

6/1/2009

ISSN 1689 - 8435

pfed

magazyn edukacyjny

Kwartał I 2009

**EDUKACJA DIABETOLOGICZNA
– TERAŹNIEJSZOŚĆ A WYZWANIA PRZYSZŁOŚCI**

MATERIAŁY Z KONFERENCJI PFED

**ZNACZENIE EDUKACJI PACJENTA
Z CUKRZYCĄ DLA PROMOWANIA
ZACHOWAŃ PROZDROWOTNYCH**

FEND
Federation of European Nurses in Diabetes

POLSKA FEDERACJA EDUKACJI W DIABETOLOGII



Pismo Polskiej Federacji
Edukacji w Diabetologii



SPONSOR PFED:



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

„Edukacja diabetologiczna – terażniejszość a wyzwania przyszłości” – relacja z konferencji PFED 1

EDUKACJA

Odkrywanie cukrzycy: osiąganie docelowej kontroli glikemii dzięki behawioralnemu podejściu do diety i samokontroli w zakresie leczenia insuliną 3

MATERIAŁY Z KONFERENCJI PFED

Lista kontrolna edukatora 8
Planowanie i wprowadzenie edukacji zorientowanej na pacjenta 9

FEND DONOSI

Taniec z cukrzycą – terapia krótkoterminowa.
Rozmowy z dziećmi, młodzieżą i rodzinami żyjącymi z cukrzycą 10

EDUKACJA

Edukacja zdrowotna – ewaluacja edukacji zdrowotnej (część czwarta) 14

PRACE ORYGINALNE

Znaczenie edukacji pacjenta z cukrzycą dla promowania zachowań prozdrowotnych 18

PRENUMERATA

Prenumerata Magazynu Edukacyjnego PFED 23

ZESPÓŁ EDUKACYJNY W PRACY

Specyfika edukacji zdrowotnej w cukrzycy 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

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, mirosława.mlynarczuk@pfed.org.pl
Iwona Pilarczyk – 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 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





Warsztaty przed konferencją dla grupy pielęgniarek z I edycji specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego.
Warsztaty „Jak planować, wdrażać i oceniać programy edukacyjne dla osób z cukrzycą” – prowadzący: Betty Brackenridge, Kris Swenson

EDUKACJA DIABETOLOGICZNA – TERAŹNIEJSZOŚĆ A WYZWANIA PRZYSZŁOŚCI

W dniach 5-6 grudnia 2008r w Warszawie odbyła się III Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa pt. „Edukacja diabetologiczna – terażniejszość a wyzwania przyszłości”. Organizatorami konferencji było Stowarzyszenie Polska Federacja Edukacji w Diabetologii oraz Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”. Kształcenie i wspieranie pacjentów w ich codziennym radzeniu sobie z cukrzycą to ważne cele współczesnej diabetologii i przesłanie tegorocznej konferencji.

KONFERENCJA

W dwudniowej konferencji uczestniczyło około 400 pielęgniarek i położnych. Gośćmi specjalnymi konferencji PFED byli Konsultant Krajowy w dziedzinie diabetologii, konsultanci krajowi i wojewódzcy w dziedzinie pielęgniarstwa i położnictwa, wykładowcy polscy i zagraniczni a także inni eksperci w dziedzinie diabetologii. Podczas sesji poświęconych poszczególnym zagadnieniom mieliśmy okazję bezpośrednio uczestniczyć w wymianie poglądów i opinii dotyczących tej istotnej, zarówno dla pacjentów jak i personelu medycznego, dziedziny medycyny.

W pierwszym dniu konferencji goście ze Stanów Zjednoczonych: Betty Breckenridge – dietetyczka, edukatorka oraz Kris Swenson – pielęgniarka, przeprowadziły warsztaty pt. „Jak planować, wdrażać i oceniać programy edukacyjne dla chorych na cukrzycę”. Były to zajęcia skierowane do osób biorących udział w specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa diabetolo-

gicznego prowadzonej przez PFED. Prowadzące warsztaty wyraźnie rozgraniczyły odpowiedzialność osób edukujących wobec pacjentów od odpowiedzialności branej za pacjenta, z wyraźnym wskazaniem na tę pierwszą. Edukatorzy nie powinni pacjentom niczego narzucać, a jedynie proponować, przedstawiając wady i zalety różnych rozwiązań. Ostateczna decyzja należy jednak do pacjenta i ten wybór powinien zostać uszanowany. W dalszej części magazynu prezentujemy materiały, które zostały przedstawione podczas tych zajęć.

Szeroko poruszonym tematem podczas konferencji była kondycja i dalszy rozwój pielęgniarstwa polskiego. Kolejne panele poświęcone zostały takim tematom jak: problemy psychologiczne spotykane w edukacji diabetologicznej, opieka nad dzieckiem z cukrzycą w środowisku nauczania i wychowania, opieka nad kobietą ciężarną z cukrzycą oraz edukacja pacjenta w modelu intensywnej insulinoterapii, która została przedstawiona przez profesor Kingę Howorkę z Wiednia.



We wszystkich wypowiedziach wielokrotnie podkreślano znaczenie pracy specjalistów w zespole terapeutycznym. W sposób szczególny, po raz kolejny, doceniono pracę pielęgniarki oraz przedstawicieli innych zawodów medycznych na stanowisku edukatora diabetologicznego. Zwrócono również uwagę uczestników na fakt, iż edukacja wymaga czasu, przygotowania, odpowiedniego zaplecza i właściwej organizacji, aby przynosiła wymierne dla państwa korzyści związane ze znacznym ograniczeniem wydatków na leczenie powikłań, będących skutkiem niewłaściwej edukacji.

Ważne dla polskiej diabetologii tematy, które pojawiły się podczas sesji dyskusyjnych, stały się punktem wyjścia do wyznaczenia celów do zrealizowania na najbliższą przyszłość.

Wybór Nowego Zarządu PFED

Piątego grudnia odbyło się Walne Zebranie Członków Polskiej Federacji Edukacji w Diabetologii, podczas którego podsumowano I kadencję pracy zarządu PFED oraz wybrano Zarząd na II kadencję. Chęć pracy w czasie II kadencji zgłosiły: Alicja Szewczyk, Mirosława Młynarczuk (Zarząd) oraz Renata Sereżyn i Sylwia Konarska (Komisja Rewizyjna). Zgodnie z wolą członków, większością głosów oprócz wyżej wymienionych osób wybrano do Zarządu: Jolantę Czerniak (Warszawa), Dorotę Herbut (Lublin), Renatę Koczan (Warszawa), Beatę Stepanow (Konin), Iwonę Pilarczyk (Wrocław); oraz do komisji rewizyjnej: Mariolę Orłowską (Lublin). Owocem Walnego Zebrania Członków były także zgłoszone przez członków PFED trzy uchwały: powołanie sekcji żywieniowej, powołanie sekcji psychologicznej oraz zatrudnienie pracownika biurowego. Na pierwszym spotkaniu nowego Zarządu (11.01.2009) wybrano osoby, które będą pełniły poszczególne funkcje podczas bieżącej kadencji.

- Alicja Szewczyk – przewodnicząca,
- Jolanta Czerniak – wiceprzewodnicząca,
- Dorota Herbut – sekretarz,

- Mirosława Młynarczuk – skarbnik,
- Renata Koczan – rzecznik prasowy,
- Beata Stepanow – odpowiedzialna za kontakty z FEND,
- Iwona Pilarczyk – odpowiedzialna za kontakty z UM wydziałem pielęgniarstwa,

Osoby wchodzące w skład Komisji Rewizyjnej wybrały spośród siebie:

- Renata Sereżyn – przewodnicząca komisji rewizyjnej,
- Mariola Orłowska, Sylwia Konarska – członkowie komisji rewizyjnej.

Wybór powyższych osób był jednogłówny. Omówiono również zakres działań przynależnych osobom pełniącym rozdzielone funkcje. **Łatwo nie będzie!** Zgodnie z uchwałami Walnego Zebrania Członków powołane zostały w ramach Federacji sekcje:

- Żywieniowa – za której zorganizowanie odpowiedzialna jest Grażyna Korzeniewska,
- Psychologiczna – za której zorganizowanie odpowiedzialną są Joanna Pietrusińska (psycholog I „P-CZD” w Warszawie) oraz Ewa Świątnicka (psycholog z UM w Łodzi).

W imieniu swoim i nowego Zarządu serdecznie dziękuję ustępującym z pełnionych funkcji koleżankom I kadencji za poświęcony czas, kreatywność w działaniu na rzecz rozwoju pielęgniarstwa diabetologicznego. Nigdy nie będziemy wiedzieć jak wiele wysiłku i trudu kosztowała każda z podjętych przez Zarząd inicjatyw, których było wiele w czasie I kadencji.

Liczę, że Zarząd II kadencji będzie kontynuował rozpoczęte działania oraz poprzez propozycje członków PFED będzie realizował program rozwoju pielęgniarstwa diabetologicznego w Polsce.

Relację przygotowała we współpracy z Renatą Koczan – Rzecznikiem Prasowym PFED
● Alicja Szewczyk
Przewodnicząca PFED



Wybrany Zarząd PFED na II kadencję, od lewej: Mirosława Młynarczuk, Beata Stepanow, Jolanta Czerniak, Alicja Szewczyk, Dorota Herbut, Renata Koczan, Iwona Pilarczyk.

Materiał z konferencji PFED

Odkrywanie cukrzycy: osiągnięcie docelowej kontroli glikemii dzięki behawioralnemu podejściu do diety i samokontroli w zakresie leczenia insuliną

BETTY BRACKENRIDGE
KRIS SWENSON

Diabetes Management and Training Centers, Inc, 3941 East Chandler Blvd,
104, PMB 106, Phoenix, Arizona 85048, USA, e-mail: BettyDM@aol.com

Streszczenie

Fizjologiczne podejście do leczenia cukrzycy pozwala uzyskać doskonałe wyrównanie, zapewniając jednocześnie pacjentom możliwość wyboru stylu życia. W pracy opisano program diabetologiczny, który wykorzystuje metodę nauczania promującą wartości zorientowane na pacjenta przy jednoczesnym dążeniu do optymalnej kontroli metabolicznej. Uczenie się przez odkrywanie jest metodą nauczania opartą na doświadczeniach i poszukiwaniu informacji. Stosowane jest w opisywanym programie w celu wskazywania pacjentom z cukrzycą typu 1 i 2 drogi do podejmowania świadomych decyzji w zakresie samoopieki, takich jak układanie własnych diet oraz, jeśli to możliwe, dostosowywanie dawek insuliny w oparciu o uzyskane wyniki glikemii i nabyte doświadczenie. *Br J Diabetes Vasc Dis* 2004;4.

Słowa kluczowe

edukacja diabetologiczna, samoopieka w cukrzycy, usamodzielnienie (*empowerment*), samokontrola w leczeniu insuliną, cukrzyca typu 1, cukrzyca typu 2

Wprowadzenie

Seymour Papert, teoretyk nauczania, mógł mieć na myśli edukację diabetologiczną mówiąc, że „nie można nauczyć ludzi wszystkiego, czego powinni się dowiedzieć. Najlepszą rzeczą, jaką można zrobić, to umieścić ich tam, gdzie mogą znaleźć to czego potrzebują się dowiedzieć w chwili, kiedy będą musieli się tego dowiedzieć”. Uczenie się przez odkrywanie ma miejsce, gdy uczeń ma możliwość zrozumienia, gdy „odkrywa” pojęcia lub wymyśla strategie poprzez doświadczenie, poszukiwanie informacji i przemyślenia. W pracy opisano zastosowanie uczenia się przez odkrywanie we wszechstronnym programie samokontroli cukrzycy o nazwie „Odkrywanie Cukrzycy” – *Discovering Diabetes*[™] (1).

Uczenie się przez odkrywanie stanowiło element teorii nauczania wielu filozofów, takich jak Rousseau, Pestalozzi czy Dewey (2).

To Dewey stwierdził, że „istnieje bliski i konieczny związek pomiędzy procesem doświadczenia i procesem nauczania”. Mimo, że nie przeprowadzono bezpośrednich badań nad wykorzystaniem uczenia się przez odkrywanie w cukrzycy czy zachowaniu zdrowotnym, było ono przedmiotem badań nauczania jako przedmiotu akademickiego od wczesnych lat 60-tych XX wieku. Przez fakt, że obejmuje elementy doświadczenia i poszukiwania informacji, uczenie się przez odkrywanie jest powiązane z zarówno z rozmową motywacyjną (3), jak i modelem doradztwa (*counselling model*) jakim jest *empowerment* pacjenta – jego wzmocnienie, usamodzielnienie, opisany przez Andersona i Funella i wsp. (4), które to pojęcia są w większym stopniu znane z edukacji zdrowotnej.

Opis programu

Uczenie się przez odkrywanie, program *Discovering Diabetes*[™], wykorzystuje do rozwinięcia przez uczestników właściwych dla nich umiejętności w zakresie samokontroli, takich jak dobór diety czy, jeśli to możliwe, dostosowanie dawki insuliny w celu kontroli glikemii. Podstawowym elementem programu jest czteroczęściowa seria zajęć w małych grupach (patrz Tabela 1) trwająca miesiąc, a następnie przynajmniej dwa miesiące indywidualnej obserwacji. Grupy ograniczone są do 10 pacjentów i prowadzone są przez 2 edukatorów. Uczestników zachęca się, by na zajęcia przychodzili razem ze swoimi „znaczącymi innymi” (partnerami/rodzicami). Grupy podzielone są zgodnie z typem cukrzycy. Zajęcia grupowe wybrano jako podstawową formę interwencji w programie z dwóch zasadniczych powodów: 1.) korzystnego wpływu interakcji grupowej i wsparcia na środowisko edukacyjne oraz 2.) w celu zwiększenia skuteczności i efektywności kosztowej organizowanych szkoleń.

Cztery dwugodzinne zajęcia odbywają w odstępach tygodniowych zamiast dzień po dniu. Pacjenci mają dzięki temu wystarczającą ilość czasu pomiędzy zajęciami na zbieranie danych dotyczących ich osoby i na eksperymentowanie z tym, czego nauczyli się podczas zajęć. Choć programy o podobnych celach organizowane były jako programy szkoleniowe z zakwaterowaniem, sądzimy, że jest istotne, by chorzy uczyli się radzić sobie z cukrzycą w „prawdziwym świecie”, stawiając czoła fak-



tycznym wyzwaniom i problemom, jakie przynosi ich codzienne życie. Rejestry posiłków i glikemii oceniane są indywidualnie oraz w grupie podczas każdego zajęcia. Ma to pomóc pacjentom w znalezieniu skutecznych metod kontroli glikemii przy zachowaniu normalnej diety i prowadzeniu normalnego trybu życia. Taki sam system stosowany jest wobec wszystkich uczestników, bez względu na typ cukrzycy i formę leczenia, ale oczywiście sposoby radzenia sobie z problemami przez pacjentów różnią się w zależności od określonej metody leczenia, przykładowo tylko pacjenci stosujący insulinę okołoposiłkową mają możliwość dostosowania dawki insuliny do posiłku.

Podczas pierwszych zajęć pacjenci otrzymują czyste formularze z miejscem do wpisania danych obejmujących jeden tydzień. Część A formularza pokazano w Tabeli 2 (Formularz rejestru posiłków i glikemii programu *Discovering Diabetes™*, fragment). Wykorzystujemy humor analizując popularne mity związane z dietą (5) i poczuciem winy związanej z jedzeniem. Najważniejsza myśl, jaką przekazujemy to ta, że jeżeli pacjenci nauczą się kontrolować glikemię jedząc normalne posiłki, nie będzie żadnej diety, z której będą musieli zrezygnować, w wyniku czego kontrola glikemii będzie trwalsza i bardziej konsekwentna.

„Nic nie zmieniaj”

Wyjaśniamy odmienność informacji jakich dostarczają wartości glikemii uzyskane przed i po posiłku, czyli wartość glikemii przed posiłkiem pokazuje adekwatność insuliny podstawowej, a glikemia poposiłkowa pokazuje dostosowanie posiłku i insuliny okołoposiłkowej, endogennej lub podawanej we wstrzyknięciach. Przedstawiane są docelowe wartości glikemii przed posiłkiem i po posiłku. Następnie zachęcamy pacjentów do „wyjścia w świat” i życia ze swoją cukrzycą bez dokonywania żadnych zmian w harmonogramie dnia, diecie czy pozostałych aktywnościach. Prosimy pacjentów o wpisywanie do formularza rejestru jak największej liczby danych dotyczących posiłków, leków i wartości glikemii jaką uznają za pomocną. Bez wątplenia większość osób zmienia dobór posiłków i wielkość porcji do pewnego stopnia, mimo prośby o normalne odżywianie się. Proces skupiania uwagi na spożywanych posiłkach i zapisywanie wyników w wysokim stopniu wpływa na faktyczny dobór produktów. Jednak, nawet jeśli uczestnicy jedzą trochę inaczej niż zwykle, cele programu zostały osiągnięte, jeśli dostarczają oni dokładnych informacji. Utracimy wielkie możliwości edukacyjne, jeśli obawa przed krytyką lub osądem za spożycie określonych produktów spowoduje, że uczestnicy nie podzielą się prawdziwymi lub kompletnymi informacjami.

Zapisywanie danych i ich ocena powtarzane są w każdym tygodniu zajęć. Dzięki temu proces uczenia się jest skupiony na własnych doświadczeniach uczestników, co eliminuje w dużym stopniu szczegóły teoretyczne czy zawarte w programie nauczania. Przykładowo, pacjenci uczą się zawartości węglowodanów w produktach z wypełnionych przez nich formularzy, a nie z gotowych list.

Podczas programu edukacyjnego w zakresie samoopieki edukatorzy współpracują ściśle z lekarzami kierującymi pacjentów, aby zapewnić optymalną farmakoterapię i dostosowanie w czasie zmian dawek w celu osiągnięcia najlepszych wyników. Komunikacja odbywa się w formie krótkich notatek przesyłanych faxem, informujących lekarza o aktualnym stanie zdrowia pa-

cjenta lub próśb o zgodę na zalecane przez edukatora zmiany leków czy dawek. Oprócz wpływu na kontrolę stanu klinicznego, ten element promuje zaufanie i motywację pacjenta przez zapewnienie, że odnoszą mierzalne korzyści z wysiłku włożonego w program zajęć.

Doradztwo oparte na pytaniach

Edukatorzy zadają pytania, żeby zaangażować pacjentów w proces odkrywania, zachęcić do przemyślenia swoich obserwacji i stworzenia osobistych planów. Pytania pozwalają również edukatorowi ograniczyć kierowanie czy uwagi dydaktyczne i udzielanie porad. Przykłady pytań używanych podczas oceny posiłków, leków i zapisów glikemii pokazano w Tabeli 3.

Monitorowanie glikemii jako narzędzie pacjenta

Skuteczność uczenia się przez odkrywanie zależy od posiadania odpowiedniej ilości danych dotyczących glikemii przed i po posiłku, by zapewnić obiektywną informację zwrotną dotyczącą dawek insuliny, ćwiczeń i doboru posiłków. Aby zachęcić do częstego badania, sprawdzanie poziomu glukozy we krwi jest przedstawiane jako narzędzie pacjenta, nie lekarza czy edukatora. Podkreśla się siłę obiektywnej informacji uzyskanej z testów, pomagającej poprawić wyrównanie przy jednoczesnej ochronie osobistych wyborów. Unika się określeń wartościujących, takich jak „dobra” czy „zła” glikemia. Korzysta się określenia „zamierzany” poziom glikemii, zamiast „docelowy” zgodnie z obserwacją, że nikt nie osiąga celu przez cały czas przy posiadanych obecnie narzędziach do leczenia cukrzycy. Pacjentów zachęca się, by sami decydowali, kiedy dokonywać pomiarów, w zależności od tego, czego chcą się dowiedzieć. Nie poddaje się krytyce pacjentów, którzy przynoszą na zajęcia niewiele wyników pomiarów. Docenia się w sposób pozytywny wszelki wysiłek, nie ze względu na sam wynik, lecz ze względu na wysiłek włożony w jego uzyskanie. Podejmuje się starania, aby zachować atmosferę ciekawości, akceptacji i eksperymentowania.

Celem tych metod jest wsparcie pacjentów w nauce własnej oceny pomiarów glikemii. Edukatorzy pozycjonują wynik badania krwi jako pomocne dane, a nie środek, który lekarz mógłby wykorzystać do oceny lub krytyki wysiłków w zakresie samoopieki. Zgodnie z naszym doświadczeniem, połączenie tych zabiegów i postaw promuje wystarczająco częste monitorowanie, aby zasilić proces uczenia się przez odkrywanie. W Tabeli 4 przedstawiono częstość monitorowania glikemii na początku programu, podczas serii zajęć i dwa lata po zakończeniu programu 150 losowo wybranych uczestników.

Odżywianie

Program przedstawia zasady zdrowego żywienia oraz zasady gospodarki węglowodanowej. Określone podejście do gospodar-

ki węglowodanowej jest związane z rodzajem farmakoterapii pacjenta. Niektórzy uczą się liczyć węglowodany w celu ustalenia dawki okołoposiłkowej bolusa insuliny szybko działającej. Pacjenci stosujący inne metody leczenia uczą się „budżetu węglowodanowego” w oparciu o spożywane posiłki i wyniki glikemii. Na początku każdego zajęcia edukatorzy omawiają indywidualnie z pacjentami możliwości zmiany wyników glikemii odbiegających od przyjętych zakresów. Wykorzystując własne dane pacjenci oceniają osobisty dobór produktów w stosunku do ogólnego zagrożenia zdrowotnego.

Zaobserwowane wyniki

Program *Discovering Diabetes*™ realizowany jest w dwóch różnych ośrodkach na terenie Phoenix, Arizona od początku 1994 roku. W ostatnim czasie był realizowany jako program modelowy w samodzielnym centrum diabetologicznym dla pacjentów ambulatoryjnych, do którego pacjenci byli kierowani przez 164 lekarzy POZ. Odsetek pacjentów kończących program w okresie czterech lat prowadzenia programu modelowego wynosił ponad 90%. Ponadto, dzięki programowi uzyskano znaczną redukcję poziomu HbA1c, utrzymującą się w czasie, mimo słabej obserwacji po zakończeniu programu. Tabela 5 zawiera szczegółowe wartości HbA1c na początku programu, oraz trzy miesiące i dwa lata po jego zakończeniu 150 losowo wybranych pacjentów, tych samych, u których oceniano przedstawioną wcześniej glikemii.

Podsumowanie

Program *Discovering Diabetes*™ różni się od większości amerykańskich programów grupowych, ponieważ opiera się głównie o uczenie się przez odkrywanie. Wyróżnia go również aktywna rola edukatorów w propagowaniu optymalizacji farmakoterapii we właściwym czasie. Mimo, że wyniki kliniczne wyglądają obiecująco, zastosowane połączenie podejścia behawioralnego do nauczania i współpracy zespołu w celu zoptymalizowania farmakoterapii cukrzycy wymaga sprawdzenia w innych warunkach, na innych grupach pacjentów i z udziałem innych edukatorów.

Narzędzia i metody programu są namacalnym i praktycznym wyrazem zasad usamodzielniania pacjenta i opieki zorientowanej na relacje. Zapelniają lukę pomiędzy wiarą w centralną rolę pacjenta w opiece i wyrażaniem tej wiary poprzez projekt opieki i edukacji. Klinicyści rutynowo zbierają obiektywne wyniki aby zrozumieć, informować i wzbogacać swoją praktykę. Podobnie chorzy na cukrzycę mogą odnieść korzyści ze zbierania obiektywnych danych na temat swoich zachowań w zakresie samoopieki i na tej podstawie stworzyć osobiście akceptowalną i klinicznie skuteczną strategię życia ze swoją chorobą. Taki jest cel uczenia się przez odkrywanie i programu *Discovering Diabetes*™.

Bibliografia

Dostępna u autorek i w Redakcji.

PODSTAWOWE PRZESŁANIA

- Chory na cukrzycę ponosi największą odpowiedzialność za kontrolę swojego stanu zdrowia
- Pacjent może nauczyć się samokontroli poprzez doświadczenie, informacje zwrotne i przemyślenia
- Filozofia empowerment (usamodzielnienia) odnosi się w równym stopniu do lekarza, jak i pacjenta. Dla pacjenta jest to przyjęcie aktywnej roli w opiece, dla lekarza jest to rezygnacja z wysiłków zachowania kontroli nad wyborami pacjenta
- Monitorowanie glikemii jest źródłem obiektywnych informacji zwrotnych
- Obiektywne informacje są podstawą świadomych wyborów w zakresie optymalnej samokontroli cukrzycy
- Aby pacjent mógł w pełni odnieść korzyści z wysiłku włożonego w samoopiekę, lekarze muszą zapewnić optymalną farmakoterapię

(Tab. nr 1) ZARYS TREŚCI SERII ZAJĘĆ

TYDZIEŃ 1

- Zrozumienie podejścia zespołu: Kto kieruje?
- Zaakceptowanie uczuć związanych z cukrzycą
- Rozwiewanie mitów
- Zrozumienie cukrzycy: omówienie typów choroby
- Tabletki przeciw cukrzycowe i insulina – jaki rodzaj jest właściwy w Twoim przypadku
- Monitorowanie poziomu cukru we krwi: Twoje narzędzie do odkrywania
- „Nic nie zmieniaj!” – odkrywanie procesu uczenia się

TYDZIEŃ 2

- Kontynuowanie odkrywania – nauka w oparciu o rejestr z minionego tygodnia
- Zdrowe odżywianie dla wszystkich
- Jak różne produkty wpływają na poziom cukru we krwi
- „Budżet węglowodanów” / „Liczenie węglowodanów” w celu kontrolowania poziomu cukru we krwi
- Jak czytać etykiety na produktach
- Więcej odkrywczej pracy domowej



TYDZIEŃ 3

- Kontynuowanie odkrywania – nauka w oparciu o rejestr z minionego tygodnia
- Dalej o zdrowym odżywianiu – tłuszcze i błonnik
- Jedzenie poza domem i specjalne okazje
- Zmniejszanie ryzyka wystąpienia chorób serca
- Ćwiczenia: korzyści, ostrzeżenia i jak zacząć
- Niski poziom cukru we krwi: co to oznacza i co należy zrobić
- Więcej odkrywczej pracy domowej

TYDZIEŃ 4

- Kontynuowanie odkrywania – nauka w oparciu o rejestr z minionego tygodnia
- Wysoki poziom cukru we krwi i dni choroby
- Leki dostępne bez recepty
- Zapobieganie problemom ze stopami i inne odległe powikłania
- Zapewnienie ciągłego wsparcia
- Wyrównanie cukrzycy: co możesz zrobić
- Wyznaczanie celów na przyszłość

(Tab. nr 2) FORMULARZ REJESTRU POŚILKÓW I GLIKEMII PROGRAMU *DISCOVERING DIABETES™*, fragment

| Data | Poziom cukru we krwi na czczo | Stosowane leki | Posiłek: spożyte produkty i wielkość porcji | Poziom cukru we krwi po posiłku | Stosowane leki | Poziom cukru we krwi przed posiłkiem | Posiłek: spożyte produkty i wielkość porcji | Poziom cukru we krwi po posiłku |
|------|-------------------------------|----------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------|--------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

(Tab. nr 3)

PRZYKŁADOWE PYTANIA STOSOWANE PODCZAS OCENY ZAPISÓW W REJESTRZE

- Czy masz jakieś pytania związane ze swoimi obserwacjami w tym tygodniu?
- Czy coś Cię zdziwiło?
- Które produkty / posiłki wydają się dobrze na Ciebie działać?
- Które produkty / posiłki sprawiają Ci kłopot?
- Czy wyciągnąłeś jakieś wnioski?
- Jak zadziałała na Ciebie ta dawka (insuliny)?
- Czy wprowadziłeś jakieś zmiany w związku z tym co zaobserwowałeś? Opowiedz o tym.

(Tab. nr 4) CZĘSTOŚĆ MONITOROWANIA GLIKEMII ZGŁASZANA PRZEZ PACJENTÓW

| Cukrzyca | Na początku programu | | Najwyższa częstość podczas serii zajęć | | 2 lata po zakończeniu programu | |
|----------|----------------------|---------------------------|----------------------------------------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------|
| | N | Średnia badań/tydzień | N | Średnia badań/tydzień | N | Średnia badań/tydzień |
| Typ 1 | 18 | 17,6 ± 6,3 zakres 2-49 | 16 | 41,4 ± 3,9 zakres 19-48 | 14 | 31,6 ± 3,4 zakres 21-53 |
| Typ 2 | 132 | 4,3 ± 2,4 zakres 0-21 | 125 | 32,4 ± 4,6 zakres 14-39 | 119 | 18,9 ± 3,9 zakres 12-33 |
| Razem | 150 | 5,9 ± 2,5 zakres 0-49 | 141 | 33,4 ± 3,8 zakres 14-48 | 133 | 20,2 ± 2,6 zakres 12-53 |

(Tab. nr 5) WARTOŚCI HbA1c

| Na początku programu | | | Trzy miesiące po rozpoczęciu programu | | | 22-26 miesięcy po rozpoczęciu programu | | |
|----------------------|---------|---------|---------------------------------------|----------|---------|----------------------------------------|--------|---------|
| N | Zakres | Średnia | N | Zakres | Średnia | N | Zakres | Średnia |
| 150 | 5-14,4% | 9,3% | 141 | 5,1-8,6% | 6,2% | 123 | 5-8,5% | 6,6% |



Medtronic

Paradigm 722 Pompa insulinowa z ciągłym odczytem glikemii.



Każda minuta właściwego poziomu glikemii ma znaczenie i warto o nią walczyć. To najlepsza ochrona przed późnymi powikłaniami. Pompa insulinowa Paradigm 722 w sposób najbardziej zbliżony do pracy zdrowej trzustki dostarcza insulinę, a co 5 min. podaje aktualny poziom glukozy we krwi. W odpowiednim momencie włącza alarm, który pozwala zapobiegać hipo i hiperglikemiom. Dzięki niej cukrzycę można leczyć skutecznie i z nadzieją patrzeć w przyszłość.



www.diabetyk.org.pl

I miejsce w konkursie „Kryształowego Kolibra” w kategorii Urządzenie Roku 2008 przyznane przez Polskie Stowarzyszenie Diabetyków



Lista kontrolna edukatora

Poniżej znajduje się lista określonych strategii pomagających we wprowadzaniu filozofii nakierowanej na pacjenta. Ich celem jest stworzenie otoczenia, w którym pacjenci czują się szanowani i otoczeni opieką, w którym chętniej przejmują aktywną rolę w opiece nad własnym zdrowiem.

- Pozdrawiaj wszystkich po imieniu. Spraw, by czuli się mile widziani jak tylko wejdą do Przychodni, Szpitala, Twojego biura czy innego pomieszczenia.
- Stwórz wesołe, pozytywne i nie wartościujące otoczenie, w którym ludzie czują się bezpiecznie.
- Stosuj metody nauczania, które angażują ludzi, staraj się by byli jak najbardziej aktywni. Pacjenci muszą być zaangażowani fizycznie, emocjonalnie i intelektualnie. Dzięki temu uczą się samodzielności.
- Poświęć czas na SŁUCHANIE. Bycie WYSŁUCHANYM działa na pacjentów jak leczenie, wzmacnia ich.
- Zawsze jeśli to możliwe, zadawaj pytania zamiast udzielać odpowiedzi. NASZE odpowiedzi pozwalają ludziom zachować bierność. ICH odpowiedzi prowadzą do zrozumienia i zaangażowania. Na przykład:
 - Co zobaczyłeś?
 - Co Cię zdziwiło?
 - Czego się nauczyłeś?
 - Jak sądzisz, dlaczego tak się stało?
 - Jak postąpisz, jeśli taka sytuacja jeszcze raz się wydarzy?
- Generalnie, nie próbuj robić niczego za pacjentów, czego oni nie mogliby zrobić sami – wliczając w to uśrednianie poziomów cukru we krwi, wpisywanie danych na formularze itp.
- Rozmawiaj z każdą osobą indywidualnie przed rozpoczęciem zajęć. Mów normalnym głosem, tak, aby inni mogli Cię usłyszeć. Pozwoli to wszystkim uczyć się z doświadczeń innych ludzi. Umów się na indywidualne spotkania, aby mówić długie lub osobiste kwestie. Zapytaj: „Czy możesz zostać po zajęciach?” lub „Czy mogę jutro do Ciebie zadzwonić, żeby jeszcze o tym porozmawiać?”
- Zaszczep pewność siebie w swoich współpracownikach, swoim programie, jak również pewność we własne siły w każdym z pacjentów.
- Po indywidualnej rozmowie z pacjentem, zapisz jego stan, problemy i plan związany z jego osobą. Niech pacjenci wpiszą sami swoje średnie poziomy cukru we krwi na formularz rejestru lub do swoich notatek.
- Bądź zaangażowany w postępy pacjenta POMIĘDZY zajęciami, aby jak najszybciej osiągnąć jak najlepsze rezultaty. Szczególnie przyglądaj się codziennie wszystkim trwającym zajęciom pod kątem niedokończonych/wymagających załatwienia spraw.
- Reaguj na odpowiedzi od lekarzy, do których zwrócono się z prośbą o zmianę leków.
- Przejrzyj wyjątkowe wyniki laboratoryjne i zrób ich kopię dla pacjenta.
- Odpowiadaj na telefony pacjentów; w razie konieczności, sprawdzaj i przypominaj.
- Pamiętaj, że to co robisz jest ważne. Dzięki Tobie pacjenci się zmieniają! Uśmiechnij się!

*Ten, kto spróbuje nieść wściekłego kota
za ogon nauczy się czegoś,
czego nie nauczy się w żaden inny sposób.*

Mark Twain





PLANOWANIE I WPROWADZANIE EDUKACJI ZORIENTOWANEJ NA PACJENTA

| CEL | METODY |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Spraw by zajęcia były osobiste, aktywne, angażujące i zorientowane na pacjenta | <ul style="list-style-type: none"> • Stwórz ciepłe, przyjazne, niekliniczne otoczenie. • Stosuj sprawdzanie postępów podczas indywidualnych interakcji. • Ucząc korzystaj z rejestrów posiłków i poziomu cukru we krwi oraz wyników badań laboratoryjnych należących do pacjentów. • Używaj pytań do poszukiwania i wyjaśniania, nie do przepytывania. |
| Włącz w pełni do treści prezentacji psychospołeczne aspekty życia z cukrzycą i opieki z nią związanej | <ul style="list-style-type: none"> • Mów wcześniej i często o emocjonalnej stronie życia z cukrzycą. • Sprawdzaj pacjentów pod kątem depresji. • Zajmuj się określonym rodzajem stresu i radzeniem sobie z nim w danym kontekście (np. jedzenie). • Potwierdź fakt, że życie pacjenta z cukrzycą nie jest łatwe. • Przekaż oczekiwanie sukcesu, takiego jaki został określony przez pacjenta. |
| Unikaj sztywnych planów zajęć | <ul style="list-style-type: none"> • Zidentyfikuj kluczowe tematy; przypisz je wstępnie do poszczególnych tygodni programu. • Korzystaj z materiałów takich jak slajdy i karty ćwiczeń. • Buduj swoje umiejętności i pewność siebie, aby nie być zależnym od materiałów czy planów lekcji, ani czuć się zagrożonym przez pytania. • Pozwól by zainteresowania i pytania pacjentów kierowały przebiegiem spotkań. • Odznaczaj tematy na głównej liście dla każdej z grup, aby mieć pewność, że wszystkie najważniejsze tematy zostały omówione w każdej z nich. |
| Wyjdź poza prezentację treści | <ul style="list-style-type: none"> • Oceniaj zdolność ludzi do stosowania potrzebnej wiedzy i umiejętności. • Najważniejsze treści przygotuj w formie pisemnej i/lub w formie nagrania – np. własne wytyczne na dni choroby, listy z porcjami jedzenia, itp. Uwolni Cię to od polegania na wykładzie jako metodzie przekazywania wszystkich informacji. • Wybierz/Przygotuj materiały na poziomie czytania 6-ej klasy lub niżej. • Zwiększ czytelność tekstu używając czcionki o wielkości przynajmniej 12 pkt. • Używaj ilustracji jako wskazówek i w celu komunikacji, nie jako ozdóbek. • Wykorzystuj czas zajęć na odpowiadanie / wywoływanie / stawianie pytań, rozwiązywanie problemów, omawianie i stosowanie treści – bogate, interaktywne wykorzystanie czasu spędzonego „twarzą w twarz”. • Zadawaj „prace domowe”, żeby utrwalac umiejętności w okresie pomiędzy zajęciami. Podobnie jak w przypadku jazdy na rowerze, umiejętności samoopieki nabiera się poprzez doświadczenie, a nie podczas wykładu. |
| Ogranicz wykłady stosując strategie aktywnego uczenia się | <ul style="list-style-type: none"> • Wykład ma swoje miejsce, ale korzystaj z niego oszczędnie – głównie udzielając odpowiedzi. Przeplataj krótkie wykłady <ul style="list-style-type: none"> • aktywnościami i kartami ćwiczeń, które angażują pacjentów, • pracą z pomocami dydaktycznymi (modele jedzenia, menu itp.), • gramami, • ćwiczeniem podstawowych umiejętności, • uczeniem się przez odkrywanie przy wykorzystaniu wyników poziomu cukru we krwi. |
| Przestań uczyć „o” cukrzycy | <ul style="list-style-type: none"> • Czy chciałbyś lecieć samolotem z pilotem, który uczył się „o lataniu”, czy z takim, który rzeczywiście uczył się latać? <ul style="list-style-type: none"> • przedstawiaj wszystkie treści umieszczone w kontekstach, • skoncentruj się na podstawowych umiejętnościach niezbędnych do rozwiązywania prawdziwych problemów pacjentów, • podkreślaj związek pomiędzy różnymi obszarami opieki diabetologicznej oraz opieki diabetologicznej z codziennym życiem pacjentów. |



Taniec z cukrzycą

terapia krótkoterminowa

– rozmowy z dziećmi, młodzieżą i rodzinami żyjącymi z cukrzycą

Deborah Christie

European Diabetes Nursing, Spring 2008 Vol. 5 No. 1, 28-32

Tłumaczenie Renata Wójcik

Wstęp

W Wielkiej Brytanii tylko 1:7 do 1:5 dzieci z cukrzycą (w zależności od grupy wiekowej) osiąga zalecane poziomy hemoglobiny glikowanej (<7,5%). Kontrola The National Paediatric Diabetes wykazała, że *opieka diabetologiczna w Wielkiej Brytanii aktualnie nie spełnia zatwierdzonych standardów i będzie to powodować problemy zdrowotne u dzieci z cukrzycą obecnie jak i w przyszłości.* (1) Opieka nad dziećmi i młodzieżą z cukrzycą różni się fundamentalnie od tej kierowanej do dorosłych. To złożony proces, który musi być silnie skoncentrowany na dziecku/nastolatku i na jego rodzinie i innych opiekunach, wsparty przez umiejętności i doświadczenia wielodyscyplinarnego zespołu opieki. Konieczne trzeba wziąć pod uwagę potrzeby fizyczne i emocjonalne rozwijającej się i wzrastającej jednostki, wraz ze społecznymi ograniczeniami rodziny, kolegów, wczesnych lat szkolnych. Kluczowym składnikiem efektywnego postępowania w opiece przewlekłej – zaangażowanie młodych ludzi i ich rodzin (lub opiekunów) – jest ustanowienie i utrzymywanie motywacji, która pozwoli im podolać złożonej sztuce „zonglowania” wymaganej by osiągnąć postępowanie efektywne w zależności od stanu zdrowia. (2)

Terapia rodzinna, zawierająca rozwojowo właściwie uzgodnioną odpowiedzialność, została zbadana pod kątem skuteczności poprawy kontroli metabolicznej. (3-5) Terapia skoncentrowana na rozwiązaniu (ang. Solution-focused therapy – SFT) jest kolejnym podejściem mającym potencjał poprawy poziomów HbA1c u młodych ludzi z cukrzycą, którzy są niechętni do zaangażowania się w standardowe psychologiczne podejścia. (2,6) Terapia skoncentrowana na rozwiązaniu zakłada, że klient jest ekspertem i zaprasza go do scharakteryzowania jak on sam chce by sprawy wyglądały, by skoncentrował się na tym, co już dobrze funkcjonuje i by zauważył jakie małe zmiany są możliwe. (7) Oczekowaną zmianą jest sposób postrzegania świata. Takie podejście nie ma na celu znalezienie przyczyny problemu albo oddalenie go.

Świadczenia psychologiczne na Uniwersytecie College London Hospital (UCH) są zintegrowaną częścią wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego. Oferujemy SFT włączając propozycje

z terapii narracyjnej i zapraszając rodziny, by mówić o rzeczach, które one już robią, by rzucić wyzwanie negatywnym efektem cukrzycy (do wykorzystania w pracy z dziećmi i ich rodzinami w różnych grupach wiekowych). Myślimy o naszym podejściu jak o „tańcu z cukrzycą”. Używanie takiego myślenia pomaga nam być pewnym, że słuchamy tej samej muzyki. Ten sposób myślenia pomaga nam zapraszać rodziny do przewodzenia w tańcu. Pamiętaj, że jest znacznie trudniej być prowadzonym w tańcu niż prowadzić. Będąc prowadzonym musisz wiedzieć jak tańczyć do tyłu!

Rozmowy bezproblemowe

Rozmowa bezproblemowa umożliwia poznanie osoby w odezwaniu od problemu i zaprasza rodzinę do skoncentrowania się na własnych zasobach – sile, pomysłowości, zaradności a nie na jej deficytach. (7) (...) Rozmowy zaczynają się od prośby o przykład siły, zdolności i zasobów, by zidentyfikować umiejętności z obszarów nieproblematycznych, które mogą być później przeniesione do obszarów problematycznych. (Tab.1) Przykłady bycia dobrym w szkole sugerują inteligencję i zdolności do nauki; posiadanie przyjaciół sugeruje umiejętności społeczne, lojalność, zdolność słuchania i pomagania innym; hobby i inne aktywności wskazują na zaangażowanie w satysfakcjonujące i dające radość życie. Rodzice są proszeni o podanie umiejętności i atutów swoich dzieci, z których są dumni. (...)

Ustanowienie centrum uwagi

Rodzice, dzieci i kierujący na terapię mogą mieć różne pomysły na to, w czym pomogłoby spotkanie, dlatego chcemy usłyszeć najśmielsze oczekiwania wszystkich. To zaprasza ludzi, by ujrzeni siebie jako ekspertów w ich własnych sytuacjach; oni wiedzą, o czym potrzebują rozmawiać:

Przebyłeś całą drogę tutaj by się z nami dzisiaj spotkać, więc chcę być tak pomocnym, jak tylko się da. Jeśli to miałyby być pomocne spotkanie, jak myślisz, co byłoby inne, co zmieniłoby się wraz z końcem naszej rozmowy? Jak chcesz wykorzystać nasz czas razem, żeby był pomocny?





„Jeśli cukrzyca
siedziałaby na krześle
obok Ciebie,
jak bym ją
rozpoznał?”

Odpowiedzi na pytania „nie wiem”

Chociaż dzieci i młodzież rzadko mają ochotę na wizyty u psychologa i często nie chcą rozmawiać o cukrzycy, mogą one nie wiedzieć, dlaczego zostali przyprowadzeni do specjalisty. Dlatego pytamy *czyj to był pomysł byś pojawił się dziś na spotkaniu?* Jeżeli to była inicjatywa rodziców lub lekarza prowadzącego, pytamy czy mają pojęcie, na jaki temat rodzice czy lekarz chcieli abyśmy rozmawiali:

Jak myślisz, dlaczego lekarz/mama/tata chcieli żebyśmy się spotkali? Czy oni martwią się o sprawy, które Ciebie szczególnie nie martwią?

Młodzi ludzie zwykle dobrze identyfikują problemy rozpoznane przez innych i dobrze opisują wpływ tych problemów na całą rodzinę. Rodzice chcą by dzieci uporządkowały swoje nastawienie do choroby, były świadome potencjalnych późnych powikłań choroby, czy brali odpowiedzialność za siebie samego. Zespół terapeutyczny chce by lepiej radzili sobie z planem leczenia i dietą, częściej podawali insulinę i sprawdzali glikemię, spróbowali nie pomijać iniekcji insuliny czy zaprzestać jedzenia niewłaściwej żywności. Wtedy pytamy dzieci i młodzież, co wg nich potrzeba zmienić, by nie musieli przychodzić i widzieć nas ponownie. (...)

Uzewewnętrznianie problemu

Zamiast spostrzegać problem jako stałą właściwość, uzewnętrznienie jest sposobem oddzielenia osoby od problemu i zaproszeniem do rozmowy na temat jak może ona przeżyć swoje ży-

cie bez bycia pomiatanym przez różne trudności. (8,9) Znalezienie wspólnego języka umożliwia nam pomyśleć jak wspólnie sprzeciwić się problemowi. „Dziewczyna-diabetyk” staje się dziewczyną, która „żyje z wyzwaniami cukrzycy”.

Od rodzin oczekuje się wyczerpujących odpowiedzi na pytanie *Co wydaje się być problemem?* Mogą one same zacząć opowiadać bez pytania o problemach, chcąc byśmy usłyszeli z czym borykają na co dzień. Ale najważniejsze jest, by wysłuchać problemu bez podsycańcia płomieni i bez szczegółowego pytania o wyjaśnianie. Podczas słuchania zaczynamy zadawać pytania, by uzewnętrznic problem. Jeśli problemem jest, że młoda osoba nienawidzi bycia diabetykiem, prosimy by przedstawiła nas cukrzyca:

Wiem, to może zabrzmieć śmiesznie, ale czy mógłbyś mnie przedstawić cukrzyca?

Kiedy pojawiła się ona w Twoim domu?

Gdzie mieszka?

Jeśli cukrzyca siedziała na krześle obok Ciebie, jak bym ją rozpoznał?

Jest duża czy mała?

Przypomina Ci coś?

Niektóre z odpowiedzi, które usłyszeliśmy:

Mark (8 lat): *To wielki purpurowy potwór ze strzykawkami zamiast zębów i igłami zamiast ogona.*

Susan (14 lat): *To wkurzający skrzat zwany Charlie.*

Jane (15 lat): *To jakby wielka czarna chmura, która ciągle za mną chodzi.*





Pozwala to nam wspólnie pomyśleć, jaki dzieci znajdują sposób by oswoić potwora, powstrzymać Charliego, by nie psuł różnych rzeczy i zmniejszyć chmurę. (...)

Krok w przyszłość

Następny krok to zaproszenie rodziny na zrobienie kroku w przyszłość, do czasu, kiedy problem zostanie rozwiązany, przez opisanie „preferowanej przyszłości”, która przedstawi obraz rzeczy, jaki oni chcieliby widzieć. Shaker opracował technikę „cudownego pytania”, jako sposobu pomagającego znaleźć się w przyszłości, zamiast utknąć w teraźniejszości.(10) Oto przykład jak zadawać tego typu pytanie:

Mam dziwne, być może niezwykle pytanie, które wymaga trochę wyobraźni. Przypuśćmy... kończymy nasze spotkanie, wychodzisz, oglądasz TV, jesz kolację i idziesz spać... i podczas Twojego snu zdarza się cud... problemy, które Cię do mnie sprowadziły po prostu się rozwiązały!... Ale Ty spałeś, i nie wiesz, że cud się wydarzył. Więc kiedy wstajesz rano... jak zabierzesz się do odkrywania, że ten cud się Tobie zdarzył?

A teraz trochę trudniejsze! Musisz być cierpliwy i czekać na odpowiedź. Trzymaj się swojego zdania i nie odzywaj się. Jeśli dziecko powie, że to trudne pytanie, po prostu zgódź się z nim. W przypadku trochę młodszych dzieci możesz powtórzyć ostatnią część pytania.

To ważne by uzyskać możliwie najbardziej bogaty opis, ze szczegółami i konkretnymi przykładami tego, co młodzi ludzie będą robić w przyszłości. Jeśli powiedzą, że będą „czuć się szczęśliwsi” zapytaj jak zauważą, że są szczęśliwsi. Co ich rodzice/przyjaciele/ nauczyciele zauważą? Zapraszamy także rodziców, by opowiedzieli co zaobserwowaliby i pytamy co oni sami mówiliby czy jak inaczej zachowywaliby się w tej sytuacji. (...)

Szczegóły dotyczące miejsc gdzie młodzi ludzie poszliby, co by robili z przyjaciółmi czy z rodzicami (gdby się z nimi mniej kłócili) przyczyniają się do obogacenia opisu. (...)

Skalowanie

Mając jasny i sprecyzowany obraz preferowanej przyszłości, następny krok zaprasza młodych ludzi by rozpoznali swoje miejsce w relacji to tej przyszłości. (7)

Wyobraźmy sobie, że sprawy miałyby się tak, jak to opisałeś. Jesteś w centrum tej sytuacji i to jest 10... a 0 dajemy tej sytuacji, która jest najdalej jak tylko mogłaby być od tej rzeczywistości. Jak blisko 10 jesteś dzisiaj?(...)

Skalowanie może być również użyte by pytać, jak pewnie czują się młodzi ludzie odnośnie dokonywania zmian, jak wiele rzeczywiście chcą zmienić, jak bezpiecznie czują się z sobą samym i jak bardzo lubią siebie samych.



Wyjątki

Podejście ukierunkowane na rozwiązanie problemów zakłada, że mała zmiana jest zawsze możliwa. Pytania o wyjątki zapraszają rodziny do rozmów na temat czasów, kiedy byli blisko cudu – nawet, jeśli tylko na krótką chwilę. (Tab. 2) Shaker nazywa to „poszukiwaniem kawałeczków cudu”. (10) Te „iskrzące się momenty” są wyjątkami w opowieści o problemie i identyfikują zdolności, które mogą zostać wykorzystane w wywołaniu późniejszych kroków w kierunku preferowanej przyszłości.

Radzenie sobie

Jeśli ktoś oceni siebie na 0 (czy nawet na ujemną liczbę), możemy zadać pytania o sposoby radzenia sobie, po to, żeby usłyszeć dlaczego jeszcze się nie poddali i ciągle jeszcze są gotowi spotkać się z nami, lub by nauczyć się co zapobiegło pogorszeniu się sytuacji. (Tab.3)

Przerwa i informacja zwrotna (feedback)

Przed podsumowaniem rozmowy trwającej około 50 minut konieczna staje się przerwa 5-10 minutowa.

Jesteśmy bardzo ostrożni, jeśli chodzi o dawanie ludziom rad. Rodzice mówią, że oczekują od nas konkretnej rady jak rozwiązać problem i jak postąpić w określonej sytuacji. Młody człowiek zapyta się nas, jak może przestać bać się igieł. Często słyszymy opowieści poprzednich zespołów, które dawały mnóstwo rad, a żadna z nich nie była dobra i odpowiedzią na każdą było: „to nie działa”. Jeśli zignorujemy te znaki ostrzegawcze, popadniemy w pułapkę „musimy coś zrobić by pomóc”. Przymuszeni by dać tę radę zareagujemy. Możemy się spodziewać, że rodzina niezmiennie powie „tak, ale ... my już tak zrobiliśmy”. Moja jedyna rada w tym miejscu to taka, by pamiętać, aby nie dawać żadnych rad.

Podejmując feedback, zaczynamy od walidowania (ustalenia trafności i odpowiedniości) trudności. Używamy słów rodziny by pokazać, że słuchaliśmy jej uważnie. Podsumowujemy zasoby, siły, umiejętności i zdolności, wskazując na kroki, które już zostały podjęte w kierunku preferowanej przez rodzinę przyszłości. (...) Feedback musi być szczery, prawdziwy i oparty na tym, co usłyszeliśmy w odpowiedzi na nasze pytania. (12)

Na koniec młodzi ludzie i ich rodzice są poproszeni, by opowiedzieli na ile ta sesja była dla nich pomocna. Pytamy kiedy, jeśli w ogóle, chcą się z nami znowu spotkać. Połowa rodzin, z którymi pracowaliśmy uznała, że jedna sesja była wystarczająca, pozostałe rodziny prosiły o dalsze indywidualne lub rodzinne terapie. (...)

Wnioski

W naszym doświadczeniu, terapia skoncentrowana na rozwiązaniu jest mocnym ułatwieniem zmiany. To podejście pasuje do modeli wzmacniania, które coraz częściej wykorzystywane są w postępowaniu długoterminowym podejmowanym w chorobach przewlekłych.

Jeśli z przyjemnością przeczytałeś ten artykuł, możesz wypróbować kilka pytań w Twojej następnej rozmowie z rodziną – jeśli one zadziałają – kontynuować ich użycie. Nasz zespół psychologów prowadził szereg treningów, konsultacji, warsztatów wśród psychologów ale także dla innych profesjonalistów zainteresowanych wprowadzaniem pomysłów tego podejścia do swojej praktyki. Wszyscy członkowie zespołów diabetologicznych zaczęli włączać niektóre z pytań do swoich klinicznych konsultacji. Zdaliśmy sobie sprawę, że te pytania są pomocne w zachęcaniu i motywowaniu młodych ludzi i ich rodzin do przyłączenia się do nas w „tańcu z cukrzycą”.

Tab. 1. Pytania bezproblemowe mogą rozpoznać umiejętności z obszarów nie-problemowych.

Pytania bezproblemowe:

- Czy mogę najpierw poznać Cię trochę?
- Co lubisz w szkole?
- Jaki jest Twój ulubiony przedmiot/lekcja?
- Co lubisz robić, kiedy nie jesteś w szkole?
- W czym jeszcze jesteś dobry?
- Co sprawia przyjemność Tobie i Twoim kolegom?
- Co lubisz robić poza szkołą?

Tab. 2. Pytania o wyjątki zapraszają rodziny do rozmów na temat czasów, kiedy byli blisko cudu – nawet jeśli bardzo krótko.

- Kiedy, jeśli nawet tylko na chwilę, przejąłeś „władzę” nad problemem?
- Co zrobiłeś?
- Co inni zauważyli?
- Kto nie zdziwiłby się, że byłeś zdolny tego dokonać?

Tab. 3. Odpowiedzi na pytania o dawanie sobie rady, takie jak przedstawione poniżej, pomagają profesjonalistom dowiedzieć się, dlaczego dziecko jeszcze się nie poddało.

- Co zrobiłeś by zapobiec pogorszeniu się spraw?
- Jak to zrobiłeś?
- Jakimi sposobami stało się to pomocne?
- Jak udało Ci się nie poddać?
- Co Cię powstrzymało przed zejściem poniżej 0?
- Jak udało Ci się zrobić to czego dokonałeś dzisiaj?



EDUKACJA ZDROWOTNA

(część CZWARTA) – EWALUACJA EDUKACJI ZDROWOTNEJ

HEALTH EDUCATION – (part four) – EVALUATION 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

Warunkiem skuteczności edukacji zdrowotnej osób przewlekle chorych jest dobrze i precyzyjnie przygotowany plan działań. Powinien on być dostosowany indywidualnie do potrzeb i możliwości percepcyjnych pacjenta. Z założeń współczesnej edukacji zdrowotnej wynika, że istotniejsze od tego co i ile zrobiono są osiągnięte efekty. Wskaźnikami realizacji edukacji zdrowotnej pacjenta nie powinny być: ilość przeprowadzonych pogadań, liczba wręczonych materiałów edukacyjnych np. broszur, ale poziomu wiedzy pacjenta np. na temat żywienia czy modyfikacji dawek insuliny oraz poziom wyrównania metabolicznego. Aby sprawdzić czy założone cele zostały osiągnięte istotnym etapem programu edukacji zdrowotnej jest ewaluacja. Powinna ona dotyczyć zarówno procesu jak i wyników końcowych.

SŁOWA KLUCZE

efektywność edukacji zdrowotnej, ewaluacja

WSTĘP

Osoby zajmujące się edukacją pacjentów z cukrzycą (pielęgniarki, lekarze, dietetycy itp.) ciągle poszukują nowych, lepszych metod edukacji. Zastanawiają się co zrobić, aby edukacja była bardziej skuteczna, efektywna. Zarówno analiza literatury z zakresu edukacji diabetologicznej jak i obserwacje własne autorki dowodzą, że uwaga osób edukujących skupia się przede wszystkim na poszukiwaniu nowych rozwiązań w tym zakresie. Szczególną popularnością cieszą się materiały edukacyjne, które w błyskawicznym tempie i w różnym zakresie pojawiają się na „rynku diabetologicznym”. Daremne jest poszukiwanie w tej dziedzinie doświadczeń z zakresu ewaluacji. Pewnym usprawiedliwieniem dla takiego stanu rzeczy jest fakt, że ewaluacja nie jest zadaniem łatwym. Wyrażam nadzieję, że treści przedstawione w tym artykule ułatwią praktykom zrozumienie istotności procesu ewaluacji i przyczynią się do jej stosowania w praktyce. Czego z całego serca życzę przede wszystkim pacjentom.

DEFINICJA I RODZAJE EWALUACJI

Z najprostszej definicji ewaluacji wynika, że - ewaluacja to sprawdzanie, czy zaplanowane i wdrożone działania osiągnęły zamierzony cel, czy podjęte działania zakończyły się sukcesem. Błędne jest utożsamianie jej z „ocenianiem” i „kontrolą”. Niezbędnym elementem ewaluacji jest wartościowanie działań, czyli badanie czy działania i ich wyniki są wartościowe: cenne, użyteczne (1). Celem ewaluacji jest dostarczenie informacji, które pozwolą

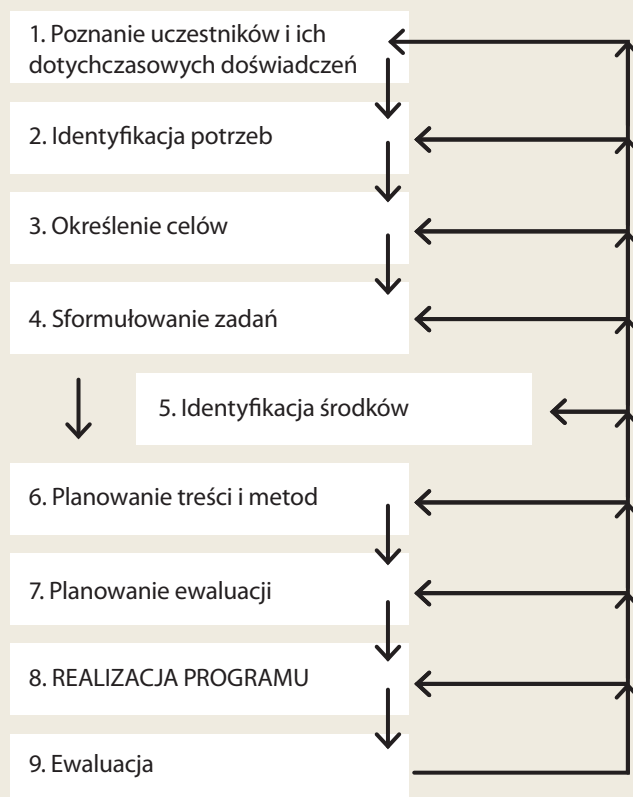
podsumować zrealizowane działania i posłużyć do ich usprawnienia i udoskonalenia. Ewaluacji powinny dokonywać wszystkie osoby prowadzące edukację zdrowotną osób z cukrzycą, stosując dostępne, proste metody. Aby sprawdzić czy edukacja zdrowotna przyniosła oczekiwane efekty należy:

- znac sytuację wyjściową (przed rozpoczęciem programu),
- wiedzieć co chcemy osiągnąć i jak to zrobimy?
- ustalić co będziemy sprawdzać w czasie i po zakończeniu programu?

Dlatego też planując program edukacji zdrowotnej równocześnie należy zaplanować sposób jego ewaluacji (2).

SCHEMAT PLANOWANIA I EWALUACJI PROGRAMU EDUKACJI ZDROWOTNEJ

(według Ewles i Simnett)

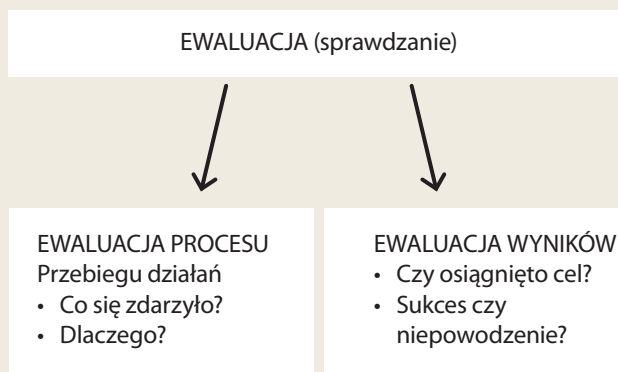


Źródło: (2)

Jak wynika z powyższego schematu ewaluację należy przeprowadzać zgodnie z wcześniejszym planem (punkt 7 programu). Po jej przeprowadzeniu może się okazać, że konieczne jest wprowadzenie zmian w programie np.: zmiana celu, metod czy doboru grupy edukowanej.

W ewaluacji wyróżnia się dwa jej rodzaje, komplementarne i niezbędne, związane z różnymi fazami realizowanego projektu.

1. Ewaluację procesu – dostarczającą informacji o przebiegu programu.
2. Ewaluację wyników – po zakończeniu programu, dostarczającą informacji o efektach programu oraz odpowiedź na pytanie, czy osiągnięto zamierzone cele.



Źródło: (3)

CECHY EWALUACJI PROCESU I EWALUACJI WYNIKÓW PROGRAMU

| Cecha | Ewaluacja procesu (formatywna) | Ewaluacja wyników (efektów) (sumatywna) |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cel | Obserwowanie, śledzenie (monitorowanie) przebiegu realizacji programu dla dokonywania ewentualnych korekt lub modyfikacji | Zbadanie stopnia osiągnięcia przyjętych celów programu |
| Pytania, jakie stawiają sobie osoby dokonujące ewaluacji | Czy program został wdrożony? Czy jest on realizowany zgodnie z planem? Jakie są trudności w realizacji i ich przyczyny? Co sądzą o programie jego uczestnicy? Czy uczestnicy są zainteresowani, aktywni, chętni do pracy, zrelaksowani? Co wymaga korekty, uzupełnienia? | Jakie są efekty programu w stosunku do ustalonych celów? Czy program powinien być kontynuowany? Co należy zmodyfikować? |
| Kiedy dokonuje się ewaluacji? | W całym okresie realizacji programu | Po zakończeniu kolejnych etapów realizacji programu i/lub bezpośrednio po zakończeniu programu i po upływie pewnego czasu (ewaluacja odroczone). |

Źródło (1)

Ewaluacja może być prowadzona przez prowadzącego/prowadzących program – autoewaluacja, przez obserwatorów zewnętrznych (inne osoby zajmujące się edukacją ludzi z ciekawością, koleżanki/koleżdy z pracy) oraz przez uczestników programu.

METODY EWALUACJI PROCESU

W celu sprawdzenia przebiegu procesu edukacji można wykorzystać kilka metod:

- analiza zarejestrowanych danych o liczbie uczestników, czasie trwania, przebiegu, organizacji zajęć,
- obserwacja zachowań uczestników zajęć: aktywność w trakcie zajęć, zadawanie pytań, udział w dyskusji, rozmowy nie

związane z tematem kursu; zachowania niewerbalne uczestników np. oznaki zniecierpliwienia, spoglądanie na zegarek, ziewanie, niewyjaśnione wychodzenie z zajęć itp., zadawanie pytań uczestnikom i analiza ich odpowiedzi,

- zadawanie sobie samemu przez prowadzącego pytań np. Co udało mi się zrobić? Co mogę zmienić, poprawić, udoskonalić?
- zebranie informacji od uczestników szkolenia, można poprosić o wyrażanie swoich opinii bezpośrednio w trakcie lub po kursie, można zorganizować tzw. tajne ocenianie np. poprzez wrzucanie anonimowych opinii na kartkach do puszek. Doświadczenia własne autorki dowodzą, że taki sposób zbierania informacji o kursie od uczestników jest najkorzystniejszy, gwarantuje bowiem szczerą wypowiedź i ocenę.



METODY EWALUACJI WYNIKÓW

Ewaluacja wyników w porównaniu do ewaluacji procesu jest zadaniem trudnym i skomplikowanym. Trudności te spowodowane są wieloma czynnikami. Cele stawiane w edukacji osób z cukrzycą są złożone i do określenia, czy zostały one osiągnięte, trzeba wykorzystać wiele wskaźników. Czasami na zamierzone efekty trzeba długo czekać. Jednak (na szczęście) nie dotyczy to wszystkich celów. W edukacji osób z cukrzycą pierwszymi stawianymi celami powinny być cele dotyczące podwyższenia poziomu wiedzy z różnych zakresów np. z zakresu żywienia, modyfikacji dawek insuliny itp. Bez osiągnięcia celów w zakresie wiedzy nie można osiągnąć celów dotyczących modyfikacji zachowań. Z analizy literatury i doświadczeń własnych autorki wynika, że najlepszą metodą ewaluacji wyników są testy. Przeprowadzane przed rozpoczęciem kursu (pre-test) oraz po jego zakończeniu (posttest). Porównanie wyników testów da odpowiedź na pytanie, czy edukacja była skuteczna, czy nie. W zakresie ewaluacji zachowań i postaw pacjentów z cukrzycą skuteczne wydają się szczegółowe wywiady przeprowadzone z samymi zainteresowanymi jak i z ich najbliższymi. Niekwestionowaną metodą jest sprawdzanie wyrównania metabolicznego na podstawie np. analizy dzienniczka samokontroli, parametrów biochemicznych, masy ciała, ilości hipoglikemii. Niewątpliwie do prowadzenia tego rodzaju ewaluacji konieczna jest współpraca pielęgniarki nie tylko z pacjentem, ale także z lekarzem prowadzącym. Współpraca zespołu edukacyjnego, którego nadrzędnym celem jest dobro pacjenta, może przyczynić się do opracowywania nowych metod ewaluacji wyników. Wyrażam nadzieję, że osoby prowadzące edukację ludzi z cukrzycą posiadają własne bogate doświadczenia w zakresie ewaluacji i że po lekturze tego artykułu zechcą się nimi podzielić. Gorąco zachęcam. Jak słusznie zauważa B. Woynarowska, kwestia ewaluacji wyników edukacji zdrowotnej pozostaje wciąż problemem nierozwiązanym i wymaga dalszych prac (1). Każde doświadczenie w tym zakresie może okazać się innowacyjnym i korzystnym dla zdrowia pacjenta. Pomocnym w stosowaniu ewaluacji może okazać się wcześniej przygotowany plan.

ETAPY EWALUACJI

A. Planowanie

Na tym etapie należy określić:

- kryteria sukcesu dla osiągnięcia poszczególnych celów programu (4)
- wskaźniki pomiaru
- sposoby (metody) zbierania informacji

B. Zbieranie danych

Zbieranie danych powinno się odbywać w czasie realizacji programu (ewaluacja procesu) i po jego zakończeniu (ewaluacja wyników):

- należy zbierać tylko te dane, które są niezbędne i które będą wykorzystane
- dane powinny być rzetelne
- sposób zbierania danych powinien być jak najprostszymi z wykorzystaniem dostępnych metod

C. Analiza danych

Zbrane dane należy uporządkować i opracować tak, aby pozwoliły one na przygotowanie raportu. Jest to końcowy dokument podsumowujący cały program. Powinien zawierać następujące informacje:

- krótki i jasny opis przebiegu programu z informacją o zgodności realizacji z planami,
- informację o wprowadzonych w programie zmianach (jeśli takie były) w stosunku do planów w trakcie realizacji programu (w wyniku ewaluacji procesu),
- informację o odbiorcach programu – jakie grupy, ile osób, sposób leczenia edukowanych, czas trwania choroby, metody edukacji,
- opinie odbiorców o programie,
- stopień osiągnięcia sukcesu – wg zaplanowanego kryterium – w stosunku do celu i zadań,
- mocne i słabe strony programu,
- zalecenia dotyczące modyfikacji programu.

D. Upowszechnianie wyników

Raport z ewaluacji powinien trafić do wszystkich zainteresowanych i zostać szeroko upowszechniony. Zdobyte doświadczenia mogą posłużyć do modyfikacji programu w przyszłości a innym pozwolą uniknąć popełnionych błędów.

O CZYM NALEŻY PAMIĘTAĆ PRZY PISANIU RAPORTU

- zapisywać tylko to co jest niezbędne,
- pisać zwięźle i jasno, używając krótkich zdań zawierających tylko jedną myśl,
- przygotować tekst w sposób przejrzysty, łatwy do czytania,
- rozróżnić trzy pojęcia: wyniki, wnioski, zalecenia,
 - wyniki – fakty wynikające z ewaluacji,
 - wnioski – interpretacja wyników,
 - zalecenia – propozycje do przyszłych działań oparte na wynikach i ich interpretacji
- zaproponować zalecenia (3).

Zdaniem wielu autorów, niezbędnym dla przeprowadzania ewaluacji jest posiadanie następujących umiejętności:

- duża „dawka” zdrowego rozsądku,
- częste stawianie sobie pytań „dlaczego”,
- uczciwość wobec siebie i innych,
- pytanie innych i uzyskiwanie od nich odpowiedzi,
- obserwowanie i słuchanie komentarzy osób uczestniczących w realizacji zadań,
- regularność w zbieraniu informacji,
- zdolność do wybierania tego co rzeczywiście jest użyteczne (3).

Powyższe umiejętności można zdobyć i doskonalić w drodze doświadczeń własnych podczas realizacji edukacji zdrowotnej pacjentów z cukrzycą.

BIBLIOGRAFIA

Dostępna u autorki i w Redakcji. ■

Znaczenie edukacji pacjenta z cukrzycą dla promowania zachowań prozdrowotnych

Value of diabetic patient education in promotion of health oriented behaviors

AGNIESZKA BOCIAN

Wojewódzki Ośrodek Diabetologii i Chorób Metabolicznych przy Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu im. M. Pirogowa w Łodzi; e-mail: agnnit@poczta.onet.pl, kierownik placówki – dr n. med. Anna Mikołajczyk-Swatko
Praca dyplomowa napisana pod kierunkiem dr n. med. Ewy Borowiak na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi

Streszczenie

Choroby przewlekłe w tym cukrzyca wymagają od pacjentów aktywnego uczestnictwa w procesie leczenia. Mimo braku możliwości wyleczenia cukrzycy uzyskuje się jednak poprawę stanu zdrowia kosztem stałych, codziennych starań i ograniczeń. Efektywne leczenie zostaje w dużej mierze przeniesione na barki chorego, który dzięki samoobserwacji i samokontroli, umiejętnej analizie zbieranych informacji zdolny jest zwiększyć jego skuteczność. Wymogiem podstawowym w uzyskaniu właściwej współpracy chorego jest przekazanie mu informacji o chorobie, metodach jej leczenia, kontroli i samokontroli, prowadzenie aktywnego trybu życia, czyli edukacji pacjenta. To z kolei może wpłynąć na zachowania prozdrowotne chorego i zapobiegać wystąpieniu powikłań.

Celem pracy było:

1. Ocena wiedzy na temat własnej choroby wśród osób chorujących na cukrzycę;
2. Wykazanie, że edukacja ma znaczenie w promowaniu zachowań prozdrowotnych u osób chorujących na cukrzycę.

Materiał i metody

Badania zostały przeprowadzone na terenie miasta Łodzi w grupie liczącej 30 osób (kobiet 19, mężczyzn 11). Osoby badane stanowili pacjenci Wojewódzkiego Ośrodka Diabetologii i Chorób Metabolicznych przy W.S.S. im. M. Pirogowa. Wiek badanych wahał się pomiędzy 30-60 rokiem życia. Pacjentów poddano ankiecie i testowi sprawdzającemu wiedzę.

Wyniki

Aż 70% ankietowanych uważa, że edukacja jest ważnym elementem w zapobieganiu występowania powikłań cukrzycowych oraz dla promowania zachowań prozdrowotnych. Jednakże wiedza teoretyczna pacjentów, aż w 50% nie przekłada się w praktyce.

Wnioski

1. Wydaje się, że osoby chore na cukrzycę posiadają wiedzę na temat właściwego odżywiania się, znaczenia aktywności ruchowej czy samokontroli, ale często nie posiadają umiejętności stosowania jej w praktyce.

2. Osoby z cukrzycą doceniają znaczenie edukacji prowadzonej przez personel medyczny, być może zaangażowanie rodziny gwarantowałoby większą skuteczność wiedzy w praktyce.

Słowa kluczowe

cukrzyca, edukacja, zachowania prozdrowotne

Wstęp

W Polsce na cukrzycę choruje ok. 2 milionów osób. Zarówno w wymiarze ludzkim, jak i ekonomicznym cukrzyca jest jedna z chorób najbardziej kosztownych i najbardziej obciążających całe społeczeństwo. Jest ona główną przyczyną powikłań takich jak: ślepota u osób dorosłych, niewydolności nerek i amputacji kończyn, a także głównym czynnikiem ryzyka niedokrwiennej choroby, zawału serca i udaru mózgu. Może doprowadzić do wystąpienia u noworodków wad wrodzonych. Skracca średni oczekiwany okres życia przeciętnie o 10-15 lat.

W 1980 roku Komisja Ekspertów do spraw Cukrzycy przy WHO ustaliła nowe kryteria postępowania z chorym na cukrzycę. Stwierdzono, że opiekę nad chorym powinien sprawować zespół obejmujący lekarzy diabetologów, angiologów, okulistów, pielęgniarki-edukatorki diabetologiczne, dietetyków, specjalistów zdrowia psychicznego. Zakłada się, że podstawą działania zintegrowanego zespołu jest aktywny udział w nim chorego na cukrzycę.

Edukacja jest kluczową sprawą w terapii osób z cukrzycą. Jest fundamentem wszystkich metod leczenia tej choroby. Warunkuje ona zahamowanie postępów choroby i normalne funkcjonowanie człowieka, a co za tym idzie poprawę jakości jego życia.

Cukrzyca jest chorobą przewlekłą. Towarzyszy człowiekowi choremu do końca swoich dni. Pozyskiwanie wiedzy i umiejętności związanych z cukrzycą daje możliwości dokonywania wyborów w codziennym życiu. Mogą one dotyczyć: samokontroli stężenia glukozy we krwi (dokonywanie samodzielnie przez pacjenta odpowiednich zmian w dawkach leków, insuliny); racjonalnego żywienia się; stosowania wysiłku fizycznego; prowadzenie przez chorego prozdrowotnego stylu życia tj. preferowanie zachowań sprzyjających zdrowiu, unikanie czynników szkodliwie wpływających na prawidłowe funkcjonowanie organizmu (palenie papierosów, picie alkoholu); zapobieganie powi-



kłaniom cukrzycy; zdobycie umiejętności radzenia sobie ze stresem związanym z tą jednostką chorobową.

Wiedza i umiejętności, jakie musi pozyskać pacjent, jest wielkim wyzwaniem, przed którym stoi zespół terapeutyczny. To od niego zależy, w jaki sposób chory i jego rodzina będą współpracować a jednocześnie wpływać na jakość swojego życia. Jednocześnie należy pamiętać o tym, jaką niewymierną korzyść stanowi dobrze wyedukowany pacjent.

Wszystko to, co wpływa na wolność jednostki w tej chorobie to wiedza i umiejętności. To z kolei wyzwala w chorym poczucie skuteczności i daje mu możliwość pozytywnego patrzenia na cukrzycę. Nie zabiera mu zaufania do zespołu terapeutycznego i rodzi nadzieję na lepsze jutro. Efektem tej postawy pacjenta jest chęć współpracy i ciągłe pogłębianie swojej wiedzy. Dlatego tak ważna jest umiejętna komunikacja z pacjentem, ciągłe przekazywanie i powtarzanie wiadomości, budowanie relacji partnerskiej opartej na zaufaniu, motywowaniu pacjenta, aby uzyskać to, co najważniejsze w tej chorobie – radzenie sobie z nią i prowadzenie zdrowego stylu życia.

Cele badań

1. Ocena wiedzy na temat własnej choroby wśród osób chorujących na cukrzycę.
2. Wykazanie, że edukacja ma znaczenie w promowaniu zachowań prozdrowotnych u osób chorujących na cukrzycę.

Metodyka badań

Badania zostały przeprowadzone na terenie miasta Łodzi w grupie liczącej 30 osób (kobiet 19, mężczyzn 11). Osoby badane stanowili pacjenci Wojewódzkiej Poradni Diabetologii i Chorób Metabolicznych przy W.S.S im. M. Pirogowa. Wiek badanych wahał się pomiędzy 30 a 60 rokiem życia.

Kryteriami udziału w badaniu były:

- a. występowanie choroby jakim jest cukrzyca,
- b. sprawność komunikacji werbalnej,
- c. zgoda pacjenta.

Na przeprowadzenie badań wyrażali zgodę wszyscy pacjenci. Wykorzystano kwestionariusz oceny stanu zdrowia i jakości życia – *EuroQoL5D* (4). Składa się on z 6 pytań dotyczących poruszania się, wykonywania codziennych czynności, samoopieki, stopnia odczuwania bólu i niepokoju.

Interpretacja wyników kwestionariusza w/w jest następująca: odpowiedź na każde pytanie:

- a) oznaczająca brak występowania danego problemu otrzymuje 0 pkt.,
- b) częściowe występowanie problemu i
- c) występowanie problemu w sposób trudny do zniesienia otrzymuje 1 pkt.

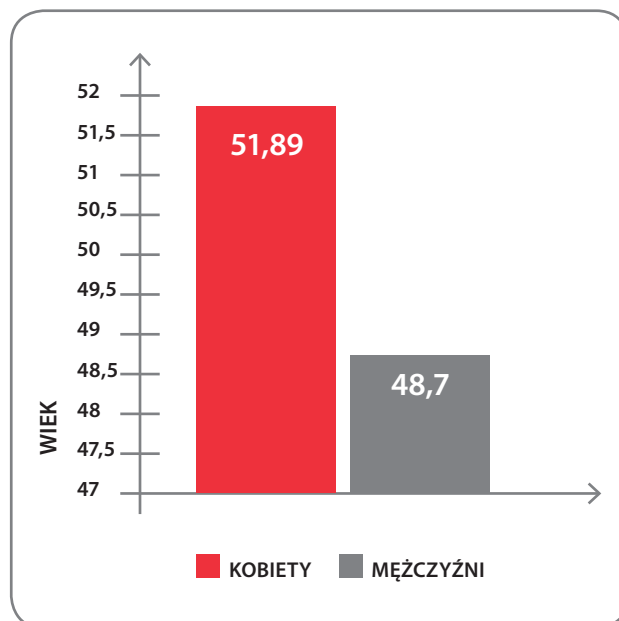
W ostatnim pytaniu respondent określa swój obecny stan zdrowia na skali od 0 do 100. Czym wyższa wartość zaznaczona na skali tym lepszy stan zdrowia osoby badanej.

W celu sprawdzenia wiadomości na temat cukrzycy sporządzono ankietę. Zawarto w niej 38 pytań w tym część ogólnych a część szczegółowych takich jak: prawidłowe wartości glukozy na czczo i 2 godziny po posiłku, jak powinien odżywiać się chory na cukrzycę, jaką powinien prowadzić samokontrolę, jaką rolę odgrywa edukacja pacjentów.

Wyniki badań

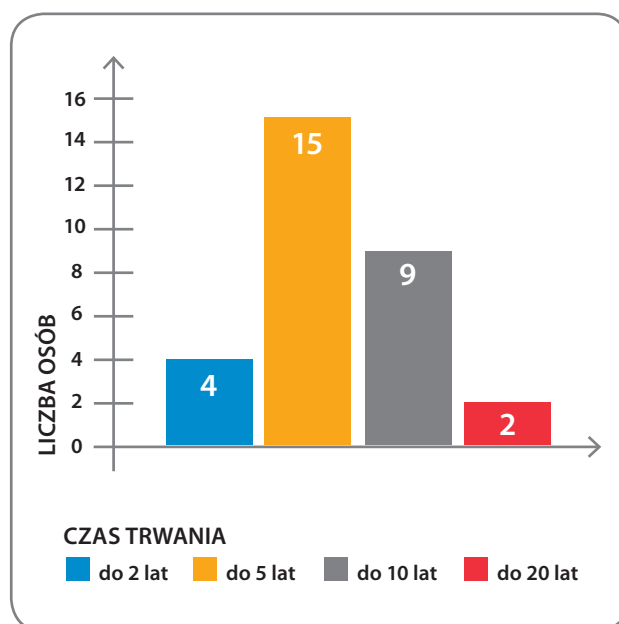
Średnia wieku badanych kobiet i mężczyzn była podobna. Klasyfikowała się na poziomie około 50 lat i nie stanowiła różnic statystycznych (Ryc.1).

Rycina 1.
Wiek badanych.



Osoby chorujące na cukrzycę różniły się pod względem czasu trwania tej choroby. Wśród respondentów największą grupę stanowiły osoby, które miały rozpoznaną cukrzycę od 5 lat (Ryc. 2).

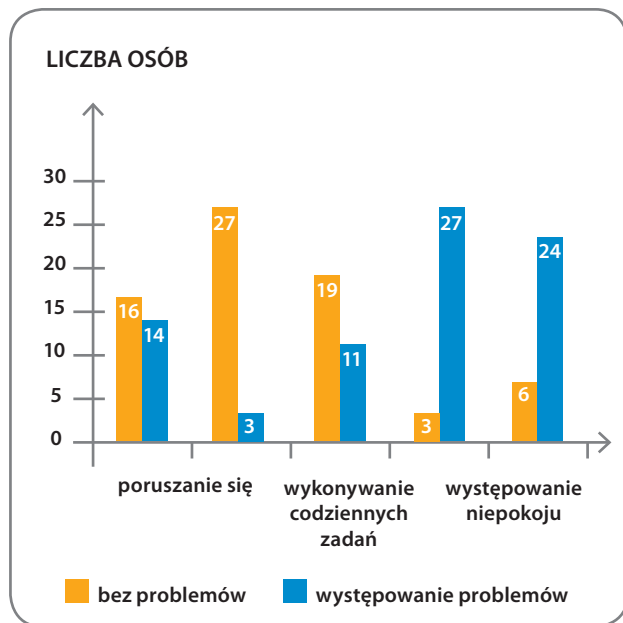
Rycina 2.
Czas trwania cukrzycy wśród respondentów.



Analiza poszczególnych aspektów jakości życia ukazała, iż respondenci wskazywali najczęściej na występowanie problemów z zakresu odczuwania bólu i niepokoju (Ryc. 3).

Rycina 3.

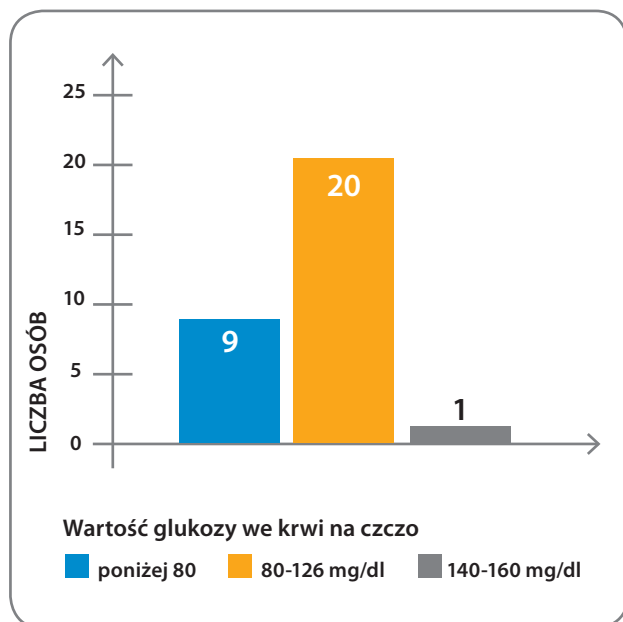
Jakość życia – poruszanie się, samoopieka, wykonywanie codziennych zadań, występowanie bólu i niepokoju.



Stan wiedzy osób chorujących na cukrzycę

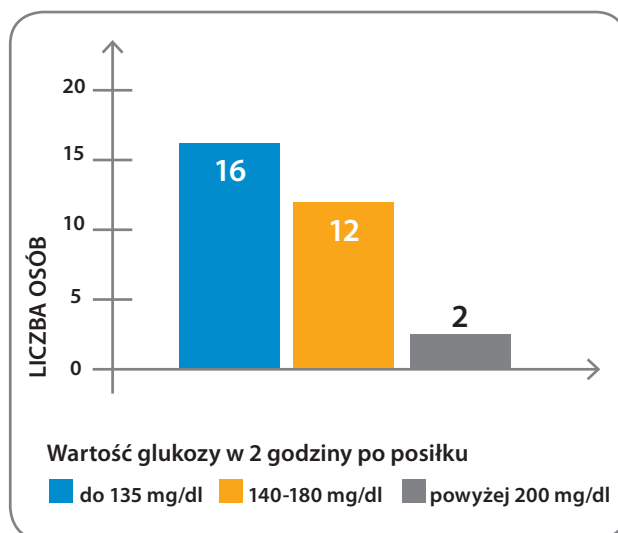
Analiza odpowiedzi respondentów wykazała, iż 100% osób badanych posiada glukometr. 53.3% chorych na cukrzycę bada poziom cukru kilka razy dziennie; 16.6% – jeden raz w tygodniu; 23.3% – okazjonalnie; 6.6% – tylko wtedy, kiedy źle się czuje. Większość osób zna prawidłowe wartości glukozy we krwi (Ryc. 4, 5).

Rycina 4. Stan wiedzy na temat prawidłowej wartości glukozy we krwi na czczo.



Rycina 5.

Stan wiedzy na temat prawidłowej wartości glukozy we krwi w 2 godziny po posiłku.



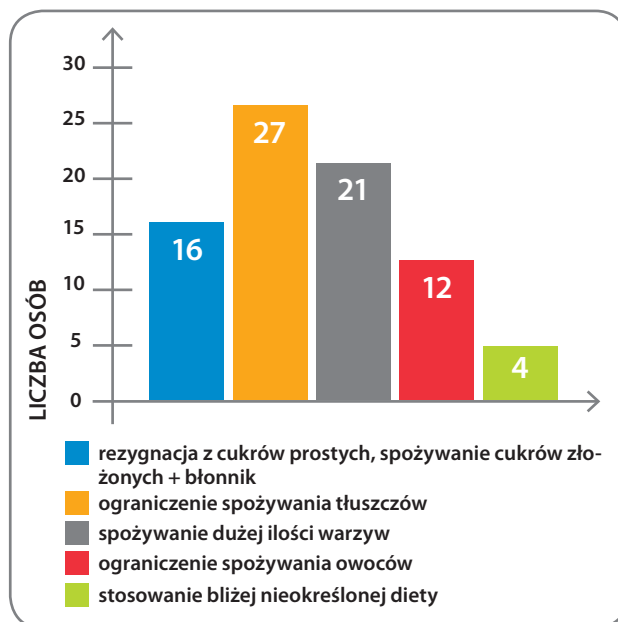
W pytaniu dotyczącym objawów hipoglikemii 63% chorych na cukrzycę odpowiedziało prawidłowo podając za właściwe: drżenie rąk, niepokój, błądź, zimne poty, wilczy głód, zmiany w zachowaniu. Natomiast 17% badanych odpowiedziało, że nie wie.

Na pytanie dotyczące preferowanych zachowań podczas hipoglikemii 60% badanych osób dało prawidłową odpowiedź, czyli, że wypije sok i zje kanapkę, 20% zje pączka lub czekoladę, 6.6% pominie posiłek, a 13.3% nie wie, co zrobi.

80% chorych na cukrzycę właściwie rozpoznało objawy hiperlikemii (częste oddawanie moczu, wzmożone pragnienie, utrata masy ciała, świąd okolicy narządów moczowo-płciowych), natomiast 20% nie znało właściwej odpowiedzi.

Przeprowadzone badanie ukazuje również, iż większość badanych respondentów posiada wiedzę na temat zdrowego żywienia w cukrzycy (Ryc. 6).

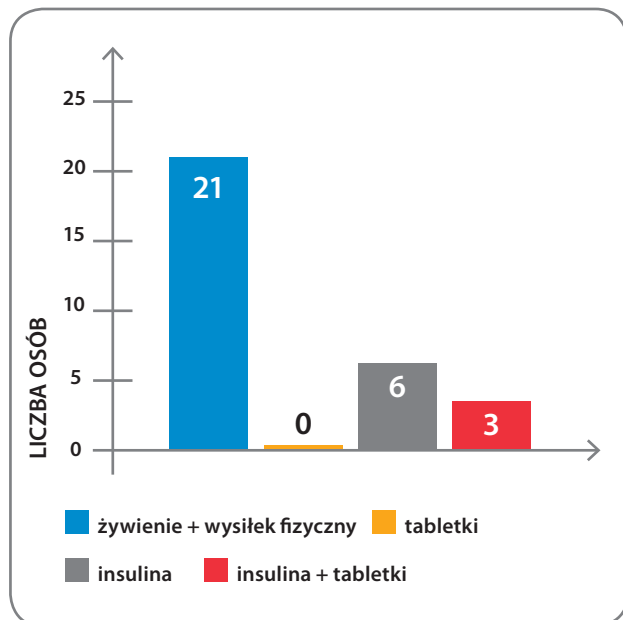
Rycina 6. Stan wiedzy na temat zdrowego żywienia w cukrzycy.



Najwięcej osób spośród badanych uważa, że na wyrównanie cukrzycy ma ogromny wpływ odpowiednia dieta i aktywność ruchowa (Ryc. 7).

Rycina 7.

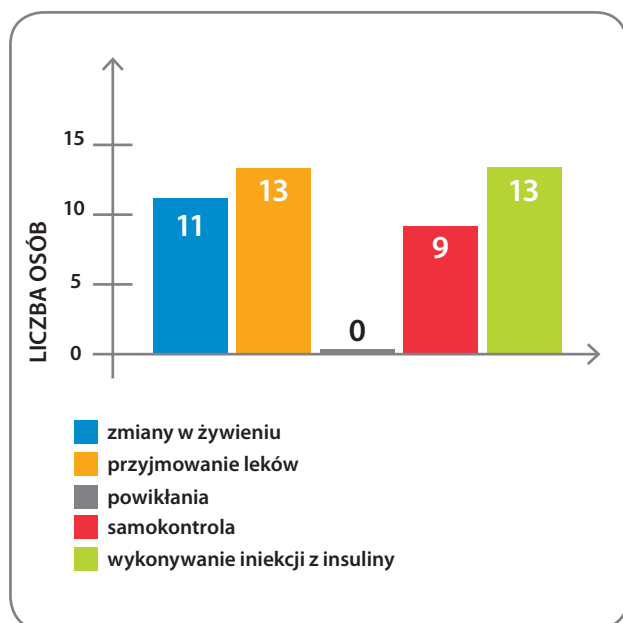
Stan wiedzy na temat czynników wpływających na dobrze wyrównaną cukrzycę.



Przeprowadzone badanie wykazało, iż konieczność samokontroli i powikłania są najtrudniejsze do zaakceptowania w cukrzycy (Ryc. 8).

Rycina 8.

Sytuacje najbardziej trudne do zaakceptowania w swojej chorobie.



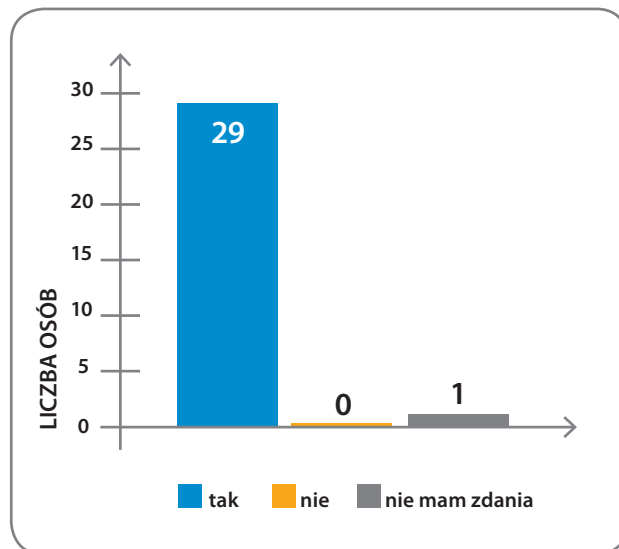
Respondenci, którym zadano pytanie w jakim stopniu cukrzyca wpłynęła na ich życie odpowiedzieli: w bardzo dużym – 33.3%; dużym 0 46.6%; małym – 16.6%; nie wpłynęła – 3.3%.

Pytanie dotyczące stosunku osoby chorej na cukrzycę do swojej choroby to: 16.6% odpowiedziało, że cukrzyca jest w centrum uwagi; natomiast 83.3% uznało, że starają się żyć jak dotychczas uwzględniając to, co najważniejsze w tej chorobie.

Większość respondentów potwierdziła pozytywną rolę edukacji w zapobieganiu powikłaniom cukrzycy (Ryc. 9).

Rycina 9.

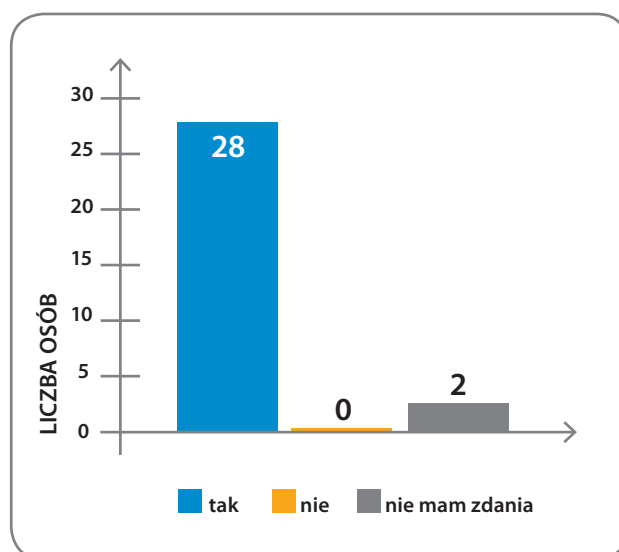
Stan wiedzy na temat związku edukacji z zapobieganiem występowania powikłań w cukrzycy.



Największa grupa badanych potwierdziła skuteczność poznania własnego schorzenia podczas zmiany stylu życia i innych zachowań prozdrowotnych (Ryc. 10).

Rycina 10.

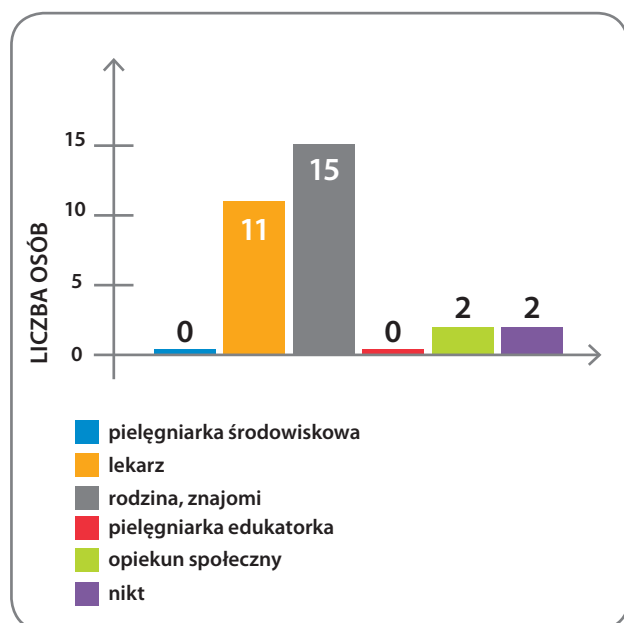
Stan wiedzy na temat związku znajomości problematyki własnego schorzenia z wykazywaniem zachowań prozdrowotnych.



W edukacji najwięcej pacjentom pomógł lekarz i pielęgniarka-educatorka (Ryc.11).

Rycina 11.

Osoby, które pomagały w zdobyciu i praktycznemu zastosowaniu wiedzy o cukrzycy.



Dyskusja

„Poznanie choroby jest początkiem zdrowia” (M. Cervantes de Saavedra). W myśl wielu uczonych, aby skutecznie działać w każdej chorobie należy ją najpierw dobrze poznać. Pod koniec lat siedemdziesiątych nauczanie o cukrzycy weszło oficjalnie do programu leczenia tego schorzenia. Edukacja pacjenta w zakresie cukrzycy jest niezmiernie ważna dla jego zdrowia i życia. Pacjent posiadający wiedzę jest bardziej świadomą osobą, która może dokonywać wyborów. Może on również wpływać na zachowania prozdrowotne i zapobiegać wystąpieniu powikłań. Wyedukowany i zmotywowany pacjent, który będzie przestrzegał zasad samokontroli i wytycznych dotyczących trybu życia, bardzo szybko odkryje fakt, że choroba, z którą przyszło mu żyć w niewielkim procencie ogranicza zakres jego aktywności fizycznej i psychicznej. W ostatnich latach opublikowano dużo prac poświęconych zagadnieniu edukacji w cukrzycy. Jednakże cały czas stanowi ona problem ze skutecznością dotarcia do pacjenta, zmotywowania go, zaangażowania rodziny w proces leczenia osoby chorej na cukrzycę.

W obecnym badaniu wśród ankietowanych najliczniejszą grupę stanowili pacjenci z wykształceniem średnim (40%), zawodowym (40%), następnie wyższym (13.3%), podstawowym tylko (6.6%). Większość badanych stanowiły kobiety (63.3%), natomiast mężczyźni tylko (36.6%).

Respondenci w 43.3% deklarowali palenie papierosów. 53.3% badanych spożywa alkohol okazjonalnie; 43.3% nie pije alkoholu; 3.3% pije alkohol codziennie.

Wszyscy badani jako chorobę podstawową wymieniali cukrzycę jednak oprócz tego schorzenia do najczęściej występujących

należą: nadciśnienie tętnicze (73.3%); niewydolność krążenia (46.6%); choroba niedokrwienna serca (20%); przewlekłe choroby płuc (10%); choroba reumatyczna (6.6%); udar mózgu (3.3%). Gorsza jakość życia wynika z odczuwania bólu i występowania niepokoju. Wśród 30 badanych osób tylko 3 osoby nie odczuwają bólu, a 6 osób nie odczuwa niepokoju. Te doznania wpływają również na stan emocjonalny pacjenta oraz na jego współpracę z zespołem terapeutycznym.

Edukacja chorego w cukrzycy jest ważnym elementem terapeutycznym. Wskazuje na to liczne piśmiennictwo i sławy takie jak: prof. dr hab. med. Jan Tatoń, Anna Czech, Jacek Sieradzki. Ma ona ogromny wpływ na dobrą współpracę pacjenta z zespołem edukacyjnym. Jednocześnie może zapobiegać powstawaniu powikłań oraz wpływać na zachowania prozdrowotne.

W przeprowadzonej przeze mnie ankiecie dotyczącej sprawności wiedzy respondentów okazało się, iż w przeważającej większości chorzy są dobrze zorientowani w swojej chorobie.

Na pytanie, co wpływa na dobrze wyrównaną cukrzycę – 70% badanych odpowiedziało, że żywienie + wysiłek fizyczny; 20% podało tylko, że insulina; a 10%, że insulina i tabletki. Jednocześnie przy pytaniu, na czym polega zdrowe żywienie w cukrzycy – 50% respondentów uważa, że należy zrezygnować z cukrów prostych a spożywać cukry złożone + błonnik; 90% ograniczeniu spożywania tłuszczu; 70% spożywanie dużej ilości warzyw; 40% ograniczeniu spożywania owoców; 13.3% stosuje bliżej nieokreśloną dietę. Jak widać zdecydowana większość zna zasady dobrego żywienia się, jednakże wiedza ta wymaga jeszcze szczegółowego doprecyzowania. Jest to również wskazówka dla pielęgniarki do prowadzenia ponownych szkoleń i reedukacji pacjentów, oraz wzmacniania zdrowego stylu życia.

Co do motywacji chorego w przestrzeganiu zasad zdrowego żywienia 46.6% deklaruje, że stosuje zasady zdrowego odżywiania się. Tyle samo osób przestrzega ją bardzo różnie, natomiast 6.6% nie przestrzega w ogóle.

Jeśli chodzi o pytanie czy przyjmowanie leków i/lub insuliny zwalnia z przestrzegania zasad żywienia w cukrzycy i aktywności ruchowej 93.3% respondentów odpowiedziało, że nie; 3.3% odpowiedziało twierdząco, natomiast 3.3% nie wie. Wyniki te sugerują, że ogólnie znany jest wpływ dobrego odżywiania się i wysiłku fizycznego na leczenie cukrzycy. Dla potwierdzenia tego wyniku niech będzie pytanie, co powoduje aktywność fizyczną – 80% ankietowanych odpowiedziało, że spadek poziomu cukru we krwi; 16.6% nie wie, natomiast 3.3% uważa, że nie ma wpływu na poziom cukru.

Przy pytaniach o prowadzeniu samokontroli, która jest bardzo ważnym czynnikiem w wieloaspektowym wymiarze cukrzycy można powiedzieć, że pacjenci doskonale zdają sobie z niej sprawę. 100% respondentów posiada glukometr, lecz nie wszyscy znają prawidłowe wartości glukozy we krwi na czczo i 2 godziny po posiłku.

Na pytanie dotyczące docelowego poziomu glukozy we krwi na czczo ankietowani odpowiedzieli następująco: 66.6% odpowiedziało prawidłowo uznając za prawidłowy poziom glukozy mieszczący się pomiędzy 80-126 mg/dl; aż 3% uważa, że prawidłowy cukier poniżej 80 mg/dl; natomiast 3.3% – 140-160 mg/dl. Jak widać pozostaje duża grupa, która nie zna prawidłowych wartości poziomu glukozy na czczo. Istnieje również możliwość, że osoby te znają prawidłowe war-

tości, lecz nie chcą przyjmować tego do swojej świadomości, lub są niedoinformowani.

O docelowe wyniki poziomu glukozy we krwi 2 godziny po posiłku ankietowani wypowiadali się następująco: 53.3% uważa za prawidłową normę do 135 mg/dl i to jest prawidłowa odpowiedź; 40% respondentów sądzi, że wartości glukozy pomiędzy 140-180 mg/dl są prawidłowe; 6.6% – powyżej 200 mg/dl. Jak widać podobnie dzieje się z wartościami docelowymi poziomu glukozy we krwi 2 godziny po posiłku. Można przypuszczać, że duża część respondentów nie zna prawidłowych norm lub też nie chce ich znać. Jednakże brak wiedzy na ten temat prowadzi do pojawienia się wczesnych lub późnych powikłań cukrzycy, a co za tym idzie brak zachowań prozdrowotnych i obniżenie jakości życia.

Przy hipoglikemii 83.3% badanych respondentów prawidłowo rozpoznaje jej objawy, jednakże 16.6% osób nie zna objawów niskiego poziomu glukozy we krwi. Może to wynikać z faktu, że pacjenci, którzy utrzymują poziom glukozy za pomocą diety lub leczone są tabletkami doustnymi nigdy nie doświadczyli objawów niedocukrzenia. Nie zwalnia ich to jednak z braku znajomości tego zagadnienia.

Zasmuca fakt, że tylko 60% ankietowanych wie jak postąpić przy hipoglikemii i zaleca wypicie soku i zjedzenie kanapki; 20% zjadłoby pączka lub czekoladę; 13.3% nie wie co robić; 6.6% pominęłoby posiłek. Objawy niedocukrzenia oraz postępowanie przy nich powinno znać 100% ankietowanych. Wynik tego badania sugeruje brak wiedzy pacjentów na ten temat. Jednocześnie daje wskazówkę dla pielęgniarek do prowadzenia szkoleń. Częstość oznaczania poziomu cukru we krwi sugeruje, że tylko 53.3% oznacza go kilka razy dziennie; 16.6% oznacza go jeden raz dziennie; 23.3% robi to okazjonalnie; 6.6% bada poziom cukru dopiero wtedy, gdy źle się czuje.

Częstość oznaczania zawartości glukozy w moczu – 46.6% nie bada go w ogóle; 30% oznacza go przy dużym poziomie glukozy we krwi; 20% bada jeden raz w miesiącu a 3.3% jeden raz w tygodniu.

Częstość oznaczania hemoglobiny glikowanej (HbA1c) – 46.6% badanych nie wie jak często powinno być oznaczane to badanie; 23.3% – jeden raz na pół roku; 16.6% – jeden raz na trzy miesiące; 13.3% – w zależności od wyrównania cukrzycy.

Częstość kontrolowania u okulisty dna oka – 60% respondentów uważa, że takie badanie powinno się dokonywać jeden raz w roku; 40% jeden raz na kwartał.

Patrząc na wyniki badań dotyczących samokontroli poziomów glukozy we krwi i w moczu, częstość oznaczania HbA1c oraz badanie dna oka u okulisty z całą pewnością można stwierdzić, że brak jest dostatecznej wiedzy wśród badanych. Jest to oczywiście sygnał dla osób prowadzących edukację, aby baczej przyrzeć się tym zagadnieniom.

Pytanie dotyczące pielęgnacji stóp wykazało, że: 73.3% respondentów codziennie ogląda, myje i wyciera do sucha swoje stopy; 63.3% nosi wygodne o numer większe obuwie; 60% w razie jakis ran zgłosiłoby się natychmiast do lekarza; 20% nie chodzi boso. Z tego badania jasno widać jak wiedza pacjentów jest nieusystematyzowana. Każdy zbadanych wie coś na temat pielęgnowania swoich stóp, ale nie wszystko. To z kolei może prowadzić do wystąpienia stopy cukrzycowej.

Jeżeli chodzi o jakość życia pacjentów z cukrzycą najtrudniejsze do zaakceptowania w tej chorobie jest samokontrola – 43.3%,

powikłania – 43.3%, zmiany w żywieniu – 36.6, wykonywanie iniekcji z insuliny – 30%. Wielu respondentów stara się żyć jak do tej pory uwzględniając, to co najważniejsze w tej chorobie. Cukrzyca w bardzo dużym stopniu wpływa na zmianę dotychczasowych przyzwyczajzeń i nawyków. Jednocześnie ogromnie duża jest świadomość pacjentów, że posiadanie wiedzy na temat własnej choroby pozwala łatwiej żyć, zapobiegać występowaniu powikłań oraz ma wpływ na zachowania prozdrowotne. Wśród osób, które pomogły w zdobyciu i praktycznemu zastosowaniu wiedzy na temat cukrzycy na pierwszym miejscu respondenci wymienili lekarza a zaraz potem pielęgniarkę-educatorkę.

Analizując powyższe wyniki moich badań należy zwrócić szczególną uwagę na konieczność dopracowania praktycznej formy szkolenia pacjentów. Jak widać sama wiedza nie wystarczy, aby wpływać na zachowania prozdrowotne. Należy więcej czasu poświęcić praktycznemu zastosowaniu zdobytych wiadomości. Jednocześnie należałoby usystematyzować posiadaną wiedzę przez pacjentów.

Pojawienie się cukrzycy może spowodować znaczne osłabienie motywacji u pacjenta (J. Tatoń, A. Czech, M. Biernas). Oprócz wiedzy, którą należy przekazać choremu ważne jest cały czas motywowanie pacjenta, stawianie małych celów i sprawdzanie osiągnięć pacjenta. Nie należy tu zapominać o pewnych okresach, które mogą wystąpić w procesie akceptacji własnej choroby. Ważne jest rozpoznanie emocji pacjenta i dostosowanie edukacji do potrzeb chorego.

Niewątpliwie należy zwiększyć zaangażowanie rodziny pacjenta, która powinna towarzyszyć mu przez cały czas. Zasmucający jest fakt, że tylko lekarz i pielęgniarka pomagają pacjentowi w zdobywaniu wiedzy na temat cukrzycy. Rodzina chorego musi go wspierać i pomagać w codziennym życiu. Jednocześnie ułatwiać przestrzegania zasad prawidłowego żywienia się, podejmowania aktywności ruchowej i różnych decyzji. Rodzina pacjenta ma się stać aktywnym członkiem procesu terapeutycznego.

Niewątpliwie dużym ograniczeniem tej pracy jest mała liczba respondentów, dlatego też należałoby kontynuować te badania, w celu wykazania znaczenia edukacji na promowanie zachowań prozdrowotnych.

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonych badań można przedstawić następujące wnioski:

1. Wydaje się, że osoby chore na cukrzycę posiadają wiedzę na temat właściwego odżywiania się, znaczenia aktywności ruchowej czy samokontroli, ale często nie posiadają umiejętności stosowania jej w praktyce.
2. Osoby z cukrzycą doceniają znaczenie edukacji prowadzonej przez personel medyczny, być może zaangażowanie rodziny gwarantowałoby większą skuteczność wiedzy w praktyce.

Bibliografia

Dostępna u autorki i w Redakcji.

UWAGA! PRENUMERATA

ZAPRENUMERUJ MAGAZYN EDUKACYJNY PFED

Wypełniając poniższy formularz mogą Państwo zaprenumerować Magazyn Edukacyjny PFED. Koszt prenumeraty rocznej – na kolejnie 4 numery pisma – wynosi 50 zł. W przypadku prenumeraty na okres 2 lat – 100 zł.

Dodatkowo prenumerator będzie otrzymywał Materiały Edukacyjne wydawane przez PFED podczas okresu prenumeraty.

W celu dopełnienia formalności prosimy o wypełnienie formularza i dokonanie przelewu na konto PFED.

Nr konta: 98 1050 1025 1000 0023 0294 1964 Oddział Warszawa 169

ul. F. Zamoyskiego 51A, 03-801 Warszawa, z dopiskiem PRENUMERATA PFED.

Prosimy również o podanie swojego imienia i nazwiska.

Potwierdzenie przelewu oraz wypełniony formularz prosimy przesłać na poniższy adres:

Polska Federacja Edukacji w Diabetologii, Poradnia Diabetologiczna Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, Al. Dzieci Polskich 20, 04-730 Warszawa

Kalendarium czterech kolejnych wydań Magazynu PFED:

NR 7/II/2009 – termin wydania – maj/czerwiec 2009

NR 8/III/2009 – termin wydania – sierpień/wrzesień 2009

NR 9/IV/2009 – termin wydania – listopad/grudzień 2009

NR 10/I/2010 – termin wydania – luty/marzec 2010

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Zamawiam prenumeratę Magazynu Edukacyjnego PFED

od nr

na okres 1 roku 2 lat.

Prenumeratę proszę przesyłać pod adres:

Imię i nazwisko

Ulica, nr domu, nr mieszkania

Kod pocztowy -

Miejscowość

Telefon kontaktowy

email:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w związku z realizacją zamówienia prenumeraty przez Polską Federację Edukacji w Diabetologii, Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, Al. Dzieci Polskich 20, 04-730 Warszawa. Dane przekazuję dobrowolnie, zastrzegając sobie prawo do ich sprawdzenia i poprawienia.



data i podpis



Odcinek dla Poczty

zł
słownie

wplacający

dokładny adres

**Polska Federacja Edukacji
w Diabetologii**
98 1050 1025 1000 0023 0294 1964
Oddział Warszawa 169

datownik

opłata

zł

.....
podpis przyjmującego

Odcinek dla Banku

zł
słownie

wplacający

dokładny adres

**Polska Federacja Edukacji
w Diabetologii**
98 1050 1025 1000 0023 0294 1964
Oddział Warszawa 169

datownik

opłata

zł

.....
podpis przyjmującego

Odcinek dla posiadacza rachunku

zł
słownie

wplacający

dokładny adres

**Polska Federacja Edukacji
w Diabetologii**
98 1050 1025 1000 0023 0294 1964
Oddział Warszawa 169

datownik

opłata

zł

.....
podpis przyjmującego

Odcinek dla wpłacającego

zł
słownie

wplacający

dokładny adres

**Polska Federacja Edukacji
w Diabetologii**
98 1050 1025 1000 0023 0294 1964
Oddział Warszawa 169

datownik

opłata

zł

.....
podpis przyjmującego

SPECYFIKA EDUKACJI ZDROWOTNEJ W CUKRZYCY

ELŻBIETA PUŁAWSKA

Pododdział Intensywnej Opieki Diabetologicznej, Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny w Warszawie, kierownik placówki – prof. dr hab. n. med. Waldemar Karnafel

STRESZCZENIE

Człowiek w każdej fazie swojego życia potrzebuje wiedzy o zdrowiu, sposobach jej ochrony. Przy planowaniu edukacji należy na wstępie poznać osobowość pacjenta oraz umieć identyfikować problemy psychiczne i zawodowe. Niezbędna jest także pomoc w kształceniu jasnego sposobu wyrażania myśli i opisu samopoczucia.

WSTĘP

Edukacja zdrowotna to świadome stwarzanie człowiekowi sposobności do zrozumienia i do uczenia się czynników warunkujących jego zdrowie. Naczelną zasadą jest podmiotowe traktowanie pacjenta. Relacja edukator – pacjent powoduje konieczność powrotu do pierwotnego znaczenia terminu terapia – oznaczającego pomoc i opiekę, a więc łączącego w sobie funkcje lecznicze z wychowawczymi.

Cukrzyca jako choroba społeczna dotyczy ludzi w każdym wieku, jest poważnym i stale narastającym problemem zdrowotnym. Objawy choroby znane są od ponad trzech i pół tysiąca lat. Jednakże dopiero odkrycie i wyizolowanie insuliny z trzustek zwierzęcych dokonane przez Fredericka Granta Bantinga i Charlesa Besta w 1921 roku umożliwiło leczenie pacjentów z cukrzycą. Podajemy ten sam lek, który zastosowany pierwszy raz w styczniu 1922 roku u kilkunastoletniego chłopca Leonarda Thompsona nie tylko uratował mu życie, ale otworzył nową erę w leczeniu cukrzycy. W tym wczesnym okresie posiadano tylko insulinę uzyskiwaną w bardzo rozcieńczonej postaci U-5. W następnych latach uzyskano stężenie U-40 i U-80, pojawiły się też insuliny o przedłużonym działaniu. Przed uzyskaniem insuliny o przedłużonym działaniu chorzy przyjmowali 4 iniekcje insuliny dziennie.

Jak wyrównujemy fizjologicznie poziom glukozy we krwi?

Organizm wytwarza małe ilości insuliny w sposób ciągły przez całą dobę. Jest to tzw. wydzielanie insuliny podstawowe, które jest niezbędne do ciągłej interakcji z receptorem insulinowym zlokalizowanym w błonach komórkowych i w konsekwencji prowadzi do wejścia glukozy do komórek. Jest także konieczna dla stałej kontroli innych procesów metabolicznych. Na ten podstawowy poziom nakładają się wzrosty insuliny w wyniku jej wzmożonego uwalniania w odpowiedzi na bodziec pokarmowy. Wydzielanie insuliny podstawowe i poposiłkowe są wzorcami do naśladowania w terapii cukrzycy.

W historii biomedycznego leczenia cukrzycy osiągnięto znaczny postęp dzięki wprowadzeniu:

- wysokooczyszczonych preparatów insuliny,
- możliwości monitorowania glikemii w domu.

Dalszą poprawę skuteczności leczenia choroby przewlekłej stanowi rozwój sformalizowanego szkolenia chorych na cukrzycę. Hipokrates był pierwszym, który zwrócił uwagę na zależność warunków zdrowotnych człowieka od środowiska. Założenia profilaktyczno-zdrowotne opierał głównie na dwóch elementach:

- zastosowaniu odpowiedniego żywienia
- znaczeniu gimnastyki, ruchu i racjonalnego odpoczynku

Chory od zarania dziejów biorąc odpowiedzialność za swoje życie, domagał się czynnego udziału w procesie terapii poprzez uświadomienie i dostarczenie wskazówek właściwego postępowania.

Człowiek pierwotny najpierw przypadkowo, a potem już świadomie hamował krwotoki, rozcierał stłuczone miejsca, nastawiał zwichnięcia. Tak rosło doświadczenie i doskonaliła się sztuka leczenia. Ale powstało też skojarzenie inne. Pojawiła się urocza postać bogini Hygiei która uczy jak żyć aby być zdrowym i szczęśliwym. Higiena wymaga nie tylko wyższego stopnia świadomości i trudnej umiejętności przewidywania, wymaga pewnego stopnia kultury, stabilizacji życia i poczucia jego ceny. Pod okiem Hygiei rozwijała się starogrecka dietetyka, czyli sztuka racjonalnego życia. (1)

Higiena stała się patronką nurtu wychowania zdrowotnego, który z uświadamianiem i kształtowaniem pożądaných nawyków zdrowotnych, dostarcza wskazówek właściwego postępowania i zmian zachowań, które mogą wpływać na pogorszenie stanu zdrowia.

Program edukacji terapeutycznej powinien być dostosowany do każdego chorego indywidualnie wynika to ze:

- zróżnicowanego poziomu intelektualnego chorych
- stosunku do choroby i poglądów środowiskowych
- aktualnego stanu emocjonalnego, sposobu reagowania, umiejętności porozumiewania się i nawiązywania kontaktów,
- przebytych i aktualnych chorób oraz doświadczeń z dotychczasowych kontaktów ze służbą zdrowia. (2)

Edukacja powinna organizować swoją misję wokół czterech aspektów kształcenia:

- uczyć się, aby wiedzieć,
- uczyć się, aby działać,
- uczyć się, aby żyć wspólnie,
- uczyć się, aby być (3) spełnionym człowiekiem.

Edukacja dorosłych wymaga modyfikowania lub odrzucania dawnych nawyków i poglądów krok po kroku.

Wiele antyzdrowotnych zachowań ma charakter kompensacyjny, jest sposobem na radzenie sobie z problemami. Przekonania, poglądy oraz ogólny stosunek do zagadnień zdrowotnych tworzą podstawę dla jego przyszłych zachowań oraz wyboru właściwej terapii.

Edukację zaczyna się od słuchania a nie od mówienia. W czasie zbierania wywiadu, zasadniczą metodą jest efektywne słuchanie, czyli przekaz informacji gestami, ruchami i zachowaniem emocjonalnym (zachowania niewerbalne) pozwoli rozpoznać to, czego pacjent nie wyraził słownie. Choroba przewlekła prowadzi do narastającego obciążenia emocjonalnego. Chory na cukrzycę nierzadko przestaje dbać o swoje zdrowie, czuje się zmęczony ciągłym prowadzeniem samokontroli.

Przyczyny hospitalizacji to między innymi:

- odstawienie insuliny,
- błędy w technice iniekcji,
- brak zgody na insulinoterapię.

Wyzwaniem dla edukatorów jest znalezienie form wsparcia psychicznego, aby podtrzymać motywację chorego w czasie długotrwałej terapii. W nauce znana jest teoria „wyuczzonej bezradności”, zgodnie z którą człowiek może zachowywać się pasywnie, apatycznie, depresyjnie oraz tracić zainteresowanie.

Osoby dorosłe przyswajają informacje, które pomagają im w rozwiązywaniu określonych problemów. Nowe informacje należy odnosić bezpośrednio do danego pacjenta, podkreślać umiejętności, które będą przydatne, a do minimum ograniczać informacje teoretyczne. Dokonywane wybory są ich prawem i ponoszą za nie odpowiedzialność.

Pacjenci, u których rozpoznano cukrzycę wymagają edukacji wstępnej, która odpowiada na następujące pytania:

- co to jest cukrzyca,
- rodzaje leczenia,
- insulina – jej znaczenie,
 - technika iniekcji,
 - rodzaj i czas działania insuliny,
 - adaptacje dawki,
- leki doustne,
- hipoglikemia,
- racjonalne odżywianie ,
- ocena kontroli metabolicznej,
- choroby dodatkowe,
- wysiłek fizyczny,
- dbanie o stopy,
- stosowanie używek,
- planowanie ciąży,
- stosowanie osobistych pomp insulinowych.

Pacjenci, u których rozpoznano cukrzycę postawiono wcześniej, a nie byli szkoleni lub zapomnieli to czego się nauczyli, wymagają reedukacji. Ze względu na zmiany stylu życia i stan zdrowia osób w podeszłym wieku szczególnie istotna jest weryfikacja aktualnych zachowań prozdrowotnych oraz ciągła reedukacja. Szkolenie pacjentów wymaga od personelu służby zdrowia:

- więcej czasu,
- większej cierpliwości,
- większego zrozumienia,
- większej tolerancji,
- innych zasad:
 - pacjent mieszkający samotnie,
 - pacjent mieszkający z rodziną,

• pacjent mieszkający w domu spokojnej starości. U osób starszych szkolenie jest trudne i wymaga aktywnego udziału rodziny lub opiekuna, ponieważ występują u nich:

- zaburzenia pamięci,
- trudności w poruszaniu się,
- upośledzenie słuchu lub wzroku,
- zaburzenia związane ze stosowaniem różnych leków,
- zaburzenia odczuwania pragnienia.

Chorzy na cukrzycę wymagają porad, które pomogą zmienić niewłaściwe zachowania żywieniowe. Pod tym terminem należy rozumieć czynności związane z wyborem żywności, przygotowanie posiłków, sposobu jedzenia, ilości spożytego pokarmu. Terapię dietetyczną w cukrzycy typu 1 stosował przed ponad 60 laty prof. J. Węgierko – czołowy twórca polskiej szkoły diabetologicznej. Zalecał pacjentom dietę składającą się z 5 posiłków, w których dozwolone były produkty zawierające: węglowodany złożone, węglowodany proste – w ograniczonej ilości i produkty o niskiej zawartości tłuszczu.

Systematyczny wysiłek fizyczny jest zalecany chorym na cukrzycę, także u osób w wieku podeszłym. Wskazany jest wysiłek dynamiczny o umiarkowanym natężeniu, najprostszym jest codzienny spacer.

Połączenie wiedzy teoretycznej z praktyką wymaga od chorego czasu niezbędnego do opanowania określonych technik i sposobów postępowania. Ma to istotne znaczenie na każdym kroku codziennego życia:

- monitorowania stężenia glukozy we krwi,
- planowania posiłków,
- konieczności zmian dawkowania insuliny.

U osób w podeszłym wieku samokontrola oznacza obserwowanie objawów takich jak wzmożone pragnienie, wielomocz, zmiana masy ciała, świąd skóry, oznaczają zwiększone stężenie glukozy we krwi i moczu. W tym wieku szczególne znaczenie ma umiejętność chorego w rozpoznaniu stanów niskiego stężenia cukru (osłabienie, gorsze kojarzenie, drżenie, nagła potliwość) ponieważ obniżenie cukru w centralnym układzie nerwowym prowadzi do nieodwracalnego uszkodzenia mózgu.

Świadomość chorego o nieodwracalności rozpoznania cukrzycy często zachęca do podejmowania różnych działań, niestety nie zawsze te działania mają uzasadnione znaczenie terapeutyczne. Istnieje konieczność określenia terapeutycznych wartości w zakresie kontroli leczenia procesu chorobowego i kompensacji powikłań, które pojawiają się w jego przebiegu. Edukacja winna mieć charakter praktyczny i umiejętnie wciągać chorego w proces samoedukacji. Bierny pacjent nie nauczy się zasad samokontroli.

PODSUMOWANIE

Nauczanie polega na ciągłej dwustronnej (edukator - pacjent) wymianie informacji, otrzymaną wiedzę chory musi umieć adaptować do swoich sytuacji osobistych, socjalnych, zawodowych. Kluczem do właściwej edukacji jest zrozumienie przez edukatora jakie jest „personalne” doświadczenie choroby odczuwane przez pacjenta i co jest mu potrzebne, aby sobie radził z chorobą, a nie jej uległ.

BIBLIOGRAFIA

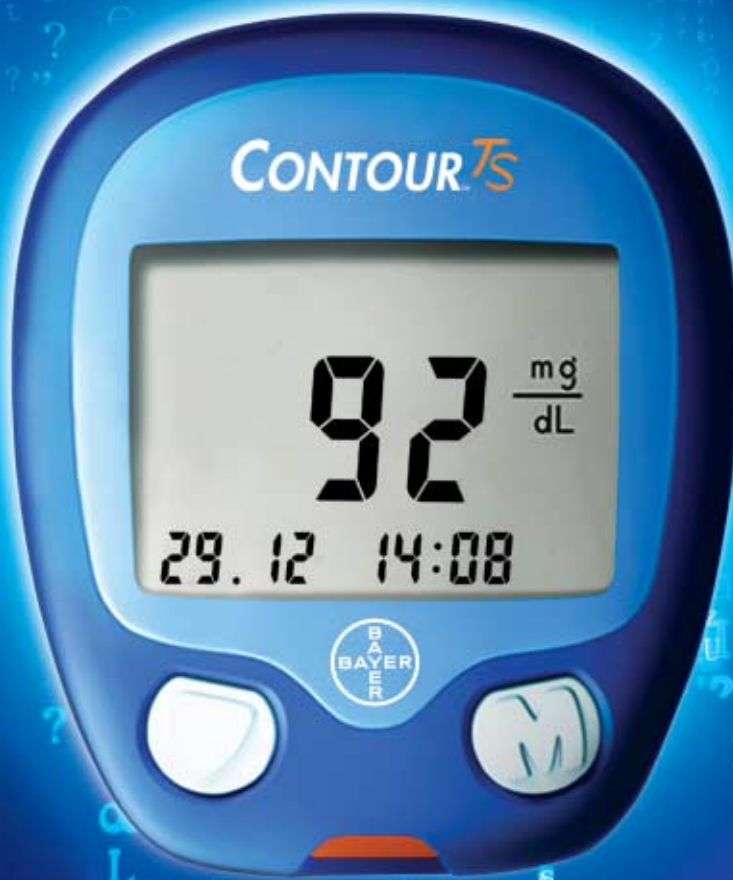
Dostępna u autorki i w Redakcji.





CONTOUR^{TS}

Z PRZEŁOMOWĄ TECHNOLOGIĄ



WIĘCEJ NA

www.nocoding.pl



simplewins[™]
prostestwycięstwa



Bayer HealthCare
Diabetes Care