na tydzień.

Istotnym zagadnieniem związanym z farmakoterapią jest pozycja, w której powinno się leki zażywać oraz to, czym należy dany specyfik popijać. Aby uniknąć zachłyśnięcia należy zażywać leki w pozycji stojącej lub siedzącej, nie należy tego robić w pozycji LEŻĄCEJ. Leki najczęściej popija się wodą, tylko w przypadku zaleceń lekarskich lub producenta leku, można stosować inne płyny. Niektórzy seniorzy mają problemy z połykaniem tabletek, szczególnie tych, których nie można dzielić ani rozpuszczać (leki w kapsułkach i z otoczką). W takiej sytuacji należy poinformować chorego, że ma prawo poprosić lekarza o przepisanie leku w innej postaci np. zawiesina lub syrop [3].

SPOSOBY PRZECHOWYWANIA LEKÓW

Skuteczne działanie leków zależne jest także od sposobu ich przechowywania. Seniorzy często pomijają ten fakt, zatem powinien być on istotnym elementem edukacji każdego chorego. Leki należy przechowywać w suchym i ciemnym miejscu. Żadne leki nie powinny być wystawione na działanie światła (ani promieni słonecznych, ani światła domowego). Leki przechowywane w lodówce należy trzymać w osobnym, ciemnym pojemniku, by nie miały kontaktu z żywnością. Leki KONIECZNIE należy przechowywać w oryginalnych opakowaniach. W opakowaniu powinna znajdować się ulotka, którą po powrocie do domu należy uważnie przeczytać. Jeżeli w opakowaniu nie ma ulotki lub ją chory zagubił, powinien wiedzieć, że może pójść do apteki i poprosić o jej skopiowanie.
Autorki powyższego tekstu mają pełną świadomość, że przytoczone w nim przykłady nie wyczerpują w pełni problematyki właściwego zażywania i przechowywania leków. Mają jednak nadzieję, że powyższe zagadnienia będą istotnym aspektem edukacji zdrowotnej (diabetologicznej) ludzi przewlekle chorych.

BIBLIOGRAFIA:

1. B. Gryglewska: *Farmakoterapia geriatryczna* [w:] T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red) *Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów*, Gdańsk 2007;
2. E. Krajewska-Kułak, M. Szczepański: *Udział pielęgniarki w farmakoterapii osób w podeszłym wieku* [w:] K. Kędziora-Kornatowska, M. Muszalik (red) *Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku. Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunku pielęgniarstwa*, Wydanie I, Lublin, 2007;
3. E. Szałek: Leki przeciwcukrzycowe cz. II [w:] *PORADNIK APTEKARSKI – OGÓLNOPOLSKI MAGAZYN BRANŻY FARMACEUTYCZNEJ*, październik 2007 #8 (16).

SPECJALIZACJA W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA DIABETOLOGICZNEGO – sprawozdanie z kwalifikacji

Kwalifikacja do udziału w specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego, której organizatorem jest stowarzyszenie Polska Federacja Edukacji w Diabetologii, odbyła się 1 sierpnia 2008 roku w Instytucie „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka" w Warszawie – miejscu siedziby PFED. Zgodnie z ilością nadesłanych wniosków, 36 osób zostało dopuszczonych do egzaminu oraz rozmowy kwalifikacyjnej, których pomyślne zakończenie było warunkiem udziału w specjalizacji. Oto sprawozdanie z wydarzenia, dzięki któremu 27 osób, będzie mogło w ciągu najbliższy dwóch lat zdobywać wiedzę i podnosić swoje kwalifikacje zawodowe w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego.

Komisja kwalifikacyjna

Na egzamin zgłosiło się 30 kandydatek. W skład komisji kwalifikacyjnej wchodziły następujące osoby: mgr Agnieszka Bukowska – konsultant województwa mazowieckiego w dziedzinie pielęgniarstwa, mgr Aneta Łuba – przedstawiciel Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, mgr Elżbieta Iłendo – przedstawiciel Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych, mgr Renata Koczan – przedstawiciel organizatora kształcenia specjalizacyjnego oraz przewodnicząca komisji mgr Alicja Szewczyk.

Kwalifikacja

Postępowanie kwalifikacyjne obejmowało:

a) ocenę (na podstawie przedstawionej dokumentacji) czy pielęgniarka, która ubiega się o dopuszczenie do specjalizacji spełnia wymogi określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 roku (Dz. U. Nr 197, poz. 1923)
b) przeprowadzenie egzaminu wstępnego w formie pisemnej, w przypadku gdy:
   - liczba pielęgniarek ubiegających się o dopuszczenie do specjalizacji jest większa niż liczba miejsc określonych przez organizatora
   - specjalizacja jest dofinansowywana ze środków publicznych, niezależnie od liczby kandydatów,
c) podjęcie decyzji o skróceniu okresu trwania specjalizacji, w przypadku gdy kandydat ubiega się o skrócenie okresu trwania specjalizacji i spełnia jeden z warunków:
   - posiada tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa oraz jest zatrudniony/a na stanowisku zgodnym z dziedziną specjalizacji, lub
   - ukończył/a szkolenie, w tym za granicą, w zakresie zgodnym z dziedziną specjalizacji trwające, co najmniej 3 miesiące oraz posiada, co najmniej 5 letni staż pracy w zawodzie, w zakresie zgodnym z dziedziną specjalizacji, lub
   - ukończenie specjalizacji w innej dziedzinie pielęgniarstwa lub w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia;
d) sporządzenie protokołu.

Wyniki oraz dofinansowanie

Po przeprowadzonym egzaminie oraz rozmowie kwalifikacyjnej przyjęto 27 osób w tym 25 osób, których uczestnictwo w specjalizacji będzie dofinansowane przez Ministerstwo Zdrowia oraz 2 osoby, które zadeklarowały opłacenie kosztów specjalizacji we własnym zakresie. Całkowity koszt specjalizacji wynosi 5 450 PLN. Dofinansowanie jednego miejsca szkoleniowego za cały okres trwania specjalizacji ze środków Ministerstwa Zdrowia wynosi 4 215 PLN. Pozostała kwota do zapłaty przez uczestnika specjalizacji wynosi 1 235 PLN. W celu dopełnienia formalności kandydaci z terenu obejmującego Warszawską Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych, ubiegający się o dofinansowanie kształcenia podyplomowego muszą złożyć wypełniony wniosek o dofinansowanie oraz obowiązujący formularz podania do pracodawcy. Informacje dotyczące dofinansowania dla kandydatów z innych terenów Polski, są przedstawione przez ich okręgowe izby pielęgniarek i położnych w miejscu przynależności do danej izby.
Kandydaci ze Stowarzyszenia Polska Federacja Edukacji w Diabetologii ubiegający się o dofinansowanie kształcenia podyplomowego muszą złożyć wypełniony wniosek o dofinansowanie do siedziby PFED. Wzór wniosku dostępny jest na stronie www.pfed.org.pl
Wszystkim rozpoczynającym specjalizację gratuluję, życzę cierpliwości i wytrwałości na czas trwania specjalizacji.

Alicja Szewczyk
Kierownik specjalizacji

Egzamin
dla praktyków

Pierwszy sierpnia 2008 roku. Centrum Zdrowia Dziecka. Klimatyzowana sala konferencyjna, a w środku 30 kandydatek z całej Polski, które za chwilę mają przystąpić do testu kwalifikacyjnego do I edycji specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego, organizowanej przez PFED. Każda z pań z dużym doświadczeniem zawodowym, każda na co dzień pracująca z pacjentem chorującym na cukrzycę, a mimo to wszystkie zdenerwowane. Tak trudno przewidzieć, jakie pytania znajdą się w teście. Diabetologia to przecież bardzo rozległa dziedzina i w końcu każda zadaje sobie pytanie co powiedzą koleżanki w pracy, jeśli się nie dostanę?

Pani mgr Alicja Szewczyk, przewodnicząca komisji egzaminacyjnej i kierownik specjalizacji, w imieniu komisji ciepło wita wszystkie uczestniczki i oficjalnie rozpoczyna egzamin. Każda z nas zajmuje wskazane miejsce i otrzymuje arkusz z pytaniami.

Pobieżnie przeglądam test, chyba nie jest aż tak trudny. Mam nadzieję, że poradzę sobie z nim, stres mija. Test składa się z 45 pytań. Pytania dotyczą najnowszych zaleceń związanych z żywieniem chorych, wyrównaniem metabolicznym, insulinoterapią pompową, edukacją pacjenta, ale są też pytania dotyczące uprawnień pielęgniarki. Czytam dokładnie każde pytanie i wybieram jedną odpowiedź, która wydaje mi się najwłaściwsza. Niby proste, a jednak pojawiają się schody. Okazuje się, że najprostsze pytania są najtrudniejsze.

Na sali panuje cisza i atmosfera skupienia. Pani Alicja czuwa, by egzamin przebiegał bez zakłóceń a jednocześnie stara się, by dodać nam otuchy. Mija czas, egzamin powoli dobiega końca, panie z komisji cierpliwie czekają, aż wszystkie oddamy swoje testy.

Kiedy komisja sprawdza nasze prace, my żywo dyskutujemy o teście, wymieniamy się spostrzeżeniami, zastanawiamy, która odpowiedziała poprawnie, a która nie; ciągle bowiem jeszcze jesteśmy rywalkami. Pięć z nas będzie musiało odpaść. Szkoda każdej, bo doświadczenie każdej z nas jest wiele warte, ale ilości miejsc nie można zwiększyć.

Napięcie zaczyna rosnąć. Za chwilę przewodnicząca komisji egzaminacyjnej odczyta wyniki testu i nazwiska pań, które zakwalifikowały się do udziału w specjalizacji. Żadna z nas nie zdobyła maksymalnej ilości punktów, ale to chyba nie ma teraz znaczenia, ważne jest by wśród wyczytywanych nazwisk usłyszeć swoje.

Udało się! Z ilością 43 punktów zostałam zakwalifikowana. Jeszcze tylko rozmowa kwalifikacyjna. Panie w komisji są bardzo przyjazne. Na koniec pamiątkowe zdjęcia wszystkich kandydatek z komisją i… spotkamy się 15. września na pierwszych wykładach.

Bardzo się cieszę, że będę miała możliwość podnoszenia swoich kwalifikacji, poszerzania własnej wiedzy, wymiany doświadczeń z dziewczynami z różnych ośrodków w kraju. Cieszę się, bo udział w specjalizacji jest szansą na nawiązanie nowych kontaktów i nowych znajomości.

Iwona Pilarczyk

Spełnione marzenie. I coś więcej...

Dzięki PFED spełniły się moje marzenia – mogę „otworzyć" specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego. Od 15 lat zajmuję się cukrzycą, szerzej mówiąc edukacją w cukrzycy, pracuję z dziećmi i dorosłymi. Bardzo lubię swoją pracę i zawsze chciałam poszerzać wiedzę z zakresu diabetologii.

Dnia 1 sierpnia 2008 roku, po złożeniu odpowiednich dokumentów, przystąpiłam wraz z innymi pielęgniarkami do egzaminu kwalifikującego, który składał się z dwóch etapów: testu wiadomości i rozmowy kwalifikacyjnej.

Stres był i to nie mały, jak na egzaminie, ale rodzinna atmosfera PFEDu i znajome twarze oraz przyjazna komisja przyniosły rozluźnienie i spokój.

Tutaj chciałam bardzo podziękować pani mgr Alicji Szewczyk za upór i starania, jakie włożyła w organizację specjalizacji i samego egzaminu. Dzięki Jej zaangażowaniu prężnie działa federacja i to Ona tworzy rodzinną atmosferę, pamięta każdą z nas, mimo że grono członków PFEDu jest coraz większe.

To, że tu jestem i zdałam egzamin to spełnienie mojego marzenia. Ale to również coś więcej. Po egzaminie usłyszałam od jednej z koleżanek: musimy teraz trzymać się razem i pomagać sobie nawzajem – zrozumiałam, że znalazłam się w gronie wspaniałych koleżanek, na które mogę liczyć.

Specjalizacja to nie jednorazowy kurs, ale 2 lata pracy, nauki, wyjazdów i kosztów z tym związanych – to budzi lęk, ale trzeba próbować, a razem jest łatwiej.

Pielęgniarki to duża grupa zawodowa i choć nie każdy się z tym zgadza, stanowi bardzo ważną część personelu medycznego. Zdobywając wiedzę w jakiejś profesji stajemy się specjalistami i umacniamy swoją pozycję, dlatego namawiam wszystkie koleżanki do pogłębiania wiedzy i rozpoczynania specjalizacji.

Pozdrawiam wszystkie pielęgniarki i nie tylko.

J.Ł.

PREZENTACJA PRACY ZESPOŁU EDUKACYJNEGO W PORADNI

Presentation of Education Team's work in ambulatory

JOLANTA NOWAK | Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach, Wojewódzka Poradnia dla Chorych na Cukrzycę w Zabrzu, email: **jolanta.nowak@pfed.org.pl**, kierownik – prof. dr hab. n. med. Krzysztof Strojek

STRESZCZENIE

Edukacja jest bardzo istotnym elementem w leczeniu cukrzycy zarówno typu I, jak i typu II. Celem edukacji zdrowotnej jest taki wpływ na wiedzę pacjenta o chorobie oraz postawę wobec niej, aby utrzymać dobrą kontrolę metaboliczną cukrzycy i zapobiegać jej powikłaniom.

SŁOWA KLUCZOWE

zespół edukacyjny, praca zespołu edukacyjnego z pacjentem w poradni

WSTĘP

Zespół terapeutyczno-edukacyjny składający się z: lekarza diabetologa, pielęgniarki diabetologicznej, dietetyczki stara się pomóc choremu na cukrzycę w ustawieniu programu leczenia tak, aby mogły być spełnione konieczne kryteria dobrej kontroli metabolicznej przy równoczesnym uwzględnieniu życia rodzinnego i pracy zawodowej. Optymalny model edukacji jest modelem wieloetapowym, pozwalającym choremu aktywnie włączać się w proces leczenia i samokontroli. Proces edukacji pacjentów z I typem cukrzycy różni się diametralnie od edukacji chorych z typem II cukrzycy.
Edukacja pacjenta z typem I cukrzycy musi być przeprowadzona bardzo intensywnie, ze względu na możliwość wystąpienia ostrych powikłań np. hipoglikemii. Typ II cukrzycy to chorzy, u których celem będzie, oprócz włączenia leczenia farmakologicznego, przede wszystkim modyfikacja stylu życia, a dzięki temu spowolnienie ujawniania i występowania często już istniejących powikłań. W artykule tym chciałabym zaprezentować pracę zespołu edukacyjnego w poradni dla chorych na cukrzycę.

PRACA ZESPOŁU Z PACJENTEM

Pierwszym etapem wizyty pacjenta w poradni jest przeprowadzenie badań podstawowych tzn. oznaczenie poziomu glukozy we krwi oraz oznaczenie zawartości cukru, acetonu i białka w moczu. Chory trafia do gabinetu lekarskiego, gdzie po pomiarze RR i ocenie fizykalnej pacjenta lekarz ustala z pacjentem krótko i długoterminowy plan leczenia. Podczas kolejnej wizyty lekarz analizuje wyniki samokontroli, pacjent dokonuje samooceny leczenia, następnie lekarz przeprowadza korektę dawek insuliny. Często zmiana dawek insuliny poprzedzona jest wizytą w gabinecie dietetyczki.

Ustalenie strategii leczenia, zaordynowanie leków to podstawowa część wizyty. Następnie pacjent trafia do gabinetu pielęgniarki diabetologicznej, która wprowadza podstawowe elementy edukacji, w zależności od typu cukrzycy.
W przypadku pacjenta z typem I cukrzycy, edukacja odbywa się intensywnie tzn., w pierwszej kolejności uczymy chorego:
- zasad samokontroli – obsługa glukometru, umiejętności przeprowadzenia badania i interpretacji wyników
- przygotowania penów i zasad podawania insuliny, regulowania dawek
- rozpoznawania hipoglikemii i umiejętności jej prewencji i leczenia
- umiejętności oceny wpływu aktywności fizycznej na stężenie glukozy.

W dalszych etapach przekazujemy choremu informacje na temat zachowań w sytuacjach szczególnych: w czasie ostrej choroby infekcyjnej, w czasie podróży, podczas prowadzenia samochodu.

Edukacja chorego z typem II cukrzycy to w większości edukacja osób starszych, więc wymagająca cierpliwości. Pacjenci w starszym wieku nie lubią wprowadzania zmian w trybie życia, dlatego nasze informacje o konieczności wprowadzenia

modyfikacji w odżywianiu, przyjmowaniu leków, a w szczególności podawaniu insuliny czy też prowadzeniu samokontroli muszą być dozowane bardzo powoli. Edukację rozpoczynamy od sprawy najistotniejszej. Jeżeli pacjent musi przyjmować insulinę, to ona staje się numerem jeden w tej edukacji. Jeżeli leczenie polega na przyjmowaniu leków doustnych, to możemy rozpocząć od edukacji dietetycznej i wspomnieć o zaletach samokontroli. Uczymy pacjenta, jak oznaczać glikemię na glukometrze oraz jak właściwie prowadzić dzienniczek samokontroli. Wizyta w poradni kończy się w gabinecie dietetyczki, która w zależności od typu cukrzycy uczy pacjenta:

– w typie I cukrzycy: podstaw prawidłowego żywienia i oceny wpływu składników pożywienia na poziom glikemii i zapotrzebowanie na insulinę
– w typie II cukrzycy: o konieczności i zasadności zdrowego odżywiania.

Bardzo często chorzy z typem II cukrzycy mają nadwagę. Zadaniem dietetyka staje się zatem uświadomienie znaczenia normalizacji masy ciała na wyrównanie cukrzycy.

Edukacja chorego w naszym ośrodku odbywa się indywidualnie, ale także w odpowiednio dobranych grupach dyskusyjnych. Na spotkaniach wykorzystuje się poradniki, plansze umożliwiające obrazowy przekaz informacji oraz inne pomoce.

PODSUMOWANIE

Edukacja chorego na cukrzycę prowadzona przez zespół edukacyjny, to bardzo duże wyzwanie, wymagające dużej wiedzy od członków zespołu ale również ogromnego zaangażowania i samodyscypliny ze strony pacjenta.
Ciągła edukacja i reedukacja to klucz do poprawy komfortu życia pacjenta i oddalenie wystąpienia powikłań.

BIBLIOGRAFIA

Ewa Otto-Buczkowska, *Kompendium wiedzy o cukrzycy – wybrane zagadnienia patologii, diagnostyki i leczenia*, Bielsko-Biała 2003

Pielęgniarka podczas szkolenia pacjentki w gabinecie edukacyjnym.

EDUKACJA ZDROWOTNA
(część TRZECIA) – PLANOWANIE EDUKACJI ZDROWOTNEJ

HEALTH EDUCATION – (part tree) – PLANNING OF HEALTH EDUCATION

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

STRESZCZENIE
Edukację zdrowotną ludzi chorych na cukrzycę można prowadzić w różny sposób. Może to być: edukacja indywidualna i/lub grupowa. Bez względu na to, w jaki sposób jest realizowana, powinna być prowadzona w oparciu o szczegółowo przygotowany plan. Dobrze przygotowany plan stwarza szansę na większą skuteczność działań. Plan powinien zawierać elementy, które są odpowiedzą na trzy pytania:
– Co chcemy osiągnąć?
– Co zamierzamy zrobić?
– W jaki sposób sprawdzimy, czy osiągnęliśmy sukces?
Aby uzyskać odpowiedzi na powyższe pytania, plan powinien składać się z dziewięciu istotnych etapów [1].

SŁOWA KLUCZE
edukacja zdrowotna, planowanie

WSTĘP
Słabością praktyki edukacji zdrowotnej jest niechęć do systematycznego planowania. Wynika to z utrwalonego błędnego przekonania, że „im więcej ludziom przekażemy informacji, tym więcej się nauczą" oraz że lepiej „zrobić coś niż nic"[2]. Edukacja prowadzona według takich przekonań jest nieefektywna. Badania dowodzą, że edukacja ludzi z cukrzycą, jest prowadzona według stałych schematów, często bez przeprowadzonej diagnozy potrzeb. Pacjentom „standardowo" przekazywana jest wiedza z zakresu: patogenezy cukrzycy, żywienia, aktywności fizycznej itp. Można zatem stwierdzić, iż o potrzebach pacjentów w zakresie wiedzy decydują osoby edukujące, a nie sami pacjenci. Edukacja prowadzona bez identyfikacji potrzeb, jest nieskuteczna [3]. Istotne jest dostosowanie nauczania do sytuacji pacjenta, identyfikacja jego potrzeb i próba motywacji. Aby edukacja zdrowotna była skuteczna powinna przebiegać według szczegółowo rozpisanego planu indywidualnie dla każdego pacjenta.

ETAPY PLANOWANIA EDUKACJI ZDROWOTNEJ

ETAP1.
POZNANIE „WYJŚCIOWEGO" POZIOMU WIEDZY PACJENTÓW
Ważnym zadaniem pierwszego etapu jest poznanie „wyjściowego" poziomu wiedzy pacjentów na temat cukrzycy. W tym celu można przeprowadzić badania ankietowe a ich wyniki wykorzystać w ustalaniu celów i treści programu. Istotne jest

również ustalenie następujące danych:
- liczebność grupy (w przypadku edukacji grupowej),
- wiek i płeć uczestników,
- środowisko, z którego pochodzą, język którym się posługują,
- zdolności poznawcze i percepcja,
- problemy zdrowotne,
- dotychczasowe: wiedza, doświadczenia związane ze zdrowiem,
- motywacja do uczenia się – uczestnictwo dobrowolne czy narzucone.

ETAP 2. IDENTYFIKACJA POTRZEB
Można jej dokonać na podstawie analizy problemów pacjentów oraz w wyniku zebrania oczekiwań i opinii pacjentów. Należy ustalić:
- rodzaj potrzeb,
- czy edukacja zdrowotna zaspokoi te potrzeby?

ETAP 3. OKREŚLENIE CELÓW

Określenie celów, które zamierzamy osiągnąć stanowi etap 3. Precyzyjne określenie celów jest podstawowym warunkiem skuteczności działania. Od sformułowania celu zależą zadania, wybór metod oraz sposób ewaluacji wyników [1,2,4]. W przypadku, kiedy program edukacji jest obszerny można sformułować cel główny (nadrzędny), który wskazuje kierunek dążenia [5] oraz kilka celów drugorzędnych. Istotne jest określenie kryterium sukcesu, czyli jaki poziom osiągnięcia celu uznamy za sukces [1]. **Przykład**: Cel główny (nadrzędny): Kształtowanie umiejętności zdrowego stylu żywienia. Cele drugorzędne: 1. Przekazanie wiedzy na temat roli i znaczenia składników żywieniowych. 2. Przekazanie wiedzy na temat technik przygotowywania posiłków. 3. Kształtowanie umiejętności planowania posiłków o prawidłowej (dostosowanej do potrzeb pacjenta) zawartości kalorii. Kryterium sukcesu dla trzeciego celu drugorzędnego: 40% pacjentów potrafi zaplanować dietę o odpowiedniej kaloryczności.

ETAP 4. SFORMUŁOWANIE ZADAŃ

Zadania zwane są celami operacyjnymi (szczegółowymi). Cele szczegółowe stanowią opis wyników, które mają być uzyskane [5]. Ich realizacja powinna doprowadzić do osiągnięcia celu. W praktyce należy określić, co pacjent powinien wiedzieć, rozumieć, umieć [1]. Np. Pacjent potrafi omówić znaczenie węglowodanów w żywieniu.

ETAP 5. IDENTYFIKACJA ŚRODKÓW

Należy odpowiedzieć sobie na następujące pytania:
- Czym dysponujesz sam jako edukator?- oceń swoją wiedzę, doświadczenie, umiejętności, entuzjazm, energię, czas,
- Kto może Ci pomóc?
- Kto ma wpływ na osoby, które edukujesz? np. współmałżonek, rodzice itp.,
- Czy w środowisku, w którym pracujesz jest odpowiednia polityka i warunki wspierające edukację?
- Jakimi pomocami dysponujesz? np. wydawnictwa popularnonaukowe, taśmy wideo, atrapy artykułów spożywczych itp.[4].

ETAP 6. PLANOWANIE TREŚCI I METOD

Planowanie treści i metod odpowiednich do każdego zadania to etap 6. Zaleca się zastosowanie wielu różnych metod. Szczególnie skuteczne są metody aktywizujące. Dobierając je należy rozważyć, które z tych metod:
- są najbardziej przydatne dla realizacji danego zadania,
- będą akceptowane przez uczestników,
- potrafi zastosować osoba prowadząca edukację.

Istotne jest również ustalenie czasu i miejsca edukacji tak, aby były dogodne dla pacjentów.

ETAP 7. PLANOWANIE EWALUACJI

- ewaluacja procesu,
- ewaluacja wyników.

ETAP 8. REALIZACJA PROGRAMU

ETAP 9. EWALUACJA

Stanowi istotny etap programu. Będzie obiektem analizy w następnym artykule zamieszczonym w kolejnym wydaniu Magazynu Edukacyjnego PFED.

BIBLIOGRAFIA

Dostępna u autorki i w Redakcji.

CUKRZYCA W LECZENIU UZDROWISKOWYM

Diabetes in health – resort treatment

URSZULA SIEDLARZ
IRENA TOKARZ

Szpital Uzdrowiskowy „Stary Dom Zdrojowy" w Krynicy, kierownik – dr med. Jerzy Pasadyn

STRESZCZENIE

Lecznictwo uzdrowiskowe zajmuje się leczeniem wielu chorób przewlekłych, w tym cukrzycy, jako uzupełnienie metod wcześniej zastosowanych. Pozwala to na zmniejszenie dolegliwości, profilaktykę powikłań, a poprzez edukację w zakresie sposobów radzenia sobie z cukrzycą poprawia komfort życia pacjenta.

SŁOWA KLUCZOWE

zabiegi balneologiczne, proces edukacji i reedukacji

WSTĘP

Krynica Zdrój jest uzdrowiskiem położonym w Beskidzie Sądeckim, na wysokości 560-720 m n.p.m.,
Głównym bogactwem naturalnym uzdrowiska są unikatowe wody mineralne, a istotą leczenia uzdrowiskowego jest zastosowanie naturalnych bodźców leczniczych, zależnie od stanu zaawansowania cukrzycy. W związku z faktem, że cukrzyca jest chorobą przewlekłą, kwalifikuje się do leczenia uzdrowiskowego, dzięki któremu można uzyskać:

- wyrównanie metaboliczne cukrzycy (zastosowanie diety, wysiłku fizycznego, insuliny)
- normalizacja masy ciała u osób otyłych (dieta, wysiłek fizyczny)
- poprawa wydolności fizycznej (kinezyterapia)
- zmniejszenie oporności tkankowej na insulinę
- wytworzenie zdrowych nawyków żywieniowych poprzez prowadzenie edukacji i reedukacji zdrowotnej
- leczenie przewlekłych powikłań za pomocą zabiegów balneofizykalnych.

METODY LECZENIA W UZDROWISKU

Do specyficznych metod uzdrowiskowych zalicza się:

- balneoterapię
- klimatoterapię
- hydroterapię
- kinezyterapię
- edukację zdrowotną
- zdrowe żywienie
- farmakoterapię.

W zabiegach balneologicznych, do których zaliczamy m.in. kąpiel mineralną czy perełkową, wykorzystuje się wodę ze zwiększoną zawartością dwutlenku węgla. Powoduje to m.in. zmniejszenie ilości produktów przemiany materii we krwi i cholesterolu. Dochodzi do rozszerzenia naczyń włosowatych, zwiększenia ciśnienia cząsteczkowego tlenu we krwi.
Natomiast kąpiel 4-komorowa jest zabiegiem skutecznym w zaburzeniach krążenia obwodowego (zapobieganie i leczenie angiopatii).

Pomocne w zapobieganiu powikłaniom cukrzycy są zabiegi z działu fizykoterapii, takie jak:

- L.Sollux – która miejscowo poprawia krążenie oraz pobudza procesy metaboliczne.
- Magnetoterapia – uśmierzająca nerwobóle i stany zapalne.
- Diadynamik, Interdyn – poprawiają ukrwienie przez rozszerzenie naczyń krwionośnych, usprawniają również procesy przemiany materii.

We wspomaganiu leczenia cukrzycy nie można pominąć działania słynnych krynickich wód mineralnych takich jak „Zuber", „Jan", czy Słowianka".

Ważnym czynnikiem w procesie leczenia cukrzycy w uzdrowisku jest leczenie ruchem, czyli kinezyterapia. Pobyt w uzdrowisku umożliwia nauczenie chorych kontrolowanego wysiłku fizycznego, co w efekcie końcowym wpływa na zmniejszenie masy ciała.
W krynickim szpitalu uzdrowiskowym „Stary Dom Zdrojowy" oprócz leczenia uzdrowiskowego prowadzi się szkolenia chorych na cukrzycę w ramach 21-dniowych turnusów.
Leczeniem i edukacją zajmuje się zespół składający się z lekarza, pielęgniarki i dietetyczki. Cykl szkoleń obejmuje wiadomości ogólne, samokontrolę/samoopiekę, zasady insulinoterapii, a szczególnie przywiązuje się wagę do zdrowego żywienia i rehabilitacji ruchowej wg stopnia wydolności fizycznej. Zdro-

Stary Dom Zdrojowy – Krynica.

„Niech więc wczorajszy błąd stanie się dla Ciebie dzisiejszym nauczycielem"

sentencja łacińska

we żywienie, szacowanie kaloryczności posiłków, jak również wysiłek fizyczny stanowią podstawę w leczeniu uzdrowiskowym.

Rolą pielęgniarki i dietetyczki jest uświadomienie pacjentom, na czym polegają popełniane przez nich błędy żywieniowe i jak je eliminować. W warunkach żywienia zbiorowego wyodrębnia się grupy chorych o podobnym zapotrzebowaniu kalorycznym. Dzięki takiemu podziałowi chorzy mogą przyjrzeć się różnicom w dietach różnych grup i przekonać się, na czym polegają ich błędy. Prowadzone edukacja i reedukacja mają na celu wyjaśnienie, w jaki sposób sami chorzy mogą wpływać na poprawę wyrównania cukrzycy, przez wprowadzenie do codziennego życia dobrych nawyków żywieniowych, zwiększenie aktywności fizycznej i redukcję otyłości, co umożliwia dłuższe życie bez powikłań.

W patogenezie cukrzycy typu II istotną rolę odgrywają m.in. otyłość androidalna, mała aktywność fizyczna oraz złe nawyki żywieniowe. Leczenie uzdrowiskowe wpływa bezpośrednio na eliminację w/w czynników.

Dzięki pobytowi w szpitalu uzdrowiskowym można uzyskać dobre wyrównanie cukrzycy, obniżyć cholesterol, poprawić insulinowrażliwość przez zmniejszenie masy ciała, zmniejszyć dawkę leków przeciwcukrzycowych. Poprawie ulega ogólna sprawność i wydolność fizyczna, można uzyskać zmniejszenie dolegliwości bólowych w przebiegu polineuropatii, chorób stawowych, co zapobiega powikłaniom i powoduje tym samym spowolnienie tempa rozwoju choroby.

PODSUMOWANIE

Bogate doświadczenie praktyczne z zakresu leczenia uzdrowiskowego oraz specjalistyczna wiedza diabetologiczna pozwala na osiągnięcie bardzo dobrych wyników leczenia w postaci normoglikemii.

Wiedza, doświadczenie i pełne zaangażowanie zespołu leczącego, wzajemna współpraca i stałe poszukiwanie nowych rozwiązań stanowią źródło siły i motywacji do pokonywania wszelkich trudności, poprawiając tym samym jakość życia pacjenta.

OPIEKA NAD KOBIETĄ CIĘŻARNĄ Z CUKRZYCĄ

Dnia 13 września 2008 roku w Auli Jana Pawła II przy Akademickim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu odbyła się konferencja naukowo-szkoleniowa „Opieka nad kobietą ciężarną z cukrzycą". Organizatorzy konferencji: Wydział Zdrowia UM Wrocławia, Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ, Instytut Zdrowia Publicznego, Dolnośląska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu zaprosili PFED do przedstawienia prowadzonej działalności edukacyjnej dla pielęgniarek i położnych w dziedzinie diabetologii.

Celem organizatorów było usystematyzowanie metod leczenia kobiet ciężarnych z cukrzycą oraz zapoznanie uczestników spotkania z zasadami żywienia w cukrzycy. Uczestniczkami konferencji były położne. Bardzo interesujący wykład pt. „Poród dużego płodu w ciąży cukrzycowej" wygłosił prof. Mariusz Zimmer. Kilkakrotnie w wykładzie podkreślił postępowanie interdyscyplinarne (położnik, diabetolog, położna) w opiece nad kobietą w ciąży cukrzycowej oraz szybkie i profesjonalne działanie personelu Sali Porodowej. W jednym z wniosków końcowych wyszczególnione zostało praktyczne postępowanie profilaktyczne, które dotyczy właściwej kwalifikacji do pierwszego cięcia cesarskiego, prawidłowej oceny masy płodu, aby właściwie rozpoznać makrosomię, jako problem porodowy dotyczący dystocji barkowej (niewspółmierność barkowa). Jednym z wielu czynników ryzyka dystocji barkowej jest cukrzyca. W wykładzie „Opieka nad kobietą z cukrzycą w ciąży" prof. Anna Noczyńska zwróciła szczególną uwagę na wpływ hiperglikemii w okresie przedkoncepcyjnym oraz w pierwszych 6-8 tygodniach ciąży na liczbę wad wrodzonych u dzieci. Liczba wad wrodzonych ściśle wiąże się z poziomami glukozy i ma większy wpływ na ilość wad wrodzonych niż stopień zaawansowania cukrzycy (klasa D, R, RF wg White). Wg przytaczanych zaleceń, kobieta z cukrzycą w ciąży powinna samodzielnie mierzyć poziomy glukozy przynajmniej 4 razy dziennie a stosująca insulinę również w godzinach nocnych. W doniesieniu dietetyczki mgr Agnieszki Wardzały, dotyczącym odżywiania w cukrzycy ciężarnych, właściwie skomponowana dieta powinna dostarczać każdego dnia około 80 różnych składników odżywczych w odpowiednich proporcjach i ilościach. Nie ma idealnego produktu, który dostarczałby wszystkich tych składników, dlatego jadłospis ciężarnej powinien być urozmaicony.

Konferencja pokazała możliwości szkoleń w dziedzinie diabetologii dla położnych i pielęgniarek zajmujących się opieką nad kobietą ciężarną. PFED na konferencji reprezentowała Alicja Szewczyk. W imieniu stowarzyszenia dziękuję organizatorom za możliwość przedstawienia i podzielenia się z koleżankami działalnością edukacyjną w zakresie opieki diabetologicznej nad kobietą ciężarną.

● Alicja Szewczyk

ENDCUP – tydzień intensywnej pracy

European Nurses Diabetes Collaborative University Project

W 2007 roku, podczas konferencji FENDu w Amsterdamie Anne Marie Felton – prezes FEND, zaprosiła dwie przedstawicielki PFED do uczestnictwa w prestiżowym szkoleniu ENDCUP, mającym na celu podnoszenie kwalifikacji pielęgniarek diabetologicznych z różnych krajów Europy. Jako reprezentantki PFED zostały wybrane panie: Monika Pliszka i Beata Stepanow, które spędziły intensywny tydzień w Londynie, biorąc czynny udział w zajęciach, przedstawiając prezentacje, wysłuchując szeregu wykładów znanych specjalistów w dziedzinie diabetologii oraz wymieniając się swoimi doświadczeniami zawodowymi z koleżankami z 12 krajów Europy. Oto ich relacja z tego szkolenia.

W dniach 13-21 czerwca 2008 r. uczestniczyłyśmy w kursie dla pielęgniarek diabetologicznych – ENDCUP (European Nurses Diabetes Collaborative University Project), organizowanym przez Federację Europejskich Pielęgniarek Diabetologicznych FEND – Federation of European Nurses in Diabetes. Kurs ENDCUP składa się z 3 modułów. Pierwszy to Diagnostyka i postępowanie terapeutyczne – odbył się w Londynie na Uniwersytecie Roehampton, Whitelands College. Moduł II – Edukacja pacjenta i moduł III – Badania naukowe – odbędzie się w Barcelonie, w lipcu 2009 w Diabetes Teaching Centre na Uniwersytecie Autònoma.

Uczestniczki kursu ENDUP: od lewej Beata Stepanow i Monika Pliszka.

W kursie ENDCUP uczestniczyło 26 osób – 25 pielęgniarek i 1 pielęgniarz – z 12 krajów: Danii, Szwajcarii, Finlandii, Bułgarii, Węgier, Turcji, Gruzji, Rumunii, Łotwy, Nigerii, Bermudów i Polski. Wszystkie zajęcia odbywały się w języku angielskim.

Zakwaterowane zostałyśmy w nowoczesnym domu studenckim na terenie kampusu Whitelands College w pokojach 1-osobowych. Pierwszego dnia po południu odbyło się spotkanie wprowadzające, na którym przywitała nas przewodnicząca FENDu – Anne Marie Felton, jej zasteca Deidre Kyne-Grzebalski i sekretarz – Deidre Cregan. Podczas pierwszego spotkania otrzymałyśmy segregatory z materiałami edukacyjnymi oraz legitymację studencką uprawniającą do korzystania ze zbiorów biblioteki oraz zasobów internetowych.

Program kursu był bardzo bogaty. Zajęcia rozpoczynały się o godz. 9.00 i kończyły o 17.30 tzw. *personal study* – czyli cza-

sem na własną refleksję i naukę. Wykłady prowadzili wybitni specjaliści z różnych krajów lekarze, lekarze – pediatrzy, pielęgniarki diabetologiczne, dietetyczki. Tematyka zajęć obejmowała kliniczne aspekty diabetologii: etiologię, patofizjologię, leczenie cukrzycy typu I i II, powikłania sercowo-naczyniowe, nefropatię, neuropatię, retinopatię, problem hipoglikemii, problem stopy cukrzycowej, zespół metaboliczny, żywienie w cukrzycy oraz choroby skórne.

Zapoznałyśmy się także z zasadami przygotowania abstraktów do prac naukowych oraz krytycznym spojrzeniem na publikacje naukowe. Oprócz tego miałyśmy praktyczne zajęcia w multimedialnej bibliotece, gdzie uczyłyśmy się korzystać z fachowej literatury dostępnej w sieci Uniwersytetu Roehampton. Program kursu obejmował nie tylko wykłady, ale także warsztaty z analizą przypadków diabetologicznych oraz pracę w grupach. Zadaniem pielęgniarek z każdego państwa było przedstawienie prezentacji o edukacji i opiece diabetologicznej w swoim kraju. Podczas naszej prezentacji, której przedmiotem była diabetologia w Polsce, rozdałyśmy uczestnikom kursu ulotki informacyjne o Polskiej Federacji Edukacji w Diabetologii, magazyn wydawany przez Federację oraz Magazyn Pielęgniarki i Położnej. Nasze wystąpienie spotkało się z dużym zainteresowaniem. Na koniec podziękowano nam brawami.

Mimo, iż w ciągu dnia nie było czasu na zwiedzanie Londynu, po zakończeniu zajęć udało się nam zobaczyć największe atrakcje tego miasta – Big Ben, Pałac Westminsterski, Pałac Buckingham, London Eye, Hyde Park, Oxford Street i Katedrę Św. Pawła.

W czasie kursu nawiązałyśmy kontakty z pielęgniarkami z innych krajów. Wymieniałyśmy się naszymi spostrzeżeniami i doświadczeniami z pracy z pacjentami diabetologicznymi.

To był bardzo intensywny tydzień. Czas minął szybko. Przed nami duże wyzwanie. Wraz z rozpoczęciem kursu, stałyśmy się studentkami Uniwersytetu Roehampton, co zobowiązuje nas do napisania trzech prac z zakresu diabetologii, przygotowania projektu badawczego z naszego miejsca pracy w Polsce i przedstawienia go przed komisją profesorów z Uniwersytetu Roehampton. Za rok w Barcelonie czeka nas także egzamin końcowy, który obejmuje szczegółową wiedzę z zakresu diabetologii.

Jesteśmy bardzo wdzięczne Pani Alicji Szewczyk i Polskiej Federacji Edukacji w Diabetologii za pomoc w przygotowaniach do wyjazdu do Londynu. Dziękujemy!

- Monika Pliszka
- Beata Stepanow

DIABETICA EXPO

W dniach 12-13 września 2008 roku w Toruniu odbyło się XII Ogólnopolskie Sympozjum Diabetologiczne DIABETICA EXPO 2008. VI Ogólnopolskie Forum Profilaktyki i Leczenia Otyłości. Współorganizator sympozjum, Zarząd Główny Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków zaprosił PFED do współudziału w tym spotkaniu. Przedstawicielki PFED: Elżbieta Kościńska (członek zarządu PFED) i Małgorzata Tompalska (członek PFED) oraz Elżbieta Buczkowska, Prezes Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych aktywnie uczestniczyły w sesjach wykładowych.

Tematyka Sympozjum i Forum była bardzo szeroka i obejmowała następujące zagadnienia: postępy w diagnostyce i terapii cukrzycy, powikłania cukrzycy, żywienie w cukrzycy, problemy ciężarnych z cukrzycą, społeczne i psychologiczne aspekty cukrzycy, przyczyny i walkę z otyłością oraz problematykę edukacji diabetologicznej. Informacje szczegółowe na temat programu można znaleźć na stronie www.expo-andre.pl

W pierwszym dniu Sympozjum, w sesji IIA: „Edukacja diabetologiczna", Elżbieta Kościńska przedstawiła w imieniu przewodniczącej PFED, Alicji Szewczyk (przygotowany przez autorkę) referat pt: „Działalność Stowarzyszenia PFED – misja, cele, zadania". W sesji III: „Rola pielęgniarki diabetologicznej", której przewodniczyli: prof. dr hab. med. Longina Kłosiewicz-Latoszek i dr Elżbieta Buczkowska, referat pt: „Pielęgniarstwo diabetologiczne – teraźniejszość i przyszłość w edukacji zdrowotnej chorych na cukrzycę", wygłosiła Elżbieta Buczkowska, oraz doniesienie z badań własnych pt: „Poziom wiedzy na temat cukrzycy pielęgniarek niepracujących w poradniach diabetologicznych", przedstawiła Elżbieta Kościńska. W drugim dniu Sympozjum, w sesji VA: „Zdrowe żywienie", referat pt: „Zdrowe żywienie w cukrzycy", wygłosiła Małgorzata Tompalska.

Przedstawione przez referentów Sympozjum zagadnienia potwierdziły tezę, iż problematyka cukrzycy jest bardzo szeroka i nie można jej „zamknąć", tylko i wyłącznie w aspekcie leczenia farmakologicznego. Prezentowane zagadnienia dowiodły także, że w walce z cukrzycą konieczna jest współpraca przedstawicieli medycyny z przedstawicielami innych nauk takich jak: pedagogika i psychologia. Dobrze wyedukowana pielęgniarka, może być ogniwem łączącym te, z pozoru tylko „różne światy", w słusznej walce o dobro pacjenta.

Uczestnicy Sympozjum wykazali zainteresowanie działalnością stowarzyszenia PFED. Potwierdzili zasadność i potrzebę funkcjonowania PFED. W rozmowach prowadzonych w kuluarach pielęgniarki i pacjenci oraz psycholog wyrazili gotowość uczestnictwa w działaniach PFED.

- Elżbieta Kościńska

CIĄGŁE MONITOROWANIE GLIKEMII PRZEZ SYSTEM GUARDIAN

Najnowsze techniczne osiągnięcie w dziedzinie kontroli cukrzycy

Prawidłowa kontrola przebiegu leczenia cukrzycy opiera się na pomiarach cukru we krwi przy użyciu glukometru i oznaczeniu raz na kwartał poziomu hemoglobiny glikozylowanej (HbA1c). Każdy, prawidłowo wyedukowany w zakresie samokontroli pacjent, w zależności od rodzaju cukrzycy i stosowanej metody leczenia, wykonuje od kilku do kilkunastu pomiarów glukozy dziennie. Mimo to, nie jest w stanie zidentyfikować wszystkich incydentów hiper czy hipoglikemii. Pacjenci zazwyczaj oznaczają glikemię przed podaniem insuliny lub zażyciem leku doustnego i spożyciem posiłku, natomiast znacznie rzadziej kontrolują glikemię poposiłkową. A tak naprawdę, mając na uwadze tempo wchłaniania posiłków, większość doby to przecież czas glikemii poposiłkowych. To one głównie wpływają na stopień wyrównania cukrzycy i związane z tym ryzyko rozwoju późnych powikłań. Bywa również tak, że wyrywkowo kontrolowane glikemie 3-4 razy na dobę są zadowalające a jednak poziom HbA1c wysoki.

Czy jedynym sposobem na poprawę kontroli cukrzycy jest większa ilość pomiarów glikemii z użyciem glukometru? Otóż nie. Dzięki najnowszym technologiom dostarczanym przez firmę Medtronic, lidera w dziedzinie sprzętu medycznego oferowanego dla diabetologii, istnieje możliwość ciągłego pomiaru glikemii w czasie rzeczywistym przy użyciu Systemu Guardian. Ze względu na swoje ogromne zalety Guardian jest coraz częściej stosowany przez indywidualnych pacjentów oraz w placówkach służby zdrowa, takich jak poradnie diabetologiczne, oddziały chirurgiczne czy ginekologiczno-położnicze. System monitorowania glikemii Guardian, to urządzenie, które dostarcza informacji o poziomie glukozy na bieżąco w sposób ciągły.

Co to jest i jak działa System Guardian RT?

Jest to urządzenie wielkością zbliżone do telefonu komórkowego. Na monitorze Guardiana stale wyświetlany jest poziom cukru. Sercem urządzenia jest zakładany podskórnie czujnik pomiaru glukozy (sensor), do którego dołączony jest transmiter (nadajnik). Nadajnik drogą radiową wysyła sygnał do monitora, na ekranie którego widoczny jest aktualny poziom cukru.

System Guardian nie zastępuje całkowicie glukometru, ale zdecydowanie ogranicza ilość pomiarów glikemii z jego użyciem. Stosując system Guardian, dzięki ciągłej informacji o poziomie glukozy, można:

- obserwować, jak tempo spożycia posiłku i indeks glikemiczny wpływają na glikemie poposiłkowe
- obserwować czy istnieje zależność pomiędzy czasem jaki upłynie od podania insuliny do spożycia posiłku w stosunku do glikemii poposiłkowej (np. czy zwiększenie odstępu między podaniem insuliny a spożyciem posiłku w godzinach porannych, czyli w okresie najmniejszej wrażliwości na insulinę wpływa na poprawę glikemii poposiłkowych)
- ocenić ile naprawdę potrzeba węglowodanów przy hipoglikemii
- ocenić tempo działania insuliny przy hiperglikemii
- szczegółowo obserwować, jak zachowuje się glikemia podczas wysiłku fizycznego
- w przypadku pacjentów leczonych okresowo dożylnym wlewem glukozy (np. w sytuacji zabiegu operacyjnego, porodu), dokładnie określić tempo wlewu glukozy bez ryzyka hiperglikemii.

Wyświetlane przy aktualnym poziomie cukru strzałki informują, w jakim tempie zmienia się glikemia. System ostrzega o ewentualnym zagrożeniu hipo lub hiperglikemią. Do chwili obecnej żadna z dostępnych metod kontroli cukrzycy nie dostarczała tak szczegółowych informacji związanych z przebiegiem poziomu glukozy. Korzystając z Systemu Guardian RT uzyskujemy 288 pomiarów na dobę, odczyt glukozy podawany jest co 5 minut!
Kiedyś krokiem milowym w leczeniu cukrzycy było zastąpienie badania zawartości cukru w moczu powszechnym użyciem glukometrów. Teraz przychodzi nowa era. Kolejnym, olbrzymim krokiem w kontroli cukrzycy jest zastosowanie systemów monitorowania glikemii w czasie rzeczywistym.

Teresa Benbenek-Klupa
Specjalista ds. Produktu
Medtronic Diabetes

NAJCZĘŚCIEJ UŻYWANE POMPY W POLSCE I NA ŚWIECIE!

Dla zdrowia pacjenta

i Twojej satysfakcji

W tym roku Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy zakupiła 150 systemów Paradigm 722 dla najmłodszych pacjentów

Nowy, mały transmiter poziomów glukozy

System Paradigm 722

pompa insulinowa, która jako jedyna mierzy cukier i pomaga w dawkowaniu insuliny!

Informacje:
www.minimed.pl
Medtronic MiniMed
Ul. Ostrobramska 101
04-041 Warszawa
tel. 022 – 465 69 34

Medtronic
Alleviating Pain · Restoring Health · Extending Life