7/II/2009

pfed

ISSN 1689 - 8435

magazyn edukacyjny

Kwartał II 2009

TEMAT WYDANIA

– RUMAKI ZWYCIĘSTWA: INSULINA, ĆWICZENIA, DIETA

CUKRZYCA PROBLEMEM INTERDYSCIPLINARNYM – XII ZJAZD PTD

PIERWSZE SPECJALISTKI W POLSCE

FEND
Federation of European Nurses in Diabetes

POLSKA FEDERACJA EDUKACJI W DIABETOLOGII

Pismo Polskiej Federacji
Edukacji w Diabetologii

POLSKA FEDERACJA EDUKACJI W DIABETOLOGII

FEND
Federation of European Nurses in Diabetes

SPONSOR PFED:

Bayer HealthCare
Diabetes Care

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

SPIS TREŚCI

PRACE ORYGINALNE
Radzenie sobie ze stresem wypływającym z rozpoznania i leczenia cukrzycy ... 1

WYDARZENIA
Cukrzyca problemem interdyscyplinarnym – XII Zjazd PTD ... 5
Powołanie Koalicji na Rzecz Walki z Cukrzycą ... 7
Konferencja FEND – Wiedeń 2009 ... 12
Pierwsze specjalistki w Polsce – podsumowanie ... 14
Egzamin kończący specjalizację ... 15
Warsztaty „Komunikacja – poprawa efektywności pracy z pacjentem" ... 18
Spotkanie naukowo-szkoleniowe – Samokontrola glikemii poposiłkowej ... 20
Konkurs „pomaluj życie na novo" ... 24
Otwarcie gabinetu stopy cukrzycowej ... 25

TEMAT WYDANIA
Rumaki zwycięstwa: insulina, ćwiczenia, dieta ... 8

SAMOKSZTAŁCENIE
ENDCUP – ciąg dalszy ... 13

FEND DONOSI
Łamanie barier na drodze do dobrej kontroli glikemicznej w cukrzycy typu 2: debata nad rolą pielęgniarek ... 16

EDUKACJA
Poznać potrzeby swojego pacjenta – wywiad z dr Dorotą Herbut ... 22

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

REDAKCJA
Dorota Herbut – dział EDUKACJA, dorota.herbut@pfed.org.pl
Renata Koczan – dział WYDARZENIA, renata.koczan@pfed.org.pl
Mirosława Młynarczuk – dział ZESPÓŁ EDUKACYJNY W PRACY, miroslawa.mlynarczuk@pfed.org.pl
Iwona Pilarczyk-Wróblewska – dział SAMOKSZTAŁCENIE, iwona.pilarczyk@pfed.org.pl
Renata Wójcik, Beata Stepanow – dział FEND DONOSI, renata.wojcik@pfed.org.pl, beata.stepanow@pfed.org.pl
Alicja Szewczyk – dział PRACE ORYGINALNE, alicja.szewczyk@pfed.org.pl

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

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

KOREKTOR MERYTORYCZNY
Alicja Szewczyk

KONTAKT Z ZAGRANICĄ
Jolanta Czerniak

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

Radzenie sobie ze stresem wypływającym z rozpoznania i leczenia cukrzycy

COPING WITH STRESS RESULTED FROM DIAGNOSE AND TREATMENT OF DIABETES

TERESA TOMASZEWSKA

Oddział Kliniczny Medycyny Rodzinnej i Chorób Wewnętrznych SPSK CMKP im. prof. W. Orłowskiego ul. Czerniakowska 231, Warszawa, e-mail: **tecia3@poczta.onet.pl**, kierownik placówki – prof. dr hab. n. med. Ewa Marcinowska-Suchowierska
Praca magisterska napisana pod kierunkiem dr Anny Hryniewickiej na Wydziale Nauk Pedagogicznych Akademii Pedagogiki Specjalnej w Warszawie

STRESZCZENIE

Cukrzyca jest chorobą opisywaną już w starożytności. Aktualnie ze względu na jej rozpowszechnienie, zaliczana jest do chorób społecznych powodujących bardzo poważne następstwa w postaci powikłań. Według Światowej Organizacji Zdrowia w 2025 roku liczba osób chorujących na cukrzycę może osiągnąć ćwierć miliarda. Przewlekłość choroby wpływa na zmianę sytuacji chorego, powoduje zakłócenie w realizacji różnych dążeń oraz wymusza rezygnację z niektórych celów życiowych.
Celem pracy było zbadanie:

1. czy istnieje różnica w stylach radzenia sobie ze stresem w cukrzycy typu 1 i typu 2;
2. czy istnieje różnica w strategiach radzenia sobie ze stresem pomiędzy osobami z 1 a 2 typem cukrzycy;
3. czy istnieje różnica w zachowaniach zdrowotnych pomiędzy osobami z 1 a 2 typem cukrzycy;
4. czy istnieje różnica w ocenie sytuacji spowodowanej chorobą w cukrzycy typu 1 i 2.

Materiał i metody

Grupę badawczą stanowili pacjenci z cukrzycą typu 1 i 2 w liczbie 100 osób hospitalizowani w jednym z warszawskich szpitali oraz pozostający pod opieką jednej z warszawskich poradni diabetologicznych. Do badania sposobów radzenia sobie ze stresem wykorzystano ankietę opracowaną przez badającego, kwestionariusz do badań stylu rdzenia sobie ze stresem CISS Endlera i Parkera, kwestionariusz do badań strategii radzenia sobie ze stresem CISS-S Endlera i Parkera, kwestionariusz do badań zachowań zdrowotnych CHIP Endlera i Parkera.

Wyniki

Najczęściej stosowanym stylem w radzeniu sobie ze stresem zarówno wśród osób z 1, jak i 2 typem cukrzycy był styl zorientowany na zadanie. Dominującą strategią w radzeniu sobie ze stresem dla obu grup była strategia zorientowana na zadanie. Wynik testu t-studenta wskazuje na istotną statystycznie różnicę między strategią radzenia sobie ze stresem a typem cukrzycy, różnice dotyczą strategii zorientowanej na emocje (t=2,20). Dominującym zachowaniem zdrowotnym u osób z 1 typem cukrzycy było zachowanie zorientowane na emocje negatywne, u osób z 2 typem cukrzycy – zorientowane na zadanie. Wynik testu t-studenta wskazuje na występowanie istotnych statystycznie różnic w zakresie zachowań zdrowotnych na paliatywne radzenie sobie ze stresem (t=4,30) i zorientowanym na zadaniu (t=3,28). Uzyskane wyniki badań wśród osób z 1 typem cukrzycy wskazują na dominację oceny sytuacji odczuwanej jako krzywda (70%), natomiast wśród osób z 2 typem cukrzycy dominującą oceną sytuacji było zagrożenie (56%).

Wnioski

1. Istnieje potrzeba ukazania społeczeństwu, że osoby chore na przewlekłą chorobę, jaką jest cukrzyca, są równie wartościowe pod każdym względem jak ich zdrowi rówieśnicy.
2. Należy opracować i spopularyzować program terapeutyczny dla osób chorych na cukrzycę.
3. W celu osiągnięcia długotrwałych zmian zachowań w sytuacji trudnej należy uświadomić osobom z cukrzycą, że są w stanie realizować własne cele oraz osiągnąć indywidualne pragnienia.

SŁOWA KLUCZOWE

cukrzyca, radzenie sobie ze stresem

WSTĘP

Cukrzyca jest chorobą opisywaną już w starożytności.
Przewlekłość choroby wpływa na zmianę sytuacji chorego, powoduje zakłócenie w realizacji różnych dążeń oraz wymusza rezygnację z niektórych celów życiowych. Choroba ma ogromny wpływ na życie psychiczne człowieka. Należy traktować ją jako źródło deprywacji potrzeb oraz jako czynnik traumatyzujący chorego i jego bliskich. Pogorszenie stanu zdrowia powoduje mobilizację sił, pojawienie się reakcji emocjonalnych, przesuwa się skala wartości oraz potrzeb poznawczych i intelektualnych. To wszystko stanowi przystosowanie się osoby chorej do stresu związanego z rozpoznaniem i leczeniem cukrzycy. Przeobrażenia emocjonalne i psychiczne, powodowane przez zaburzenia somatyczne, na długo warunkują zachowanie się osoby chorej oraz jej społeczne funkcjonowanie w różnych rolach i relacjach. Stwierdza się również szkodliwą dla procesu terapeutycznego pseudoakceptację, która powoduje: oporność wobec zaleceń lekarskich, świadome nieprzestrzeganie zaleceń oraz depresję i rezygnację z celów życiowych. To, w jaki sposób człowiek chory zachowuje się w obliczu choroby uzależnione jest od wielu czynników, wśród których na pierwszy plan wysuwa się typ cukrzycy oraz wiek chorego. Chory, angażując się w leczenie i samoopiekę, musi przede wszystkim zaakceptować swoją chorobę. Niestety, głównie u osób młodych ze świeżo wykrytą cukrzycą, zauważa się brak akceptacji zaistniałej sytuacji. Chorzy sytuację związaną z chorobą oceniają jako krzywdę lub zagrożenie, bardzo często negują chorobę. To w konsekwencji utrudnia proces terapeutyczny.
Bardzo istotnym składnikiem sytuacji stresowej jest zakłócenie pełnionych dotychczas ról w rodzinie, pracy i społecznych. Problematyka zależności uważana jest przez pacjentów za pierwszoplanową. Związane jest to ze zmieniającą się obiektywnie sytuacją uzależnienia od osób trzecich, takich jak: rodzina, personel medyczny, a nawet sprzęt (np. osobiste pompy insulinowe).

CEL BADAŃ

Celem przeprowadzonych badań było sprawdzenie:

5. czy istnieje różnica w stylach radzenia sobie ze stresem w cukrzycy typu 1 i typu 2;
6. czy istnieje różnica w strategiach radzenia sobie ze stresem pomiędzy osobami z 1 a 2 typem cukrzycy;
7. czy istnieje różnica w zachowaniach zdrowotnych pomiędzy osobami z 1 a 2 typem cukrzycy;
8. czy istnieje różnica w ocenie sytuacji spowodowanej chorobą w cukrzycy typu 1 i 2.

MATERIAŁY I METODY

Grupę badawczą stanowili pacjenci z cukrzycą typu 1 i 2 w liczbie 100 osób hospitalizowani w jednym z warszawskich szpitali oraz pozostający pod opieką jednej z warszawskich poradni diabetologicznych. Do badania sposobów radzenia sobie ze stresem wykorzystano: ankietę opracowaną przez badającego, kwestionariusz do badań stylu radzenia sobie ze stresem CISS Endlera i Parkera, kwestionariusz do badań strategii radzenia sobie ze stresem CISS-S Endlera i Parkera, kwestionariusz do badań zachowań zdrowotnych CHIP Endlera i Parkera. Pytania zawarte w ankiecie pozwoliły uzyskać dane charakteryzujące grupę badawczą oraz ocenić sytuację związaną z chorobą.
Kwestionariusz CISS skonstruowany przez Normana S. Endlera i Jamesa D.A. Parkera służy do badania stylów radzenia sobie ze stresem. Kwestionariusz CISS-S skonstruowany przez Normana S. Endlera i Jamesa D.A. Parkera służy do badania strategii ra-

dzenia sobie ze stresem. Kwestionariusz CHIP skonstruowany przez N.S. Endlera i J.D. Parkera służy do badania zachowań zdrowotnych.
Ze względu na ilościowy charakter wyników, różnice między badanymi próbami (cukrzyca typu 1 i typu 2) dotyczące stylu, strategii i zachowań zdrowotnych w radzeniu sobie ze stresem wypływającym z rozpoznania i leczenia cukrzycy zbadano testem t-studenta. Wariant testu wybierano na podstawie wartości testu F-Fischera.
Ze względu na jakościowy charakter wyników, ocenę sytuacji związanej z chorobą badanych osób oszacowano testem porównywania częstości Fp-A. Góralskiego.

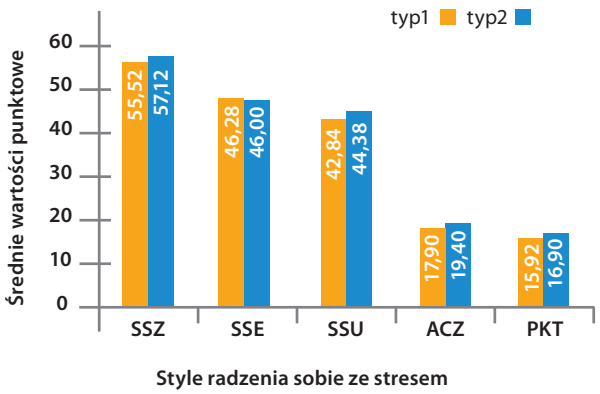
WYNIKI

Charakterystyka grupy badawczej

W grupie badawczej znajdowało się ogółem 100 osób, w tym 37 mężczyzn i 63 kobiety. Wśród respondentów z cukrzycą 1 typu 60% tej grupy stanowiły kobiety, mężczyzn było 40%. Wśród osób z 2 typem cukrzycy również większą część stanowiły kobiety – 66%, osoby płci męskiej, to 34% badanej grupy. 46% respondentów z 1 typem cukrzycy legitymowała się wykształceniem wyższym, wśród osób z 2 typem cukrzycy 44% osób posiadała wykształcenie średnie. 82% badanych z 1 typem cukrzycy przyjmowała insulinę przy użyciu penów, 18% posiadało pompę insulinową. 66% respondentów z 2 typem cukrzycy leczona była za pomocą insuliny, 54% przyjmowało leki doustne o działaniu hipoglikemizującym.

Charakterystyka stylów radzenia sobie ze stresem wypływających z rozpoznania i leczenia cukrzycy

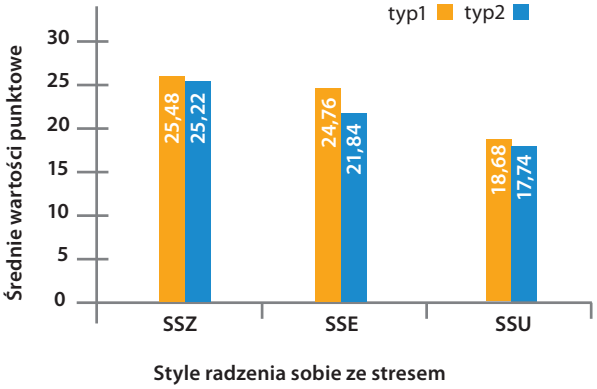
Wyniki przeprowadzonych badań za pomocą kwestionariusza CISS Endlera i Parkera wskazują, zarówno w cukrzycy typu 1, jak i typu 2, na dominację stylu zorientowanego na zadanie. W drugiej kolejności, najczęściej stosowanym stylem był styl zorientowany na emocje.



Rycina 1: Style radzenia sobie ze stresem przez respondentów z 1 i 2 typem cukrzycy. Źródło: Badania własne.
Objaśnienia do ryciny 1:
SSZ – styl zorientowany na zadanie,
SSE – styl zorientowany na emocje,
SSU – styl zorientowany na unikanie,
ACZ – angażowanie się w czynności zastępcze,
PKT – poszukiwanie kontaktów towarzyskich

Charakterystyka strategii radzenia sobie ze stresem wypływającym z rozpoznania i leczenia cukrzycy

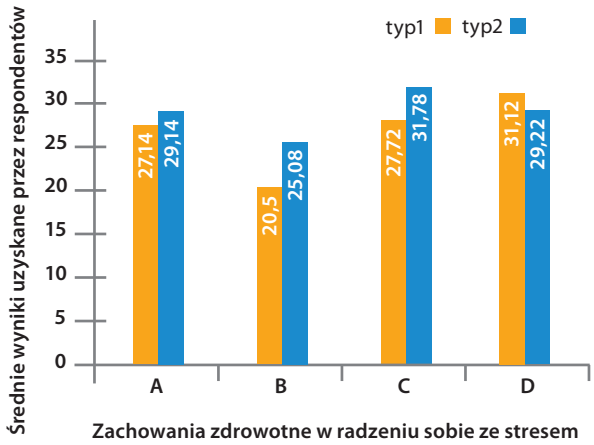
Charakterystyczną strategią w radzeniu sobie ze stresem, jakim jest cukrzyca, zarówno dla osób z 1, jak i 2 typem cukrzycy była strategia zorientowana na zadanie. Na drugim miejscu najczęściej wybieraną strategią była strategia zorientowana na emocje.
Przeprowadzone badania za pomocą testu t-studenta wskazują na istotne statystycznie różnice między strategią radzenia sobie ze stresem a typem cukrzycy w zakresie strategii zorientowanej na emocje (t-2,20).



Rycina 2: Strategie radzenia sobie ze stresem przez respondentów z 1 i 2 typem cukrzycy. Źródło: Badania własne.
Objaśnienia do ryciny 2:
SSZ – strategia zorientowana na zadanie
SSE – strategia zorientowana na emocje
SSU – strategia zorientowana na unikanie

Charakterystyka zachowań zdrowotnych stosowanych w stresie wypływającym z rozpoznania i leczenia cukrzycy

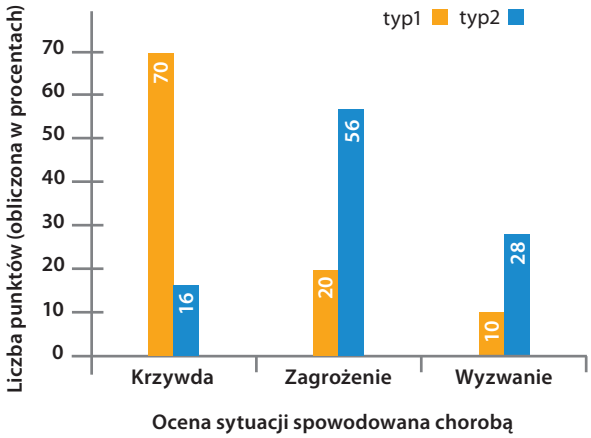
Wyniki przeprowadzonych badań dowodzą, iż u osób z 1 typem cukrzycy dominującym zachowaniem zdrowotnym jest zachowanie zorientowane na emocje negatywne, zaś u osób z 2 typem cukrzycy, zachowanie zdrowotne zorientowane na zadanie.



Rycina 3: Zachowania zdrowotne osób z 1 i 2 typem cukrzycy. Źródło: Badania własne.
Objaśnienia do ryciny 3:
A – styl zorientowany na unikanie, czynności zastępcze,
B – paliatywne radzenie sobie ze stresem,
C – styl zorientowany na zadanie,
D – styl zorientowany na emocje negatywne.

Charakterystyka ocen sytuacji związanej z chorobą

Przeprowadzone badania wśród osób z 1 typem cukrzycy wskazują na dominację oceny sytuacji odczuwanej jako krzywda (Fp.-34), zaś wśród osób z 2 typem cukrzycy dominującą oceną sytuacji jest zagrożenie (Fp.-15).



Rycina 4: Ocena sytuacji spowodowana chorobą. Źródło: Badania własne.

DYSKUSJA

Choroba przewlekła, jaką jest cukrzyca wykazuje szczególną chwiejność w warunkach stresu rzeczywistego lub „odczuwanego", co implikuje podwyższony poziom glukozy we krwi.
Osoby z 1 typem cukrzycy podchodzą do sytuacji trudnych w sposób emocjonalny. Wynika to z faktu, iż w chwili diagnozy są bardzo młode a informacja o rozpoznaniu choroby przewlekłej wpływa destrukcyjnie na ich plany i implikuje weryfikację celów. W zachowaniu tych osób dominuje ekspresja przeżywanych emocji wywołanych problemem, która na tyle zakłóca funkcjonowanie, iż złagodzenie reakcji emocjonalnych staje się dla nich celem pierwszoplanowym. Ta grupa osób znacznie częściej ocenia chorobę jako krzywdę.
Osoby z 2 typem cukrzycy częściej oceniają chorobę jako zagrożenie, ale zarazem dosyć często traktują ją jako wyzwanie. Ocena reprezentowana przez osoby z 2 typem cukrzycy wynika z faktu, że świadomi zagrożeń, jakie niesie ze sobą cukrzyca, w formie przewlekłych powikłań, obawiają się swej choroby a zarazem starają się włączyć w proces terapeutyczny, aby móc im zapobiec.
Po dokonaniu weryfikacji przeprowadzonych badań można stwierdzić, że osoby z 1 typem cukrzycy znacznie częściej podchodzą do problemu cukrzycy w sposób emocjonalny traktując ją zarazem jako krzywdę. Osoby ze świeżo wykrytą cukrzycą posługują się mniej efektywnymi sposobami radzenia sobie ze stresem związanym z chorobą, otwierają się na zewnętrzne odreagowanie. Z powodu uruchomienia emocjonalnych mechanizmów obronnych, ta grupa osób może mieć problem z samodzielnym wytyczeniem prozdrowotnych celów.

WNIOSKI

1. Istnieje potrzeba ukazania społeczeństwu, że osoby chore na chorobę przewlekłą, jaką jest cukrzyca, są równie wartościowe pod każdym względem jak ich zdrowi rówieśnicy.
2. Należy opracować i spopularyzować program terapeutyczny dla osób chorych na cukrzycę.
3. W celu osiągnięcia długotrwałych zmian zachowań w sytuacji trudnej, należy uświadomić osobom z cukrzycą, że są w stanie realizować własne cele oraz osiągnąć indywidualne pragnienia.

BIBLIOGRAFIA

Dostępna u autorki i w Redakcji.

UWAGA!
INFORMACJE O PRENUMERACIE

Szanowni Czytelnicy!
Uprzejmie informujemy, że wszyscy członkowie Polskiej Federacji Edukacji w Diabetologii otrzymują Magazyn Edukacyjny PFED bezpłatnie. Warunkiem otrzymywania Magazynu Edukacyjnego PFED przez członków PFED jest przesłanie swojego aktualnego adresu korespondencyjnego do 1 sierpnia 2099 r. na adres **redakcja@pfed.org.pl** oraz opłata składki członkowskiej.

Osoby nie będące członkami PFED uprzejmie zapraszamy do zamówienia prenumeraty. Druk zamówienia prenumeraty dostępny jest na stronie **ww.pfed.org.pl**

Redakcja PFED

CUKRZYCA PROBLEMEM INTERDYSCYPLINARNYM

– XII ZJAZD POLSKIEGO TOWARZYSTWA DIABETOLOGICZNEGO

W Poznaniu w dniach od 7 do 9 maja 2009 roku, pod patronatem JM Rektora Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego, odbył się XII Zjazd Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Tegoroczne hasło brzmiało: „Cukrzyca problemem interdyscyplinarnym". Organizatorzy przygotowali interesujący merytorycznie program naukowo-edukacyjny. W części naukowo-plenarnej zjazdu miało miejsce wiele sympozjów, podczas których omawiano aspekty współczesnego leczenia cukrzycy. Wśród uczestników nie mogło zabraknąć przedstawicielek Polskiej Federacji Edukacji w Diabetologii. Z niektórych sesji przygotowałyśmy krótkie relacje, które prezentujemy w tym numerze Magazynu PFED

CUKRZYCA I CIĄŻA

– SESJA SEKCJI DIABETOLOGICZNO-POŁOŻNICZEJ ORAZ SPOTKANIE Z EKSPERTEM

Podczas XII Zjazdu Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego dwie sesje poświęcono cukrzycy ciążowej i jej powikłaniom. W pierwszym dniu pani prof. Katarzyna Cypryk przedstawiła zalecenia PTD na rok 2009 dotyczące rozpoznawania i leczenia kobiet z cukrzycą ciążową. Zwróciła uwagę na zaostrzenie kryteriów wyrównania metabolicznego, a przede wszystkim glikemii poposiłkowej, która jedną godzinę po posiłku powinna być mniejsza od 120 mg/%. Podczas wykładu pani profesor dużo miejsca poświęciła rozpoznawaniu cukrzycy u kobiet w ciąży, zwłaszcza w grupie kobiet wysokiego ryzyka, u których w możliwie najkrótszym czasie należy wykonać test diagnostyczny doustnego obciążenia 75 g glukozy.

Nowym i interesującym zagadnieniem było zaprezentowanie wyników randomizowanych badań przeprowadzonych w Nowej Zelandii i Australii z wykorzystaniem Metforminy w leczeniu kobiet otyłych z GDM w 20-30 tygodniu ciąży. Zastosowanie Metforminy pozwoliło, nie tylko na osiągnięcie dobrych wyników leczenia, ale co najważniejsze, nie spowodowało zaburzeń rozwoju u płodu, a częstość występowania hipoglikemii i hipoksji u noworodków matek leczonych Metforminą nie była większa niż u noworodków matek, które były leczone dietą i insuliną.

W drugim dniu zjazdu podczas sesji zatytułowanej „Cukrzyca ciążowa – wymysł perinatologów czy problem rzeczywisty" dużo miejsca poświęcono wadom wrodzonym i powikłaniom u dzieci matek z PGDM i GDM. Zwrócono uwagę na takie czynniki ryzyka wystąpienia wad jak: hiperglikemia, HbA1c powyżej 7%, BMI powyżej 26, czy stosowanie leków w okresie około koncepcyjnym. Zaprezentowano wyniki badań, które wykazały, że więcej wad rozwojowych płodu spotyka się u kobiet z cukrzycą typu 2. Dowiedziono, że pacjentki z cukrzycą typu 1 częściej planują ciążę, niż pacjentki z cukrzycą typu 2.

Do wad występujących najczęściej należą: makrosomia, JUGR, wady oun, rozszczep kręgosłupa. Niska waga urodzeniowa noworodków jest przyczyną występowania u dzieci nadciśnienia tętniczego, chorób serca oraz cukrzycy. Ponadto dzieci matek ze źle kontrolowaną cukrzycą w okresie ciąży są otyłe i narażone na występowanie chorób układowych.

W podsumowaniu wystąpień poszczególnych prelegentów podkreślono znaczenie zapobiegania powikłaniom poprzez planowanie ciąży i właściwie prowadzoną edukację. Duże znaczenie w profilaktyce wad oun przypisuje się suplementacji kwasu foliowego.

W obu sesjach uczestniczyły pielęgniarki. Poruszane podczas wykładów zagadnienia miały bardzo dużą wartość właśnie dla tej grupy personelu medycznego, który na co dzień zajmuje się młodymi kobietami z cukrzycą. Nowa zdobyta wiedza może zostać wykorzystana podczas edukacji do pozytywnego motywowania pacjentek.

● Iwona Pilarczyk-Wróblewska

SESJA PROBLEMOWA II DNIA ZJAZDU

W sesji problemowej drugiego dnia zjazdu profesor Maria Górska przedstawiła odpowiedź na pytanie: Czy dieta cukrzycowa jest dietą zdrową? W swoim wystąpieniu zwróciła uwagę, proponowane aktualnie odżywianie dla chorych na cukrzycę, które zawiera niewłaściwe ilości makro i mikroelementów, a zwłaszcza nadmiar sodu. Podkreśliła konieczność indywidualizacji zaleceń żywieniowych oraz bardzo istotną rolę dietetyka w procesie terapeutycznym. W trakcie swojego wykładu „Aktualne

możliwości pierwotnej prewencji chorób układu sercowo-naczyniowego u osób z typem 2 cukrzycy" – profesor Anna Czech zwróciła szczególną uwagę na wczesne, intensywne leczenie hiperglikemii, eliminację innych czynników ryzyka miażdżycy, a przede wszystkim wdrożenie prozdrowotnego stylu życia. Podkreślała również konieczność wczesnego rozpoznania i leczenia zaburzeń lipidowych, zaburzeń krzepnięcia, nadciśnienia tętniczego oraz kwalifikowania cukrzycy od momentu rozpoznania jako „choroby naczyniowej". W tej sesji problemowej przedstawiono również bardzo istotny problem hipoglikemii. Prof. dr hab. med. Andrzej Nowakowski przedstawił jatrogenne i niejatrogenne przyczyny hipoglikemii oraz kryteria rozpoznawania hipoglikemii reaktywnej i idiopatycznej.

Alicja Szewczyk

BEHAWIORALNE I PSYCHOLOGICZNE ASPEKTY TERAPII CUKRZYCY – SESJA SATELITARNA

„Edukacja to nie napełnianie wiedzą, ale rozniecanie ognia"
William Butler Yeats

Jednym z gości zaproszonych na XII Zjazd Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego był prof. dr hab. med. William H. Polonsky – założyciel i prezes Behavioral Diabetes Instytute w San Diego, główny psycholog w Joslin Diabetes Center w Bostonie oraz wykładowca psychiatrii na Uniwersytecie w Harwardzie, na Wydziale Medycznym. Podczas zjazdu przedstawił wykład pt. Behawioralne i psychologiczne aspekty terapii cukrzycy. Wykorzystując obraz z elementami humorystycznymi przedstawił, w jaki sposób wprowadzenie korzystnych zmian w trybie życia wpływa na lepsze samopoczucie, większą sprawność i wydolność.
Oto pięć skutecznych strategii samoopieki w cukrzycy, o których mówił profesor Polonsky:

1. Urealnienie

Celem tej strategii jest sprawienie, żeby ta niewidoczna choroba stała się widoczna. Jednym ze sposobów było stworzenie karty magnetycznej na lodówkę z wyznaczonymi indywidualnie dla każdego pacjenta wynikami do osiągnięcia. Wyniki hemoglobiny glikowanej HbA1C, ciśnienia krwi oraz poziomu cholesterolu LDL są dla pacjentów narzędziami motywacyjnymi. Określenie celu powoduje, że „niewidoczne staje się widoczne".

2. Tchnienie nadziei

Celem tej strategii jest rzucenie wyzwania fałszywym poglądom na temat cukrzycy poprzez tworzenie quizu z pytaniami i odpowiedziami. Np.:
– Cukrzyca jest główną przyczyną ślepoty, amputacji kończyn i niewydolność nerek. Prawda czy fałsz?
– Fałsz. Źle kontrolowana cukrzyca prowadzi do tych problemów.
„Dobrze kontrolowana cukrzyca jest główną przyczyną niczego" – powiedział prof. Polonsky.

3. Zrozumienie

Celem tej strategii jest osiągnięcie zrozumienia przekazywanych informacji. Istotne, aby w przekazywaniu wiedzy być ostrożnym, jeśli chodzi o użycie żargonu biochemiczno-medycznego, ponieważ dla większości pacjentów byłoby to nie zrozumiałe. Nie należy dostarczać zbyt dużo informacji, cytując słowa poety Williama Butlera Yeatsa *Edukacja to nie napełnianie wiedzą, ale rozniecanie ognia.* Zrozumienie osiąga się również poprzez przeprowadzanie wizyt interaktywnych.

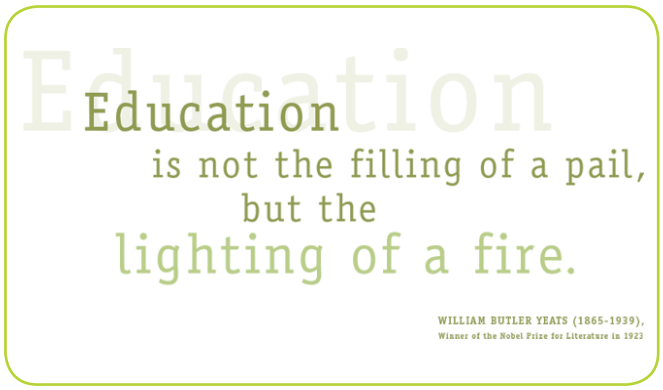
4. Zapewnienie możliwości realizacji

Celem tej strategii jest pomoc pacjentom w podejmowaniu działań, krok po kroku. Zadawaj pytania, które uświadomią potrzebę stworzenia konkretnego planu działań, np. „Cieszę się, że już podjęłaś decyzję, aby rozpocząć samokontrolę. Jaki podejmiesz pierwszy krok, aby to zrobić?"
Ważny jest konkretny plan do zrealizowania.

5. Współpraca

Pacjentów powinniśmy zachęcać a nie zmuszać. Należy odpowiednio dobierać słowa.
Zainteresowanych działaniami Behavioral Diabetes Institute oraz wdrażaniem powyższych strategii zapraszamy na stronę internetową: www.behavioraldiabetes.org

Beata Stepanow



KOALICJA NA RZECZ WALKI Z CUKRZYCĄ

Warszawa, 2 czerwca 2009

W związku z rosnącą potrzebą edukacji oraz zwiększenia efektywnej profilaktyki i diagnostyki cukrzycy, z inicjatywy Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, została powołana interdyscyplinarna Koalicja na Rzecz Walki z Cukrzycą. Nowo powstała organizacja zrzesza lekarzy różnych specjalności, a także stowarzyszenia i instytucje od lat działające na rzecz edukacji diabetologicznej.

Zgodnie z najnowszymi danymi Międzynarodowej Federacji Diabetologicznej, średnia zachorowalność na cukrzycę wśród dorosłych osób (w wieku 20-79 lat) w krajach Unii Europejskiej wzrosła z 7,6% w 2003 r. aż do 8,6% w roku 2006, co daje liczbę 31 milionów chorych. Co więcej, zgodnie z przewidywaniami, odsetek ten w 2025 r. wyniesie nawet 10,3%. Dla porównania, w Polsce na cukrzycę choruje obecnie 9,1% dorosłych obywateli. Wzrost zachorowalności wiąże się z koniecznością ponoszenia ogromnych kosztów leczenia cukrzycy, a także jej powikłań. W 2007 r. w Polsce przeznaczono na ten cel aż 8,1% budżetu zarezerwowanego na ochronę zdrowia. Między innymi dlatego tak istotna jest prewencja cukrzycy i jej powikłań, polegająca na odpowiedniej edukacji i wczesnym wykrywaniu choroby.

Odpowiadając na te potrzeby, Instytut Praw Pacjenta zainicjował powołanie Koalicji na Rzecz Walki z Cukrzycą. Intencją Koalicjantów jest, aby poprzez szeroko zakrojone działania edukacyjne w ramach kampanii „Cukrzyca – więcej niż cukier", aktywnie wpływać na zwiększanie świadomości społecznej w zakresie cukrzycy, zmianę upraszczającego podejścia do choroby, a także uświadomienie jej interdyscyplinarnego charakteru i współzależności z prowadzonym stylem życia.

- Promując holistyczne podejście do cukrzycy Koalicja chce wpłynąć na skuteczniejszą diagnostykę diabetologiczną, poprawę jakości życia pacjentów z cukrzycą oraz szybsze i skuteczniejsze przeciwdziałanie niebezpiecznym powikłaniom tej choroby – mówi ks. Arkadiusz Nowak, prezes Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej. - Tak postawione cele zamierzamy realizować poprzez szeroko prowadzone działania edukacyjne, skierowane zarówno do pacjentów, jak i środowiska medycznego, nauczycieli i pielęgniarek szkolnych oraz mediów – dodaje ks. Nowak.

Inicjatorem powołania Koalicji na Rzecz Walki z Cukrzycą jest Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej. Jej członkami zostały Polskie Towarzystwo Diabetologiczne, Polska Federacja Edukacji w Diabetologii, Dziennikarski Klub Promocji Zdrowia, Polskie Stowarzyszenie Diabetyków, Górnośląskie Stowarzyszenie Diabetyków oraz firmy: Novo Nordisk i Roche Diagnostics. Aktywne wsparcie w działaniach Koalicji zapowiedziała również Ogólnopolska Federacja Organizacji Pomocy Dzieciom i Młodzieży Chorym na Cukrzycę.

Podejście holistyczne

Złożoność cukrzycy wymaga interdyscyplinarnego podejścia w profilaktyce, leczeniu oraz efektywnej prewencji powikłań tej choroby. Wbrew obiegowej opinii, cukrzyca to nie tylko kontrola poziomu cukru we krwi. Choroba ta wiąże się bowiem często z dodatkowymi problemami zdrowotnymi, takimi jak otyłość, nadciśnienie czy zaburzenia kardiologiczne.

– Skuteczne przeciwdziałanie epidemii cukrzycy wymaga współpracy lekarzy specjalizujących się w różnych dziedzinach medycyny - diabetologii, dietetyki czy kardiologii. Tej interdyscyplinarności w podejściu do cukrzycy towarzyszyć powinna kompleksowość podejmowanych działań, obejmująca profilaktykę, edukację i skuteczne leczenie, pozwalające uniknąć lub opóźnić wystąpienie powikłań – mówi dr hab. Leszek Czupryniak, Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego.

W wyżej opisane podejście do problemu wpisują się działania Koalicji na Rzecz Walki z Cukrzycą, która w planowanej na 2009 r. kampanii edukacyjnej „Cukrzyca – więcej niż cukier" zamierza przeprowadzić szereg działań edukacyjnych do wszystkich grup, które z cukrzycą żyją na co dzień, ponieważ są chorzy, leczą czy edukują diabetyków. Dodatkowo, działająca w ramach Koalicji Rada Naukowa, złożona z lekarzy różnych specjalizacji, przygotuje specjalny raport opisujący kondycję cukrzycy w Polsce, a Koalicja podejmie działania, aby doprowadzić do opracowania narodowego programu prewencji i leczenia cukrzycy w naszym kraju, do czego zachęcała już w 2005 r. Międzynarodowa Federacja Diabetologiczna.

Wypracowane w ramach Koalicji materiały edukacyjne staną się też podstawą do stworzenia serwisu internetowego, zawierającego szereg informacji na temat cukrzycy dla mediów, pacjentów i lekarzy.

Więcej informacji: **www.prawapacjenta.eu**

„Czy z cukrzycą można realizować marzenia? Himalaistka, 36-letnia Ilona, zdobyła właściwie wszystkie szczyty, jakie można. Jej jedynym problemem było to, że powyżej 5 tys. metrów zamarzała jej insulina w penach"

prof. B. Wierusz-Wysocka

RUMAKI ZWYCIĘSTWA: INSULINA, ĆWICZENIA, DIETA

Współczesna medycyna dopiero odkrywa dobroczynny wpływ sportu na wiele chorób, w tym na cukrzycę. Przedstawiamy swoisty raport na podstawie referatów wygłoszonych na poznańskiej sesji diabetologicznej przez prof. Bognę Wierusz-Wysocką z Kliniki Chorób Wewnętrznych i Diabetologii UM w Poznaniu, prof. Artura Mamcarza przewodniczącego Sekcji Kardiologii Sportowej Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, doc. Piotra Fichnę z Kliniki Endokrynologii i Diabetologii Wieku Rozwojowego UM w Poznaniu oraz wypowiedzi mistrza olimpijskiego Michała Jelińskiego. Czy ten wybitny sportowiec leczony w poznańskiej klinice u prof. Wierusz-Wysockiej to dowód czy wyjątek potwierdzający regułę, że sport wyczynowy na najwyższym poziomie, mimo „współistniejącej" cukrzycy, jest możliwy?

Czy dla dzieci, młodzieży i „starych" dorosłych (wg kryterium sportowego po 35. roku życia) lepszy jest sport rekreacyjny czy wyczynowy? A jeśli wyczynowy, to czy jest on elementem terapii czy czynnikiem ryzyka dla chorych na cukrzycę typu 1 i 2?

Poglądem nadal dominującym, zarazem powierzchownym i wynikającym z uprzedzeń i niedostatku wiedzy, jest to, że z założenia osoby z cukrzycą nie mogą uprawiać sportu. To absolutna nieprawda, należy zmienić negatywne stereotypy – twierdzili lekarze w Poznaniu. Coraz częściej chorym na cukrzycę zaleca się różne formy wysiłku (nawet sport wyczynowy), pod warunkiem wszakże dobrego jej wyrównana i przy braku powikłań. Dlaczego? Ponieważ naukowo udowodniono dobroczynny wpływ aktywności fizycznej na procesy metaboliczne. Ale nadal nawet w świecie medycznym są kontrowersje wokół sportu osób z cukrzycą.

Sport u dzieci z cukrzycą – dostosowany do ich wieku, rodzaju wysiłku, czasu jego trwania i ewentualnego ryzyka – jest elementem zdrowej aktywności życiowej i ma swoje miejsce w kontroli choroby – podkreśla doc. Fichna. Nie mamy praktycznych jednostek miary wysiłku wywołującego powtarzalny efekt zmniejszania glikemii w standardowych warunkach, pozostaje więc nam – zapewnia docent – indywidualna obserwacja warunków (insulina, dieta, czas), w których powtarzany typ aktywności wywoła obniżenie glikemii o przewidywaną wartość.

Sport – systematyzuje temat doc. Fichna – można uprawiać rekreacyjnie jako prozdrowotną aktywność ruchową realizowaną spontanicznie lub w sposób zaplanowany, ze starannym uwzględnieniem wymogów cukrzycy. Albo też wyczynowo na poziomie klubu szkolnego lub terenowych klubów amatorskich lub w ligach krajowych i wyżej.
Sporty aerobowe [1] to np. jogging, jazda na łyżwach, wolne bieganie, wolne narciarstwo wolne pływanie. Sporty anaerobowe [2] to np. piłka nożna, tenis, siatkówka, koszykówka, zjazd narciarski, kulturystyka, kolarstwo szybkie.
Jak wpływa na organizm wysiłek ciągły, umiarkowany, w porównaniu z pulsacyjnym, przerywanym epizodami ostrego krańcowego wysiłku (10 sek. sprintu po 20 min. łagodnego wysiłku)? Glikemia podczas 20 min. ćwiczeń obniżała się, ale tam, gdzie na zakończenie nie było 10-sekundowego wysiłku maksymalnego, tam spadała dalej, a po wysiłku utrzymywała się na poziomie takim, jaki osiągnęła na koniec wysiłku łagodnego. Po 10 sek. sprintu wzrastały mleczany we krwi (szczyt w 10. min.) i utrzymywały się do 40. min. Wolne kwasy tłuszczowe były podwyższone przez 60 min. Katecholaminy osiągnęły szczyt w 10. min. po 10-sekundowym sprincie, kortyzol głównie w 30-40. min., hormon wzrostu miał szczyt ok. 20. min. i nadal był wyższy aż do 60. min. po sprincie. Są to hormony kontrregulacyjne – jak one pięknie w poszczególnych przedziałach czasowych jeden za drugim się włączają – zachwycał się doc. Fichna. Nie wszystkie na raz ratują nas przed niedocukrzeniem, lecz kolejno zabezpieczają nam podaż glukozy. Glukagon zachował się trochę inaczej, po sprincie w 40.-60. min. był najwyższy, ale tam, gdzie sprintu nie było, był wyższy już wcześniej w 10-20. min. po wysiłku.
Wersja wysiłku pulsacyjnego – tu szybciej następuje wzrost produkcji glukozy w organizmie i wcześniej następuje jej zużycie, które jednak przy końcu 30-minutowego wysiłku jest już podobne jak dla osób poddanych wysiłkowi ciągłemu. We wczesnej fazie po wysiłku pulsacyjnym następuje szybkie zmniejszenie zużycia glukozy, a po wysiłku ciągłym jej zużycie utrzymuje się długo. Są to ważne spostrzeżenia, które podpowiadają, jak chronić się przed powysiłkową hipoglikemią.

Nasi pacjenci – twierdzi prof. Bogna Wierusz-Wysocka – najczęściej ćwiczą rzadko. Raz w tygodniu grają w tenisa, biegają albo jeżdżą na rowerze. Wpływ takiego nieregularnego wysiłku na insulinowrażliwość jest ograniczony, utrzymuje się do 16 godzin, po trzech dniach mocno maleje, a po tygodniu zanika. W celu uzyskania optymalnego efektu metabolicznego wysiłek powinien być regularny, najlepiej codzienny. Mniej intensywny, ale rozciągnięty w czasie, pozwala glukozie spalać się stopniowo. Dzięki temu unika się gwałtownego niedocukrzenia, umożliwia on też lepsze wykorzystanie kwasów tłuszczowych, oszczędza zapas glikogenu, którego gwałtowna odbudowa po wysiłku niesie ryzyko niedocukrzenia.

O sporcie wyczynowym w naszych zaleceniach diabetologicznych praktycznie nie ma słowa – dodaje pani profesor. Tymczasem dzięki sportowi nasz pacjent Marcin, maratończyk (zachorował jako sportowiec i nie zaprzestał startów w biegach, teraz dodatkowo trenuje triatlon), uzyskał siedem lat remisji choroby!! A największą radością jest nasz Michał (Jeliński)!

– Dzisiaj na podstawie literatury i doświadczeń wiemy, że cukrzyca typu 1 nie stanowi przeciwwskazania do wysokiej aktywności fizycznej – mówi prof. Wierusz-Wysocka, która dopuszcza wyczynowe uprawianie dowolnej dziedziny sportu (może poza morderczo wyczerpującym triatlonem) przez chorych na cukrzycę typu 1, pod warunkiem odpowiedniej kontroli choroby, współpracy sportowca, lekarza i trenera. Dieta i metoda insulinoterapii muszą być u tych osób dobierane indywidualnie, samokontrola chorego powinna obejmować modyfikację diety w zależności od obciążenia treningowego, zmianę liczby wstrzyknięć i dawek insuliny. Podstawą spełnienia tych wymagań jest właściwa systemowa edukacja chorego.

ŚMIERĆ SPORTOWCA

Jest faktem, że zdarzają się nagłe zgony wśród sportowców poniżej 35. roku życia – na sali gimnastycznej, na boisku lub bieżni. To jest tzw. nieunikniona rzadkość. Tym bardziej dramatyczna, że dotyczy młodych ludzi postrzeganych jako „okazy zdrowia", o stalowych mięśniach i silnym sercu. Kardiolog prof. Mamcarz, znawca kardiologii sportowej, wśród przyczyn nagłej śmierci sercowej w sporcie wymienia m.in. niedostateczną kontrolę medyczną. Taka śmierć ma miejsce głównie w następstwie niewykrytej wady serca lub nieodkrytych w porę powikłań (Joachim Halupczok miał zapalenie mięśnia sercowego po grypie i przy treningu doznał zaburzeń rytmu serca, Kamila Skolimowska z zatorem płucnym miała szereg czynników ryzyka, a Florence Griffith-Joyner, biegaczka, ciężkie powikłania zakrzepowo-zatorowe wynikające z udowodnionego stosowania środków niedozwolonych). Zdarzają się migotania komór wywołane wstrząśnieniem serca po silnym uderzeniu w klatkę piersiową piłką, hokejowym czy baseballowym krążkiem lub ciałem innego zawodnika w kolizji na boisku. Po 35. roku życia u sportowców uprawiających piłkę nożną, biegi czy tenis, przyczyną śmierci może być choroba wieńcowa. Tych wypadków można byłoby uniknąć, gdyby zawodnicy byli zbadani pod kątem wrodzonych nieprawidłowości serca. W ocenie serca sportowca najważniejsze jest odróżnienie (na podstawie badania echokardiograficznego) fizjologicznego adaptacyjnego „przerostu" widocznego u sportowców od zmian typowo patologicznych.

[1] Wysiłek, w którym puls nie przekracza 75% max., a organizm nadąża dostarczać tlen do komórek i zachodzą w nich procesy spalania tlenowego, a energia do pracy mięśni uzyskiwana jest z węglowodanów i tłuszczów na drodze ich oksydacji. Ćwiczenia aerobowe wykorzystują substraty energetyczne w dłuższym czasie, są korzystne dla insulinooporności, która związana jest z pracą mięśni. Zmniejszają kumulację lipidów w mięśniach, poprawiają nierównowagę wychwytu kwasów tłuszczowych i utleniania na korzyść utleniania, zwiększają wychwyt glukozy bez udziału i z udziałem insuliny, poprawiają kumulację glikogenu po ćwiczeniach. W sumie więc poprawiają wrażliwość na insulinę, bilans energetyczny, wydolność tlenową, zmniejszają zawartość tkanki tłuszczowej.

[2] Puls powyżej 75% maksymalnego i organizm inicjuje procesy przemian beztlenowych, energia pobierana jest z szybciej dostępnych źródeł. Wykorzystywanie substratów energetycznych zależy od czasu trwania wysiłku. Jeśli jest intensywny i krótki, wykorzystywane są fosforan kreatyny ATP i glukoza pochodząca z glikolizy glikogenu mięśniowego. Jeżeli się przedłuża, organizm znowu korzysta z glukozy, z glukozy z krążenia mięśniowego, wątrobowego, ale też włącza się wykorzystywanie wolnych kwasów tłuszczowych.

W orzecznictwie sportowym dla lekarza priorytetem jest zdrowie zawodnika, jego bezpieczeństwo, i dotyczy to zarówno pacjentów z astmą, jak chorych kardiologicznych czy diabetyków. Standardy orzecznicze zabraniają wydania zezwolenia na uprawianie sportu w przypadku stwierdzenia objawów hipoglikemii w ciągu ostatniego roku, hospitalizacji z jakiegokolwiek powodu w ciągu ostatniego roku, powikłań (retinopatii proliferacyjnej, neuropatii cukrzycowej, neuropatii autonomicznej, stopy cukrzycowej, angiopatii). Najważniejsze jest dobre wyrównanie cukrzycy, przy czym reguły glikemii są w sporcie powszechnym bardziej liberalne niż w wyczynowym.

Nie ma zbyt dużo wiarygodnych badań, które pokazywałyby, w jaki sposób lekarz ma poprowadzić zawodnika z cukrzycą. Każdy sportowiec jest indywidualnością, sport sportowi nie równy, jedno obciążenie treningowe nierówne innemu, zawodnik uprawia podnoszenie ciężarów albo wioślarstwo, albo piłkę nożną, różne dyscypliny – wytrzymałościowe lub siłowe. Opieka nad osobą z cukrzycą uprawiającą sport to kwintesencja indywidualnego podejścia do medycyny – o czym w swoim wykładzie mówił prof. Mamcarz.

Do zespołu specjalistów czuwających nad sportowcem z cukrzycą powinni należeć: trener, psycholog, diabetolog, pielęgniarka edukacyjna i specjalista od żywienia. Najważniejsza dla osoby uprawiającej sport i chorej na cukrzycę jest wiedza i doświadczenie służące samokontroli.
Trening sportowców wyczynowych chorych na cukrzycę powinien imitować zawody. Podczas intensywnego wysiłku fizycznego ważna jest częsta kontrola poziomu glikemii. Przy dużej intensywności treningu można próbować zrezygnować z podania insuliny na początku konkurencji. Podczas wysiłków bardzo intensywnych i długotrwałych dawkę insuliny dostosowuje się indywidualnie do zawodnika oraz dyscypliny sportowej (czasem zmniejsza się ją nawet o 70-90%). Przy wysiłku odznaczającym się zmienną aktywnością (piłka nożna, rugby, hokej) czasami konieczne jest dodatkowe spożycie węglowodanów oraz kontrola glikemii w czasie przerw. Po długim i intensywnym wysiłku fizycznym przez następne 24-48 godz. istnieje ryzyko niedocukrzenia. Poziom glikemii zmierzony przed snem powinien być wyższy od prawidłowego (10-12 mmol/l), w przeciwnym wypadku rośnie ryzyko występowania ciężkiej hipoglikemii w nocy.
Duże ryzyko hipoglikemii występuje w trakcie wysiłku fizycznego – przestrzega prof. Wierusz-Wysocka – tuż po nim i w kilka godzin po zakończeniu aktywności, dlatego zaleca się w tych trzech momentach oznaczanie stężenia glukozy we krwi. Wyedukowany sportowiec wie, kiedy ma sprawdzać glikemię, jak ma postępować w stanach niedocukrzenia, jak podawać odżywki, ile dopijać płynu. Potrafi także korzystać z dobrodziejstw intensywnej insulinoterapii i pompy. Potrafi odpowiednio redukować dawkę insuliny (zależnie od rodzaju i długości wysiłku fizycznego o 30-50-80%), której szczyt przypada w trakcie lub tuż po zakończeniu aktywności fizycznej. Wie również, jak powinien postępować w zależności od rodzaju i czasu treningu każdej kolejnej godzinie treningu natomiast lekarz pomaga w korygowaniu tzw. bazy. Jeżeli wysiłek jest planowany i ma się rozpocząć 30-60 min. od momentu iniekcji, to nie należy podawać insuliny w okolice szczególnie narażone na wysiłek (jeśli biega, nie w udo, jeżeli dźwiga, to nie w ramię). Jeżeli wysiłek nie był wcześniej zaplanowany, to przed nim należy spożyć dodatkową porcję węglowodanów, 2-3 WW na 30 min. planowanego wysiłku. W przypadku wysiłku nieplanowanego należy rozważyć redukcję dawki insuliny podawanej do posiłku spożywanego po zakończeniu aktywności fizycznej.

Wielu najlepiej wyedukowanych pacjentów, najaktywniejszych sportowo należy do grupy tzw. „pompiarzy" leczonych za pomocą ciągłego, podskórnego wlewu insuliny. Czy można odłączyć pompę? Doświadczeni sportowcy mówią, że maksymalnie na 2-3 godziny Po skończeniu treningu jest wskazany posiłek i bolus wyrównawczy. Jeżeli wysiłek jest wielogodzinny, nie zaleca się odłączenia pompy, redukuje się natomiast wlew podstawowy o 20-80% na czas wysiłku, na 30-60 min. przed podjęciem aktywności fizycznej.

W czasie wysiłku zaleca się picie wody (herbata i kawa odwadniają). Przed i podczas treningu sportowcy często korzystają z odżywek. W zależności od glikemii i od czasu, jaki upłynął od ostatniego podania insuliny, ich spożycie wymaga podania odpowiedniej ilości insuliny (1-3 jednostek).

W ramach adaptacji dietetycznej do wysiłku konieczne jest bieżące wspieranie ćwiczącego sportowca glukozą w celu zmniejszenia skali degradacji glikogenu mięśniowego. Posiłek z dużą zawartością węglowodanów złożonych po wysiłku, mający uzupełnić zapotrzebowanie węglowodanowe i odbudować zasoby glikogenu wątroby i mięśni, musi być poprzedzony dodatkową iniekcją insuliny zwłaszcza, jeśli sportowiec miał odłączoną pompę.

Hipoglikemia i następowa hiperglikemia po wielu godzinach od uprawiania sportu (zwłaszcza przy złej strategii żywieniowej) to efekt regulacji hormonalnej nasilającej glukogenolizę i glukoneogenezę. Insulina te zjawiska hamuje, dlatego uważa się, że nie ma aktywności fizycznej bez insuliny. Odwrotne przekonanie było stałym błędem sportowców przed laty. Jaka jest właściwa suplementacja insuliny w czasie i po wysiłku? Insulina i podaż węglowodanów mają łączny wpływ na wykorzystanie glukozy w trakcie oraz we wczesnej i późnej fazie po wysiłku [3]. Kiedy jeść, a kiedy podawać insulinę? Zacząć od jedzenia, a potem podawać insulinę, nadal jedząc – zaleca doc. Fichna.

Nieszczęścia zdrowotne dotyczą sportowców niewyedukowanych – zapewnia prof. Wierusz-Wysocka. Przytacza przykład tenisisty, który trenował sport „zamiast" insulinoterapii i de facto z powodu nieleczenia choroby dostał zawału w bardzo młodym wieku. Inne nagminne błędy niewyedukowanych pacjentów to omijanie lub zmniejszanie dawek insuliny oraz rozpoczynanie ćwiczeń przy wysokich stężeniach glukozy. Przy glikemii >200mg/dl utrzymującej się w kolejnych oznaczeniach, i obecności ciał ketonowych w moczu nie można podejmować wysiłku fizycznego – uściśliła pani profesor. Jednorazowy wynik 250-300 mg/dl bez acetonu w moczu może wynikać z błędu dietetycznego i dlatego należy go szybko sprawdzić.
Sportowcy z cukrzycą typu 1 – mówi prof. Mamcarz – twierdzą, że są w najlepszej formie, gdy rozpoczynają treningi przy stężeniach glukozy w granicach 70-200 mg/dl, i przy przedwysiłkowej dawce insuliny zredukowanej o 30-50%.
Inne poważne błędy popełniane przez niewyedukowanych sportowców z cukrzycą mogące spowodować u nich uszkodzenie serca czy nerek, to nieumiejętne i zbyt małe uzupełnianie płynów, podawanie zbyt dużej ilości białka, spożywanie zbyt małej ilości węglowodanów prostych (wówczas nie ma z czego odbudowywać glikogenu w mięśniach), zbyt wielu pokarmów bogatych w błonnik, (powodują dysfunkcję ze strony przewodu pokarmowego). Odżywki mają olbrzymią wartość energetyczną, ale nie zastąpią prawidłowego odżywiania.

Czy w uprawianiu sportu jest ryzyko? Jest. Ale przy odpowiednim jego rozpoznaniu, zrozumieniu– jest ono mniejsze. Osoby z cukrzycą mają lęk przed niedocukrzeniem. Należy umożliwiać młodzieży uprawianie sportu na jakimś stopniu wyczynu, wręcz ją zachęcać – podkreślał doc. Fichna. Trzeba dostosować wybór sportu i jego rodzaj do wieku dziecka. Niektóre sporty są bardzo techniczne (np. ewolucje ze sprzętami), przy dekoncentracji mogą okazać się niebezpieczne.

Wiele instytucji sponsorujących, propagujących ruch, przyznaje medale za uczestnictwo w biegach. Na każdym medalu jest formuła – zwycięzca – bez podania zajętego miejsca, zwycięstwem jest samo uczestniczenie w biegu.
W cukrzycy i sporcie tytułowe rumaki o imionach – ćwiczenia, insulina, dieta – ilustrują zasadę: w cukrzycy tyle jest terapii, ile równowagi pomiędzy tymi trzema rumakami, a tyle ryzyka, ile nierównowagi. Sport „wyedukowany", oparty na doświadczeniu i wiedzy, tej równowadze służy.

Sir Steven Geoffrey Redgrave, brytyjski wioślarz, dziewięć medali na mistrzostwach świata, złote medale w pięciu kolejnych igrzyskach olimpijskich 1984-2000. W Los Angeles zwyciężył w czwórce ze sternikiem, cztery lata później wywalczył dwa medale w duecie z Andy'm Holmes'em. Na kolejnych dwóch olimpiadach triumfował razem z Matthew Pinsentem, zwyciężał na pięciu igrzyskach olimpijskich z rzędu (w różnych osadach), ostatnie złoto zdobył w czwórce bez sternika w Sydney. Za sportowe osiągnięcia otrzymał tytuł szlachecki.

Gary Hall Jr. amerykański pływak, 2 złote i 1 brązowy medal olimpijski, w trzech olimpiadach zdobył w sumie 10 medali, cukrzyca od 25 roku życia. W 1999 r. wykryto u niego cukrzycę. Nie zakwalifikował się do amerykańskiej reprezentacji na Igrzyska w Pekinie (na koronnym dystansie 50 m stylem dowolnym zajął 4. miejsce w krajowych eliminacjach) i w 2008 r. ogłosił zakończenie kariery.

Kris Freeman, reprezentant USA w biegach narciarskich na olimpiadzie w Salt Lake City w 2002 i 2006 r. w Turynie, cukrzyca od 19 roku życia.

Kevin Hansen, amerykański siatkarz występujący na pozycji rozgrywającego. W 2006 r. zadebiutował w reprezentacji USA podczas Ligi Światowej, wystąpił na olimpiadzie w Pekinie w 2008 r., od sezonu 2008/2009 występuje w rosyjskim klubie Fakieł Nowy Uriengoj, cukrzyca od 10 roku życia.

Damon Fitch, tenisista, trener i zawodnik, cukrzyca od 11 roku życia.

Michał Jeliński, polski wioślarz, zdobył trzy razy medal mistrzostw świata w konkurencji czwórek podwójnych mężczyzn i złoty medal olimpijski w Pekinie w 2008 r., cukrzyca od 24 roku życia.

Ewa Biernacka

[3] Podaż węglowodanów w 1. fazie po wysiłku zmniejsza ilość białka GLUT-4, kiedy głodzenie daje efekt odwrotny; działanie insuliny w 2. fazie po wysiłku zmniejsza ilość mRNA GLUT-4, a zwiększa ilość białka GLUT-4.

„DEKLARACJE, REKOMENDACJE, ZDECYDOWANIE, DZIAŁANIE!"

25-26 września 2009 Federacja Europejskich Pielęgniarek Diabetologicznych FEND – Federation of European Nurses in Diabetes organizuje 14. Międzynarodową Konferencję w Wiedniu. W programie konferencji m.in. tematy: Sytuacja epidemiologiczna cukrzycy w Austrii, Nieświadomość niedocukrzenia, Skuteczne interwencje, Cukrzyca typu II u dzieci, czy Diabetologiczna opieka pielęgniarska w Europie. Jednym z tematów są również Doświadczenia praktyczne w zastosowaniu DPP IV. Aby zachęcić do uczestnictwa w konferencji organizowanej przez FEND poniżej krótko prezentujemy zagadnienia związane z ostatnim tematem

Doświadczenia praktyczne w zastosowaniu DPP IV

Obecne metody leczenia cukrzycy mimo znacznych postępów nadal nie umożliwiają osiągnięcia zamierzonych celów. Z tego powodu poszukuje się nowych leków przeciwcukrzycowych. Niezwykle obiecujące są wyniki badań klinicznych z zastosowaniem analogów GLP-1 (glucagon-like peptide-1) i inhibitorów dwupeptydylo-peptydazy IV (DPP IV) – enzymu odpowiedzialnego za proteolizę inkretyn oraz analogu amyliny. GLP-1 i GIP (glucose-dependent insulinotropic polypeptide) to główne inkretyny, które są odpowiedzialne za 50-60% odpowiedzi insulinowej na doustne podanie glukozy u osób zdrowych. U chorych na cukrzycę typu 2 wykazano upośledzenie sekrecji i obniżenie wrażliwości komórek beta na GLP-1. Upośledzona jest także sekrecja GIP i zniesione jego insulinotropowe działanie na komórki beta. Zatem, jeśli upośledzona odpowiedź inkretynowa przyczynia się istotnie do wadliwej sekrecji insuliny w cukrzycy typu 2, to przywrócenie działania inkretyn może poprawić metabolizm. W ciągu ostatnich 2 lat do lecznictwa wprowadzono inkretynomimetyki oporne na działanie DPP-IV (exenatid), analogi GLP-1 (liraglutid) i inhibitory DPP-IV (sitagliptin, vildagliptin, saxagliptin). Pierwsze dwa leki podawane są we wstrzyknięciach podskórnych, podobnie jak insulina. W Stanach Zjednoczonych są dopuszczone do stosowania łącznie z pochodnymi sulfonylomocznika lub metforminą. Zalety inhibitorów DPP-IV to: możliwość stosowania drogą doustną, małe ryzyko hipoglikemii i niepowodowanie ubocznych skutków immunogennych jak w przypadku egzogennego GLP. Efekty metaboliczne uzyskiwane są przez zwiększenie stężenia endogennego GLP-1. Pramlintyd jest symetrycznym analogiem amyliny. Preparat ten zarejestrowano w Stanach Zjednoczonych wyłącznie jako lek uzupełniający leczenie insuliną. Podawany jest podskórnie przed posiłkami. Wyniki licznych badań klinicznych z zastosowaniem inkretynomimetyków wskazują na ich przydatność w leczeniu cukrzycy typu 2 od chwili rozpoznania choroby, aż do stadiów znacznego niedoboru insuliny.

Szczegółowe informacje znajdują się na stronie internetowej: **www.fend.org**

● Beata Stepanow

ENDCUP

CIĄG DALSZY

FEND
Federation of European Nurses in Diabetes

W magazynie edukacyjnym Polskiej Federacji Edukacji w Diabetologii wydanym w kwartale III 2008 przedstawiałam wraz z Monika Pliszką relację z uczestnictwa w kursie dla pielęgniarek diabetologicznych – ENDCUP – European Nurses Diabetes Collaborative University Project, organizowanym przez Federację Europejskich Pielęgniarek Diabetologicznych FEND – Federation of European Nurses in Diabetes. Wraz z rozpoczęciem kursu w 2008 roku stałyśmy się studentkami Uniwersytetu Roehampton, co zobowiązywało po uczestnictwie w I module do napisania dwóch prac poglądowych z zakresu diabetologii. Pierwszy artykuł, na podstawie którego przedstawiałyśmy swój pogląd oparty o badania naukowe i inne artykuły, które należało przedstawić w bibliografii pracy brzmiał: Wpływ terapii wieloczynnikowej u chorych na cukrzyce typu 2 – „Effect of a Multifactorial Intervetion on Mortality in Type 2 Diabetes". Natomiast drugi artykuł dotyczył Wpływu treningu samozarządzania w cukrzycy typu 2: badanie prospektywne z losowym doborem próby – „Effect of self-management training in Type 2 diabetes: a randomized, prospective trial".

Przed nami moduł drugi – Edukacja pacjenta, a także egzamin z modułu I w czerwcu 2009 w Centrum Edukacyjnym Szpitala Sant Pau w Barcelonie. Obecnie przygotowujemy się do modułu III- Badania naukowe. Nasza praca badawcza powstaje w ramach działalności Polskiej Federacji Edukacji w Diabetologii (PFED) i ma na celu sprawdzenie wiedzy pacjentów na temat poprawnego wykonywania pomiaru glikemii za pomocą glukometru. Ankiety były przeprowadzane w wielu ośrodkach diabetologicznych w Polsce, abyśmy mogły jak najrzetelniej przedstawić stan wiedzy naszych podopiecznych rodaków. W tym miejscu chciałabym w imieniu swoim i Moniki Pliszki bardzo podziękować pielęgniarkom I edycji specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego, które przeprowadziły również ankietę wśród pacjentów chorujących na cukrzycę typu 2.

Beata Stepanow

„Pierwsze specjalistki w Polsce"

„To co zdobyliśmy trudem, najbardziej kochamy"
Seneka

Ośrodek Kształcenia Podyplomowego przy Uniwersytecie Medycznym w Lublinie zapoczątkował pierwszą specjalizację w Polsce, w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego. Specjalizacja trwała ponad 2 lata od grudnia 2006 roku do marca 2009, do momentu egzaminu państwowego w Warszawie.

Tak jak pacjent ze świeżo rozpoznaną cukrzycą przechodzi przez etapy, w których uczy się o swojej chorobie, tak my pielęgniarki posiadające już wiedzę o cukrzycy, na specjalizacji dokształcałyśmy się, przechodząc przez poszczególne 11 modułów teoretycznych do zajęć praktycznych. Łączna liczba godzin dydaktycznych wynosiła 1165. W bloku ogólnozawodowym wyniosła 330 godzin, w bloku specjalistycznym 835, w tym: część teoretyczna 240 godzin i praktyczna 595 godzin.

Specjalizacja nie była łatwa. Wymagała wysiłku, samozaparcia i systematycznej nauki. Każdy moduł kończył się sprawdzeniem wiedzy w postaci testu lub pisania programów edukacyjnych, standardów o tematyce diabetologicznej.

Cała grupa specjalizacyjna liczyła 28 pielęgniarek. Większość z nas prezentowała różne ośrodki regionu lubelskiego. Pojedyncze osoby były z województwa mazowieckiego, podkarpackiego, podlaskiego. Pracujemy w Poradniach Diabetologicznych dla dorosłych, dzieci, na oddziałach internistycznych. Nasza praca to edukacja chorych na cukrzycę.

Okres szkolenia specjalizacyjnego był miłym okresem w życiu. Można w nim wyróżnić 3 części, które same w trakcie nauki ukształtowały się. Pierwszy to czas nauki. Uczestniczyłyśmy w zajęciach teoretycznych, które były bardzo dobrze przygotowane pod względem merytorycznym przez wykładowców z Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Przekazywana wiedza była przez nas zapamiętywana, a następnie wykorzystywana w zajęciach praktycznych. Nauczyciele kształtowali w nas zdolność do samodzielnego myślenia, uczenia się i głoszenia etycznych zasad postępowania wobec chorego. W czasie zajęć dyskutowałyśmy z wykładowcami na temat obecnej diabetologii, problemów edukacyjnych, roli pielęgniarki w zespole terapeutycznym oraz nowych metod leczenia cukrzycy. Uczyło nas grono wspaniałych i oddanych swojej pracy pedagogów i nauczycieli Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Zachowamy ich wszystkich w pamięci. Przekazali nam nie tylko wiedzę, ale dali bardzo dużo życzliwości. Przez cały okres specjalizacji kierownikiem była Pani mgr Elżbieta Nowicka. Poświęcała nam wiele swojego czasu, szczególnie wiele chwil spędzała z nami przy rozwiązywaniu próbnych testów, przygotowujących nas do egzaminu wewnętrznego w Lublinie i państwowego w Warszawie.

Część druga to uczestnictwo w szkoleniach, konferencjach organizowanych przez Polskie Towarzystwo Diabetologiczne w Lublinie i Polską Federację Edukacji w Diabetologii w Warszawie. Wszystkie jesteśmy członkami organizacji po to, aby poprzez uczestnictwo pogłębiać swoją wiedzę.
W trakcie trwania specjalizacji z naszej inicjatywy, niektóre firmy farmaceutyczne oraz medyczne organizowały specjalnie dla nas szkolenia uzupełniające naszą wiedzę. Jednym z nich było szkolenie na trudny dla nas temat: „terapia osobistą pompą insulinową".

Trzecią część stanowił czas więzi koleżeńskich. Stworzyłyśmy zgraną grupę. Przed specjalizacją większość z nas znała się ze szkoleń i konferencji. Okres nauki to moment poznania się, przyjaźni, pogłębienia wiedzy i wymiany doświadczeń. Razem dyskutowałyśmy na różne tematy a następnie podejmowałyśmy konkretne decyzje. Na zajęciach praktycznych pomagałyśmy sobie nawzajem. Stałyśmy się „jedną rodziną". Razem przeżywałyśmy radości i smutki. Dla ułatwienia kontaktu z nauczycielami, wybrałyśmy starościnę grupy, która bardzo profesjonalnie wywiązała się z nieraz trudnych zadań. Jesteśmy jej bardzo wdzięczne za okazaną pomoc i życzliwość.

Miniony czas specjalizacji był bardzo pomyślny. Wszystkich nas wzbogacił w dodatkową wiedzę, nowe doświadczenia, zmusił do refleksji, kształtował poglądy na wiele życiowych spraw, problemów. Czas ten niewątpliwie potwierdził, że lata nauki były ważnym rozdziałem życia. Zajęcia praktyczne przy łóżku chorego, to okres utrwalony w pamięci. Następnie pełen emocji i przeżyć egzamin wewnętrzny w Lublinie i państwowy w Warszawie. Specjalizacja dla 28 pielęgniarek, została uwieńczona sukcesem w postaci dyplomu w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego. Uzyskany dyplom stwarza nam możliwość dalszego kształcenia zawodowego.

Tak już w życiu człowieka jest, że lata przemijają, a my będziemy mile wspominać czas wspólnej edukacji.

Dr n. med. Ewa Kostrzewa-Zabłocka
Uczestniczka specjalizacji

PIERWSZY EGZAMIN KOŃCZĄCY SPECJALIZACJĘ

GRATULUJEMY SPECJALISTKOM

26 marca miał miejsce egzamin kończący pierwszą specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego. Ponieważ do kolejnego przystąpią Panie będące członkami PFED, pozwolę sobie w skrócie przybliżyć jego przebieg.

Do egzaminu przystąpiło 28 pielęgniarek, w większości z południowo-wschodniej Polski. W skład Komisji Egzaminacyjnej wchodziło pięć Pań, w tym przedstawicielka CKPPiP. Przybyłe na egzamin zapraszane były do specjalnie w tym celu przygotowanej sali, z ustawionymi w czterech rzędach stolikami, ponumerowanymi zgodnie z przygotowaną alfabetycznie listą. Na każdym blacie leżała wizytówka z adresem internetowym strony CKPPiP, na której następnego dnia dostępne były wyniki. Zapraszając kolejne Panie, członkowie komisji sprawdzali zgodność danych osobowych z dokumentem tożsamości (dowód osobisty, paszport, prawo jazdy).

W każdym rzędzie widziałam znane sobie z licznych kursów, szkoleń i konferencji skupione, ale i pełne emocji twarze. W imieniu komisji powitałam przybyłe Panie, udzielając wskazówek odnośnie rozwiązania testu. Składał on się ze 180 pytań (z bloku specjalistycznego i ogólnozawodowego), z czego 126 prawidłowych odpowiedzi stanowiło minimum punktów zaliczających. Test był jednokrotnego wyboru, z czterema wersjami odpowiedzi. Wybraną przez siebie należało wyraźnie zaznaczyć dużą kropką. Wiele od tego zależało, bo po raz pierwszy do zliczania punktów wykorzystano czytnik kart. W czasie egzaminu rozdane zostały dwa arkusze: pytań i odpowiedzi. Uzupełnianie arkusza odpowiedzi rozpoczynało się od ostatniej strony, którą następnie zaklejano. Należało umieścić tam swoje imię, nazwisko oraz datę urodzenia, a także spisać numer widoczny pod kodem kreskowym. Tym samym kodem opatrzony był cały arkusz odpowiedzi. Pod tym właśnie numerem można było odczytać swój wynik.

Trzygodzinny egzamin przebiegł sprawnie i w miłej, przyjaznej atmosferze. Myślę, że było to zasługą w równej mierze trzymającej kciuki komisji, jak i zdających egzamin.

Renata Koczan
Przewodnicząca Komisji Egzaminacyjnej

Wszystkim koleżankom, a teraz także specjalistkom w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego gratulujemy i życzymy, aby zdobyta wiedza była wykorzystywana na gruncie zawodowym i stanowiła podstawę różnorodnych inicjatyw na rzecz chorych na cukrzycę.

Z pozdrowieniami,
Zarząd PFED

Łamanie barier na drodze do dobrej kontroli glikemicznej w cukrzycy typu 2: debata nad rolą pielęgniarek

H. Nesbeth, C. Ørskov, W. Rosenthall
European Diabetes Nursing, Spring 2009, Vol. 6 No. 1, 29-33

Tłumaczenie: **Renata Wójcik**

Wstęp

Aktualne przewidywania Międzynarodowej Federacji Cukrzycy (International Diabetes Federation IDF) oceniają wzrost występowania cukrzycy na świecie do 380 milionów (7,1% całej populacji) do 2025 roku (w tym głównie typ 2) (1, 2) Hiperglikemia towarzysząca cukrzycy może powodować ślepotę, wzrost ryzyka zawałów serca i amputacji kończyn. (3) Powyższe komplikacje mają nie tylko ogromny wpływ na życie pacjentów, ale również stanowią główne obciążenie finansowe systemów opieki zdrowotnej na całym świecie. (1)

Oczywiste dowody wykazują ważność dobrej kontroli glikemicznej w cukrzycy typu 2. Konsekwentnie, liczne wytyczne ekspertów klinicznych opisujących optymalne postępowanie w cukrzycy, podkreślają potrzebę utrzymywania poziomu glukozy zbliżonego jak najbardziej do normoglikemii. (4,7) Hemoglobina glikowana (HbA1c), test reprezentujący średnie poziomy glikemii z ostatnich 3 miesięcy, jest uznana jako złoty standard w ocenie kontroli poziomu glukozy i jest zintegrowana z większością wytycznych klinicznych. Wbrew tym wytycznym, istnieją liczne bariery w osiąganiu dobrej kontroli glikemicznej a leczenie w wielu ośrodkach diabetologicznych na świecie nie jest optymalne a jedynie suboptymalne.

Artykuł dyskutuje ważność dobrej kontroli glikemicznej i dowodów na powiązanie między złą kontrolą glikemiczną a powikłaniami cukrzycy. Ponadto, dokonano przeglądu aktualnych wskazówek dotyczących leczenia cukrzycy i potencjalnych czynników, które mogą wyjaśnić rozbieżność między wytycznymi poziomów HbA1c i aktualnymi poziomami HbA1c w sytuacjach klinicznych. W końcu, artykuł koncentruje się na kluczowej roli, jaką pielęgniarki mogą odegrać jako część wielodyscyplinarnego podejścia do poprawy opieki nad osobami chorującymi na cukrzycę typu 2.

Ważność dobrej kontroli glikemicznej

Kilka ważnych badań efektywnie dowiodło, że wzrost poziomu HbA1c może powodować wzrost powikłań cukrzycowych. (3, 8-10) Również obniżenie poziomu glukozy na czczo (FPG) i poposiłkowej (PPG) implikuje obniżenie cukrzycozależnych powikłań.

W badaniu United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) oceniono 3867 pacjentów z nowo rozpoznaną cukrzycą typu 2 i porównano wpływ efektów intensywnego postępowania (leczenie insuliną lub sulfonylomocznikiem) z leczeniem konwencjonalnym (modyfikacja diety) na ryzyko mikro- i makronaczyniowych powikłań. W grupie leczonej intensywnie, celem terapii było utrzymanie poziomu FPG < 6 mmol/L. Po okresie 10 lat, średni poziom HbA1c w grupie „intensywnej" wynosił 7,0% (6,2-8,2%), a w grupie „konwencjonalnej" 7,9% (6,9-8,8%). Najniższy poziom HbA1c obserwowany w grupie „intensywnej" związany był z obniżeniem częstości występowania jakichkolwiek powikłań cukrzycy.

Późniejsza analiza danych UKPDS wykazała, że 1% redukcja HbA1c związana była z 21% obniżeniem ryzyka powikłań cukrzycowych: 14% obniżenie ryzyka zawałów serca i 37% obniżenie ryzyka powikłań mikronaczyniowych jak owrzodzenia stóp czy ślepota. (3) Meta-analiza przeprowadzona przez Selvina i wsp. potwierdziła wartość poziomu HbA1c pacjenta jako czynnik prognostyczny chorób serca i naczyń. (9). W tym badaniu wykazano, że dla każdego 1% wzrostu poziomu HbA1c obserwowano odpowiedni wzrost ryzyka chorób sercowo-naczyniowych o 18%, śmierci z powodu choroby wieńcowej o 16% i zawału serca o 17%.

Wytyczne dla optymalnej kontroli glikemii

Wyniki badań dowiodły, że dobra kontrola glikemiczna jest decydująca dla prewencji powikłań cukrzycy typu 2. (3, 8-10) W świetle tych dowodów powstało wiele wytycznych, które mają pomóc pielęgniarkom i innym profesjonalistom opieki zdrowotnej (HCPs) monitorować i prowadzić swych pacjentów cukrzycowych. (4-7) Wskazówki i rekomendacje kładą nacisk na monitorowanie glikemii i dostarczają wartości docelowych poziomów HbA1c, FPG i PPG, które pacjenci powinni osiągać dla optymalnych wyników.

Docelowe poziomy HbA1c różnią się w zależności od wytycznych, z których korzystamy (Tab. 1), ale generalnie zaleca się by oczekiwany poziom HbA1c wynosił pomiędzy 6,5% a 7,5%. Wytyczne zachęcają również do regularnego monitorowania poziomów glikemii. Rekomendacje American Diabetes Association (ADA) określają by HCPs dokonywali pomiarów HbA1c przynajmniej 2 razy w roku u pacjentów, którzy mają dobre wyniki badań i 4 razy w roku u tych, u których wyniki HbA1c odbiegają od normy lub ostatnio zmienili sposób leczenia. Aktualne wytyczne IDF zalecają badanie HbA1c co 2-6 miesięcy w zależności od glikemii i sposobu leczenia konkretnego pacjenta. (6) Większość rekomendacji również sugeruje badanie PPG, FPG (Tab. 1) i samodzielne badanie poziomu glukozy (SMBG). (…)

Przepaść między wytycznymi a praktyką kliniczną

Pomimo jasnych dowodów ważności kontroli glikemicznej i konsensusu co do strategii osiągnięcia tej kontroli, pozostaje znacząca przepaść między wytycznymi a aktualną praktyką kliniczną. Sugeruje to, że miliony pacjentów z cukrzycą typu 2 żyje ze złą kontrolą glikemiczną i cierpi z powodu powikłań. Badania w Europie, USA i Azji przytaczają średnie poziomy HbA1c znacznie powyżej rekomendowanych wytycznych. (15-25) (…)

Jako, że na całym świecie przewiduje się w najbliższych latach szybki wzrost częstości występowania cukrzycy, bardzo istotne jest żebyśmy zrozumieli aktualny niedostatek kontroli glikemicznej widoczny w wielu krajach. Globalne badanie przeprowadzone niedawno miało na celu ocenę świadomości i nastawienia do HbA1c pośród HCPs i pacjentów z 2 typem cukrzycy. (26) Badanie wykazało, że podczas gdy większość HCPs zgadzało się z ważnością badania HbA1c dla kontroli glikemicznej, częstość tego badania różniła się wśród różnych krajów (np. co 6-12 miesięcy w Polsce, Szwecji i UK). Co ważne, lekarze wskazywali na brak czasu na wyjaśnienia i dokonanie pomiaru HbA1c u pacjenta podczas wizyty.

W rezultacie, wielu pacjentów nie rozumie jak ważne jest badanie HbA1c, i nie zna swoich docelowych poziomów. (26) Większość badanych pacjentów rozpoznawała związek stosowania się do leczenia i dobrej kontroli glikemicznej. Jednakże, pacjenci podkreślali stosowanie się do diety i ćwiczeń, monitorowania glikemii i zażywania leków jako jednych z najtrudniejszych aspektów życia z cukrzycą. (26)

Budowanie mostu nad przepaścią: rola pielęgniarki

Jest oczywiste, że istnieją liczne różne bariery do zaistnienia dobrej kontroli glikemicznej. Zalicza się do nich brak wiedzy na temat HbA1c, niestosowanie się do przyjmowania leków, diety i ćwiczeń, oraz ograniczenia lub braki komunikacji między pacjentem a lekarzem. Pielęgniarki są na właściwym miejscu by pokonać te bariery poprzez dostarczanie porad, edukację i wsparcie. Istnieją doniesienia, że pielęgniarki są w lepszej zawodowej pozycji niż lekarze by edukować i dostarczać wsparcia. (28)

Wyniki badania Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) już podkreśliły znaczenie pielęgniarki diabetologicznej, skuteczność podejścia wielodyscyplinarnego i potrzebę edukacji zarówno HCPs jak i pacjentów. Pacjenci z lepszym zrozumieniem ważności dobrej kontroli glikemicznej i ryzyka złej kontroli bardziej prawdopodobnie osiągną wyznaczone poziomy glikemii. W UK w programie zorientowanym na pacjenta, terapię grupową i samokontrolę (X-PERT), pacjenci zapraszani byli do udziału w 6 dwugodzinnych edukacyjnych spotkaniach grupowych na temat samokontroli. (30) Wyniki tej obserwacji wykazały, że po 14 miesiącach grupa X-PERT miała znaczącą poprawę średnich wyników HbA1c w porównaniu z grupą kontrolną. (30)

Podobne badanie przeprowadziło Living-Interactive-New-Distinguished-Activating (LINDA) wprowadzając program edukacyjny wśród pacjentów z 1 i 2 typem cukrzycy. (31) Celem programu było edukowanie pacjentów na temat współczesnych możliwości leczenia; wiedza ta umożliwiła im lepiej kontrolować swoją chorobę. Dla pacjentów z 2 typem cukrzycy kurs składał się z 12 sesji (każda trwała 90-120 minut i podejmowała tematykę samodzielnego monitorowania glikemii i HbA1c) prowadzonej przez pielęgniarki diabetologiczne. Po roku u badanych pacjentów średni poziom HbA1c wynosił 6,2% w porównaniu z grupą kontrolną – 7,0%.

Istnieje ogromna szansa na bezpośrednie zaangażowanie pielęgniarek w edukację pacjentów. Programy edukacyjne prowadzone przez pielęgniarki wykazywały pozytywne wpływ na kontrolę glikemiczną pacjentów. Jedno z ostatnich badań obserwowało rolę pielęgniarek w programie leczenia choroby (DMP). W DMP pielęgniarki wykonywały liczne diagnostyczne i terapeutyczne zadania ale z naciskiem na edukację i promocję samoopieki wśród pacjentów, oraz odgrywały rolę łącznika między szpitalnym endokrynologiem a lekarzem rodzinnym. (27) Wyniki tego badania wykazały, że pacjenci z programu prezentowali znaczącą poprawę poziomów HbA1c. (32)

W innym badaniu wzięło udział 159 pacjentów, którzy pozostawali pod opieką diabetologiczną specjalnie wyszkolonych pielęgniarek i to one były odpowiedzialne za prowadzenie pacjentów w cukrzycy. (33) Badani uczestniczący w programie prowadzonym przez pielęgniarki uzyskali obniżenie poziomów HbA1c o 3,2% w porównaniu do 2,5% u pacjentów pozostających w standardowej opiece prowadzonej przez endokrynologów ($p<0,001$). (33) Powyższe sugeruje, że programy prowadzone przez pielęgniarki mogą być efektywne w promocji dobrej kontroli glikemicznej u pacjentów.

Dwa kolejne badania wykazały, że jakość kontaktu i relacji między pacjentem a pielęgniarką diabetologiczną może mieć ważny wpływ na stosunek do leczenia i kontroli glikemicznej. (34, 35) W obu badaniach wykazano, że u pacjentów, którym umożliwiono regularny telefoniczny kontakt z pielęgniarką dostarczającą wskazówek i informacji o cukrzycy, poprawiły się wyniki kontroli glikemicznej i nastawienie do diety i samodzielnego monitorowania poziomu glukozy we krwi, w porównaniu z grupą kontrolną. (34,35)

Łamanie barier: rola pielęgniarki

Pielęgniarki jako część wielodyscyplinarnego zespołu opieki pełnią różne role. Ich działania są bardzo cenne w dostarczaniu pacjentom edukacji i szkoleń ale mogą mieć również znaczenie w łamaniu niektórych innych barier, by doprowadzić do stanu dobrej kontroli glikemicznej.

Będąc łącznikiem między pacjentem a innymi HCPs i zachęcając do regularnych konsultacji z zespołem terapeutycznym, pielęgniarki mogą promować ważność dobrej kontroli glikemicznej, zwiększyć świadomość HbA1c i zachęcić do regularnego badania HbA1c. Więcej czasu na konsultacje z pielęgniarkami dostarczy pacjentom potrzebnego wsparcia i rad, których potrzebują, by polepszyć nastawienie do leczenia. Pielęgniarki mogą również zaoferować szkolenie z tematyki samodzielnego badania poziomu glukozy i pomóc pacjentom interpretować wartości glikemii, a w ten sposób promować samokontrolę i przejmowanie samodzielności w leczeniu. Te zadania mogą zmniejszyć napięcie odczuwane przez innych HCPs, ale co najważniejsze, szczególny zestaw umiejętności i zdolności pielęgniarek może polepszyć jakość terapii i ostatecznie poprawić kontrolę glikemii u pacjentów z 2 typem cukrzycy.

Wnioski

Dobrze dowiedziono, że zła kontrola glikemiczna jest czynnikiem ryzyka powikłań zależnych od cukrzycy. Mimo, że współczesne wytyczne dają rekomendacje jak najlepiej leczyć cukrzycę, wiadomo, że w wielu diabetologicznych ośrodkach terapeutycznych kontrola glikemiczna jest tylko suboptymalna.

Istnieje kilka potencjalnych barier uniemożliwiających osiągnięcie dobrej kontroli glikemii, wśród nich: brak świadomości znaczenia HbA1c zarówno przez pacjenta jak i HCPs oraz brak czasu na konsultacje dla lekarzy, by rozpowszechniali tę wiedzę. Pielęgniarki, jako część wielodyscyplinarnego zespołu opieki diabetologicznej, są w dobrym miejscu by pomóc likwidować wymienione bariery. Pielęgniarki mogą być łącznikiem między lekarzem a pacjentem oraz mogą świadczyć praktyczne rady i wskazówki oraz potrzebne w przewlekłej chorobie wsparcie. Jednakże, niezwykle ważnym jest, by właściwym szkoleniem i edukacją obejmować wszystkich HCPs i pacjentów. Tylko wtedy pielęgniarki i pozostali członkowie zespołu terapeutycznego mogą razem wypracować najwyższy poziom opieki dla swoich pacjentów z 2 typem cukrzycy, by osiągnąć dobrą kontrolę poziomu glukozy we krwi.

Bibliografia

Dostępna w Redakcji.

Tab. 1. Terapeutyczne cele leczenia cukrzycy

Organizacja	Docelowy poziom		
	HbA1c (%)	FPG mmol/L	PPG mmol/L
American College of Endocrinology /American Association of Clinical Endocrinologists (4)	≤ 6,5	<6,1	<7,8
American Diabetes Association (5)	<7,0	<5,6	<10,0***
Asia Pacific Type 2 Diabetes Policy Group (12)	6,5*	4,4-6,1	4,4-8,0
International Diabetes Federation (6)	≤6,5**	<6,0	<8,0
International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (13)	5,0	Nie określa	Nie określa
National Institute for Health and Clinical Excellence (England and Wales)(7)	6,5-7,5	Nie określa	Nie określa

* definiowany jako optymalny
** definiowany jako niskie ryzyko
*** szczytowy poposiłkowy poziom glukozy w osoczu kapilarnym
HbA1c – hemoglobina glikowana, FPG – glukoza na czczo, PPG – glukoza poposiłkowa

KOMUNIKACJA

POPRAWA EFEKTYWNOŚCI PRACY Z PACJENTEM

9 maja 2009 r. we Wrocławiu odbyły się pierwsze z serii warsztatów psychologicznych, które w ramach nowego, eksperymentalnego progremu zorganizowała firma Abbott pod patronatem naukowym Polskiej Federacji Edukacji w Diabetologii. Program przeznaczony jest dla pielęgniarek diabetologicznych, które chciałyby pogłębić swoje umiejętności komunikacyjne, w celu poprawy efektywności pracy z pacjentem. Zdobyta wiedza świetnie sprawdza się również na co dzień

PROGRAM SPOTKAŃ

1. **Nawiązywanie kontaktu w oparciu o podstawowe założenia NLP**
2. **Zasady prowadzenia rozmowy-wywiadu. Podstawy wywiadu motywującego wg TTM (Transtheoretical Model of intencional human behavior change) DiClemente i Prochaski (1998, 2003)**
3. **Aktywne słuchanie**
4. **Empatyczny odbiór wg teorii PBP Marshalla B. Rosenberga**
   - **a) słuchanie uczuć i potrzeb**
   - **b) różnicowanie komunikatów**
   - **c)parafrazowanie**
   - **d) „zasada lustra"**
   - **e) autoempatia**
5. **Sztuka radzenia sobie w sytuacjach konfliktowych**
   - **a) elementy treningu asertywności**
   - **b) prowadzenie negocjacji**

KOLEJNE SZKOLENIA

Szkolenie będzie odbywać się w tym roku w następujących miastach: Warszawa, Poznań, Olsztyn, Kraków, Katowice, Gdańsk, Łodź, Lublin.

Trener, psycholog, członek sekcji psychologicznej PFED – Ewa Świątnicka – jeszcze raz gorąco dziękuje za udział i wyrozumiałość wszystkim uczestnikom warsztatów we Wrocławiu.

W imieniu Zarządu PFED życzę wszystkim uczestnikom warsztatów z całej Polski sukcesów w ćwiczeniu komunikacji interpersonalnej z drugim człowiekiem oraz nabycie umiejętności w komunikowaniu się w pracy z pacjentem oraz zespołem terapeutycznym.

Trenerowi – Ewie Świątnickiej dziękuję za przyjęcie zaproszenia do prowadzenia warsztatów oraz za autorskie przygotowanie merytoryczne spotkania.
Firmie Abbott dziękuję za zaproszenie PFED do udziału w tej inicjatywie.

Alicja Szewczyk
Przewodnicząca PFED

SAMOKONTROLA GLIKEMII POPOSIŁKOWEJ

– relacja ze spotkania naukowo-szkoleniowego organizowanego przez PFED i Dział Lifescan firmy Johnson&Johnson w Dębe 15-16.05.2009 r.

Podczas dwudniowego spotkania poruszano tematy dotyczące glikemii poposiłkowej. Oto one:

1. **Insulinoterapia ważnym elementem leczenia w kontroli glikemii poposiłkowej.**
2. **Glikemia poposiłkowa –niezależny cel leczenia cukrzycy.**
3. **Odżywianie w cukrzycy ważnym elementem w samokontroli glikemii poposiłkowej.**
4. **Edukacja osób z cukrzycą – korzyści wynikające z kontroli glikemii przed posiłkiem i po posiłku.**
5. **Technologia Meal Memory w systemie One Touch Select do samodzielnego monitorowania glikemii.**

Co to jest glikemia poposiłkowa?

Około połowy życia spędzamy w stanie po posiłkowym (12 godzin dziennie przy 3 posiłkach co 4 godziny). Wiele czynników determinuje glikemie poposiłkową w tym: przyjmowane węglowodany, wydzielana insulina i glukagon i ich wpływ na metabolizm glukozy w organizmie człowieka. Szczytowe wartości glikemii po posiłku zależą od czasu przyjmowania posiłku oraz jego jakości i składu. U zdrowych osób bez cukrzycy szczytowe stężenie glukozy w osoczu ma miejsce około 60 minut po posiłku i nie przekracza 140 mg%, oraz powraca do stanu wyjściowego po 2-3 godzinach.

Dlaczego samokontrola glikemii poposiłkowej jest istotna?

W cukrzycy kontrola metaboliczna nie jest doskonała, dlatego istnieje zjawisko hiperglikemii poposiłkowej – nieprawidłowego stanu, w którym nie udaje się dobrze kontrolować poposiłkowych wzrostów glikemii. Dopóki kryteriów wyrównania glikemii nie przestrzegano zbyt rygorystycznie, glikemia poposiłkowa miała mniejsze znaczenie, a dominowała glikemia na czczo. Zjawisko glikemii poposiłkowej jest niezwykle istotne, ale ciągle bardzo dyskusyjne, ponieważ właśnie glikemia poposiłkowa w dużej mierze odpowiada za rozwój przewlekłych powikłań cukrzycy ale jest bardzo trudno ustalić wystandaryzowane metody pomiaru glikemii poposiłkowej i uzyskać konsensus dotyczący jej optymalnych i dopuszczalnych wartości.

Systemy samokontroli

W zaleceniach IDF wskazuje się na trzy metody pomiaru glikemii poposiłkowej: samokontrolę pacjenta, ciągłe monitorowanie glikemii oraz anhydroglucitol. Dwie ostatnie metody są cenne ale trudno dostępne, pozostaje więc posługiwanie się metodą samokontroli przy użyciu pomiarów z zastosowaniem glukometrów. Pojawienie się systemów do samokontroli uwzględniających dobową zmienność glikemii stanowi istotny postęp w porównaniu z urządzeniami sztywno relacjonującymi pomiar glikemii bez uwzględnienia jego przed- lub poposiłkowego kontekstu. Szczególne znaczenie mają te systemy do samokontroli, które zapewniają też analizę komputerową uzyskanych wyników.

Zarząd i Komisja Rewizyjna PFED z zespołem Lifescan

Dzięki wprowadzeniu do systemu informacji o insulinie, innych sposobach farmakoterapii, wysiłku fizycznym, chorobie, składzie posiłku, poprzez zwrotne informacje można zmodyfikować terapię u osoby z cukrzycą.

Jakie są plusy mierzenia glikemii poposiłkowej?

Dla pacjenta większe znaczenie mogą mieć cele osiągalne natychmiastowo tj. lepsze samopoczucie, przyjemność z jedzenia, wiedza jakie posiłki wybierać, jak przyrządzić posiłek dla całej rodziny. Natomiast motywacją dla pacjenta jest chęć lepszego samopoczucia po posiłkach, chęć czerpania przyjemności z jedzenia, chęć uzyskania informacji jak jedzenie oraz przyjmowana insulina wpływają na poziom glukozy we krwi. Pacjent pragnie mieć większą władzę nad cukrzycą, chce mieć pewność, że dobrze się odżywia oraz pozbyć się poczucia winy, że coś zjadł, chce również mieć w sobie więcej energii. Co jest ważne dla pacjenta? To, że mając cukrzycę wcale nie trzeba rezygnować z jedzenia tego, co najbardziej smakuje, jeśli rozumie się jak wybór wpływa na poziom glukozy we krwi.

Spotkanie naukowe pielęgniarek diabetologicznych

Spotkanie naukowe omawiało bardzo istotny temat, jakim jest glikemia poposiłkowa. Była to także miła okazja do spotkania koleżanek pracujących na co dzień z pacjentami diabetologicznymi oraz możliwość podzielenia się z nimi własnymi osiągnięciami i troskami związanymi z codzienną edukacją pacjentów w zakresie glikemii poposiłkowej.

Serdecznie dziękuję wszystkim uczestnikom szkolenia za aktywność podczas zajęć oraz firmie Johnson&Johnson za pomoc we współorganizowaniu spotkania.

● Alicja Szewczyk
Przewodnicząca PFED

Dla lepszej kontroli

Dzięki technologii Meal Memory zastosowanej w glukometrze One Touch® Select® istnieje możliwość oznaczenia wyniku testu jako wykonanego przed lub po posiłku, a zapamiętane pomiary z pamięci glukometru można odczytać jako wartości pojedyńcze lub średnie przed- i poposiłkowe z ostatnich 7-, 14- i 30 dni.

Analiza powyższych informacji dostepnych w pamięci glukometru One Touch® Select® umożliwia szybkie wykrycie hiperglikemii poposiłkowej i leczenie jej w sposób ukierunkowany, dostosowany do indywidualnych potrzeb pacjenta.

ONETOUCH® Select®

Infolinia: 0801 23 23 23*

* całkowity koszt połączenia jak za jedną jednostkę taryfikacyjną

LIFESCAN
a Johnson & Johnson company

www.lifescan.pl

POZNAĆ POTRZEBY SWOJEGO PACJENTA

Dorota Herbut

Jolanta Czerniak

Wywiad z dr Dorotą Herbut – edukatorem ds. cukrzycy i członkiem Zarządu PFED. Rozmawia mgr Jolanta Czerniak

Samodzielne stanowisko edukatora ds. cukrzycy to rzadkość w polskim systemie ochrony zdrowia. Najczęściej lekarzom przypisane są te zadania, mimo rozwijanej i kształconej funkcji edukacyjnej w systemie kształcenia na kierunku pielęgniarskim. Od kiedy jesteś na tym stanowisku?

Na stanowisku edukatora jestem od 1.06.2007. Wcześniej pracowałam w Klinice Endokrynologii, gdzie również zajmowałam się edukacją pacjentów z cukrzycą ale było to w ramach pracy na stanowisku pielęgniarki odcinkowej.

Jakie jest Twoje doświadczenie i wcześniejsze przygotowanie do tej funkcji?

Jako pielęgniarka pracuję od 1986 roku. Z pacjentami chorymi na cukrzycę mam kontakt od 1989 r. Początkowo edukacja polegała na nauce odmierzania dawki insuliny za pomocą strzykawki i wykonywania wstrzyknięć. Przekazywane informacje dotyczyły też objawów i postępowania w hipoglikemii. Za początek edukacji w swojej pracy uważam rok 1992, kiedy to jedna z firm insulinowych zorganizowała szkolenie dla pielęgniarek, w którym miałam okazję uczestniczyć z koleżanką z kliniki. Spotkałyśmy tam inne pielęgniarki z Polski zajmujące się edukacją. Był to przełom w edukacji pacjentów w naszej klinice, a zarazem moment mobilizacji i uświadomienia sobie, że można i warto zaangażować się w pracę z pacjentami z cukrzycą. Kiedy w 1986 roku ukończyłam studium medyczne i uzyskałam tytuł pielęgniarki dyplomowanej, podjęłam pracę w zawodzie, ale równocześnie sama chciałam się uczyć i rozwijać. Ukończyłam studia magisterskie z pedagogiki na Wydziale Nauk Społecznych na KULu. Skończyłam też Policealne Studium Zawodowe i uzyskałam tytuł technika technologii żywienia człowieka – specjalność: żywienie zbiorowe. Zrobiłam studia licencjackie z pielęgniarstwa na Wydziale Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu na obecnym Uniwersytecie Medycznym. Obecnie na tej samej uczelni ukończyłam Studia Doktoranckie i zdobyłam tytuł doktora. Kurs doskonalący w zakresie żywienia cukrzycy. Kurs dokształcający w zakresie pielęgniarstwa diabetologicznego. Uczestniczyłam też w wielu kursach, szkoleniach i konferencjach związanych z cukrzycą.

Jakie czynniki zdecydowały i kto zadecydował o słuszności powołania takiego stanowiska?

Myślę, że jest to spowodowane potrzebą obecnej sytuacji związanej z cukrzycą, która jest określana mianem „epidemii XXI wieku" i niesie za sobą coraz więcej zachorowań. Pani oddziałowa Jadwiga Muda z Kliniki Endokrynologii, która na co dzień obserwowała pracę w klinice, szczególnie wyraźnie widziała potrzebę prowadzenia szkoleń dla pacjentów z cukrzycą przez odpowiednio do tego przygotowaną osobę, która byłaby odciążona od innych czynności, a zajmowałaby się tylko prowadzeniem różnych form edukacji. Decyzję o ustanowieniu takiego stanowiska podjęła naczelna pielęgniarka SPSK nr 4 pani mgr Dorota Flis.

Pracujesz w największym szpitalu na Lubelszczyźnie …

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 stanowi podstawową bazę do działalności naukowej i dydaktycznej Uniwersytetu Medycznego, a także świadczy usługi diagnostyczno-lecznicze dla pacjentów. Szpital dysponuje 873 łóżkami zgromadzonymi w 22 wysokospecjalistycznych klinikach i oddziałach, w których leczy się rocznie prawie 40 tysięcy pacjentów. W strukturze Szpitala funkcjonuje Poliklinika, skupiająca 26 specjalistycznych poradni, w których rocznie udzielanych jest prawie 150 tyś. porad lekarskich. W Szpitalu realizowane są programy naukowo - badawcze i dydaktyczne oraz programy promocji zdrowia, sprzyjające postępowi w medycynie i poprawie zdrowotności społeczeństwa. Nie ma typowej Kliniki Diabetologii, a pacjenci z cukrzycą leczeni są w Klinice Endokrynologii, która ma 26 łóżek. Na 26 łóżek, średnio jest 10-20 osób z cukrzycą, głównie 2 typu. Są to przeważnie osoby starsze, choć ten typ cukrzycy coraz częściej występuje u ludzi młodych.

A jak wygląda twój przeciętny dzień pracy?

Pracuję w systemie ośmiogodzinnym 7.30-15.05. Etat edukatora podzielony jest na pół etatu w Klinice Endokrynologii i pół etatu w Poliklinice (Ośrodek Edukacji Diabetologicznej). Niestety w klinice nie ma wydzielonego pomieszczenia gdzie można prowadzić edukację. Rozmowy z pacjentami odbywają się na korytarzu lub na salach chorych. W poliklinice godziny edukacyjne dzielone są z godzinami przyjęć Poradni Medycyny Nuklearnej, z którą dzielimy gabinet. W godzinach rannych jestem w poliklinice, gdzie przychodzą umówieni wcześniej pacjenci lub ja wychodzę na umówione zajęcia na oddziałach.
Od godziny 10.00 w Poradni Diabetologicznej zaczynają się przyjęcia pacjentów przez lekarzy. Często podczas wizyty okazuje się, że istnieje pilna potrzeba edukacji pacjenta z powodu np. włączenia do leczenia insuliny czy wymiany glukometru. Od godz. ok. 11.30 przechodzę na oddział. Najpierw muszę zorientować się w stanie pacjentów (typ i czas trwania cukrzycy, stosowane leczenie, umiejętność pomiaru glikemii, obsługi pena, wykonywania wstrzyknięć insuliny, obliczania diety) oraz jakie są możliwości edukacji samego pacjenta czy ewentualne zaangażowanie rodziny. W tym czasie planuję też tematy i osoby z którymi chcę porozmawiać. Zaplanowane działania realizuję po obiedzie od godz. ok. 13.00. Są to szkolenia zbiorowe, grupowe lub indywidualne w zależności od potrzeb. Oczywiście pod koniec pracy uzupełniam dokumentację. W księdze edukacji wpisywane są osoby oraz tematy związane z cukrzycą, które zostały omówione z danym pacjentem.
Pacjenci informowani są także o możliwości dalszej edukacji prowadzonej w poliklinice, z czego korzysta wiele osób. W ramach etatu prowadzona jest też edukacja pacjentów na innych oddziałach. W zależności od potrzeb personel zgłasza telefonicznie takich pacjentów i w zależności od stanu pacjenta, chory przychodzi do polikliniki lub ja idę na oddział ze sprzętem (glukometry, peny) i materiałami edukacyjnymi. Często zamiast pacjenta na zajęcia edukacyjne przychodzi rodzina, która razem mieszka i to ona w pełni będzie odpowiedzialna za sprawowanie opieki nad chorym na cukrzycę członkiem rodziny.

Jakie masz plany na przyszłość?

Skończyłam Studia Doktoranckie na UM w Lublinie i w maju będę bronić pracy doktorskiej. Myślę, że najwyższy czas zrobić przerwę na odpoczynek i regenerację sił, a później chciałabym skupić się na opracowaniu programów edukacyjnych dla pacjentów, testów, materiałów pomocniczych. Marzę o pomieszczeniu, gdzie mogłabym prowadzić edukację i w optymalny sposób wykorzystywać przeznaczony na nią czas.
Chcę też bardziej zaangażować się w pracę PFED. Nawiązałam współpracę z Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej, gdzie planowane są szkolenia dla personelu medycznego z zakresu cukrzycy.

Twoje pasje i marzenia zawodowe?

W związku z moją nauką moje pasje zostały odsunięte na bok, ale myślę że wkrótce znów będę mogła więcej czasu im poświęcić. Bardzo lubię podróże, muzykę, śpiew, taniec. Wieczorami lubiłam robić na drutach, szydełku czy haftować. Interesuję się też bromatologią i filozofią. A moje marzenia zawodowe? Od dawna marzę o otwarciu domu opieki dziennej dla osób z cukrzycą. Coraz więcej jest sytuacji, w których rodzina w związku z pracą zawodową chciałaby na czas pracy zostawiać kogoś pod fachową opieką. Pacjenci mieliby zapewnione wykonywanie pomiarów glikemii, dobór dawek insuliny, jakości i ilości posiłków, spacery i inne zabiegi pielęgnacyjne. Rodzina mogłaby też korzystać z porad żywieniowych i pomocy w rozwiązywaniu różnych problemów związanych z cukrzycą. Myślę, że tego typu placówki są dobrym rozwiązaniem dla osób z cukrzycą i ich rodzin w przyszłości.

Czy widzisz słabe strony naszego zawodu?

Niestety ale muszę przyznać, że jako grupa zawodowa jesteśmy za mało zintegrowane i nie wspieramy się w działaniach. Również nasz zawód nie ma takiego prestiżu jak inne zawody medyczne, czy pielęgniarki europejskie.

Wywodzisz się z mekki polskiego pielęgniarstwa. Lublin zawsze był dla nas z prowincji głównym ośrodkiem kierunków rozwoju pielęgniarstwa, stąd też pokładamy nadzieje na rozwój stanowisk edukatorów ds. cukrzycy jako nowe wyzwanie dla stanowisk pielęgniarek w Polsce.

To prawda. W Lubelskiej Akademii Medycznej 40 lat temu powstał pierwszy w Polsce Wydział Pielęgniarstwa. Jesteśmy więc miastem z tradycjami pielęgniarskimi i warto tę tradycję pielęgnować. Poza tym także w Lublinie została otwarta pierwsza specjalizacja z pielęgniarstwa diabetologicznego, czego również życzę innym ośrodkom.

Serdecznie dziękuję za rozmowę

XIII edycja Ogólnopolskiego Konkursu Plastycznego „pomaluj życie na novo”

Wszystkie osoby z cukrzycą oraz członków ich najbliższych rodzin serdecznie zapraszamy do wzięcia udziału w kolejnej edycji konkursu. Konkurs to wyjątkowa okazja do wyrażenia swoich odczuć, doświadczeń i przemyśleń związanych z chorobą w niecodzienny sposób - artystyczny.

Tematem prac konkursowych jest codzienne życie osób z cukrzycą, a tegoroczne hasło konkursu brzmi:
kolorowe życie z cukrzycą.

Każdy Uczestnik może nadesłać maksymalnie 2 prace wykonane w technikach: malarstwo, rysunek, grafika; format prac: A4-A2 oraz prace wykonane na planszach (papier lub karton) zawierające wskazania, jak żyć z cukrzycą (grafika + tekst), format papieru: A3-A2.
Przygotowane prace należy przesyłać do 30 września 2009 roku na adres Novo Nordisk Pharma Sp. z o.o. z dopiskiem „pomaluj życie na novo” ul. 17 Stycznia 45 B, 02-146 Warszawa. Przed wysyłką prac należy zapoznać się ze szczegółowym regulaminem dostępnym na stronie www.novonordisk.pl lub u organizatorów. Przy ocenie prac pod uwagę brane będą zarówno oryginalne skojarzenia, przydatność przedstawionych faktów i przemyśleń związanych z życiem z cukrzycą, jak i poziom artystyczny. Jury oceni otrzymane prace w trzech kategoriach wiekowych: dzieci do lat 12, młodzież od 12 do 18 lat i dorośli.
Autorzy najlepszych prac otrzymają atrakcyjne nagrody m.in. komputer multimedialny, odtwarzacz DVD, cyfrowy aparat fotograficzny. Autorzy prac wyróżnionych (trzy wyróżnienia w każdej kategorii wiekowej) otrzymają nagrody rzeczowe o wartości od 150 do 300 PLN. Fundatorem nagród jest firma Novo Nordisk. Wszyscy laureaci zostaną zaproszeni na uroczysty finał konkursu, który odbędzie się w siedzibie Akademii Sztuk Pięknych w Warszawie.

Honorowy patronat nad Konkursem sprawuje: Ambasada Królestwa Danii w Polsce, Towarzystwo Przyjaciół Dzieci oraz Polska Federacja Edukacji w Diabetologii. Merytoryczny patronat nad Konkursem sprawuje: Akademia Sztuk Pięknych w Warszawie. Medialny patronat nad Konkursem sprawuje: Diabetyk.
Wydarzenie, którego organizatorem są firma Novo Nordisk, Polskie Stowarzyszenie Diabetyków, Towarzystwo Przyjaciół Dzieci oraz Komitet Przyjaciół Dzieci z Cukrzycą ma na celu uświadomić problem cukrzycy oraz przekonać, że cukrzyca nie przekreśla marzeń i pozwala na normalne życie.
Szczegółowe informacje znajdują się na stronie internetowej www.novonordisk.pl lub u organizatorów.

Andrzej Stania prezydent miasta Rudy Śląskiej

NOWY GABINET STOPY CUKRZYCOWEJ

W dniu 2 marca w Rudzie Śląskiej został oficjalnie otwarty Gabinet Stopy Cukrzycowej. Przecięcia wstęgi dokonali m.in.: poseł na Sejm RP Danuta Pietraszewska, prezydent Miasta Rudy Śląskiej Andrzej Stania oraz Konsultant Krajowy w dziedzinie diabetologii prof. Krzysztof Strojek. Na otwarciu nie zabrakło przedstawiciela Polskiej Federacji Edukacji w Diabetologii, którą reprezentowała Mirosława Młynarczuk. Nowopowstały gabinet jest jednostką innowacyjną, w skład którego wchodzi gabinet masażu, fizjoterapii, pokój zabiegowy, diagnostyczny oraz multimedialna sala do edukacji pacjentów

Ideą tego przedsięwzięcia jest stworzenie kompleksowej opieki nad pacjentem z cukrzycą zagrożonym stopą cukrzycową w postaci zabiegów medycznej pielęgnacji stóp, rehabilitacji z naciskiem na kinezyterapię naczyniową oraz profesjonalną edukację pacjentów.

Edukacja terapeutyczna kierowana do przewlekle chorego pacjenta z cukrzycą jest podstawą działalności gabinetu, dlatego stworzono w nim sprzyjające warunki do edukacji grupowej dla 12 osób, jak również do edukacji indywidualnej z pełnym wachlarzem środków dydaktycznych dla uzyskania jak najlepszego komfortu edukowanych pacjentów. Mamy nadzieję, że takie warunki do pracy edukacyjnej przyniosą pozytywne efekty i pozwolą naszym pacjentom swobodnie pozyskiwać i wykorzystywać zdobytą wiedzę. W maju ruszają pierwsze spotkania edukacyjne dla pacjentów w następujących tematach: „Zapobieganie stopie cukrzycowej – samokontrola i samopielęgnacja skóry stóp i paznokci" oraz „Wpływ aktywności fizycznej na wyrównanie cukrzycy". Programy te przeznaczone są dla chorych z cukrzycą z terenu Miasta Rudy Śląskiej. Jedna sesja edukacyjna zorganizowana jest w formie wykładu i warsztatów, które pozwolą pacjentom uzyskać umiejętności niezbędne do poprawy aktualnego stanu zdrowia.

Duży nacisk na edukację pacjentów spowodowany jest współpracą z Polską Federacją Edukacji w Diabetologii, dzięki której mamy wsparcie merytoryczne oraz dostęp do wspaniałych materiałów dydaktycznych dla pacjentów z cukrzycą, za które na łamach Magazynu Edukacyjnego PFED bardzo dziękujemy Przewodniczącej Stowarzyszenia Alicji Szewczyk.

Działalność gabinetu stawia na profilaktykę stopy cukrzycowej, która jak wiadomo zbyt późno zdiagnozowana prowadzi do amputacji. Dlatego kierując się dobrem pacjenta powstał projekt utworzenia gabinetu stopy cukrzycowej opary, zarówno na profilaktyce, edukacji jak i leczeniu stopy cukrzycowej. Działalność ta została poparta przez konsultanta krajowego w dziedzinie diabetologii oraz uzyskała poparcie Prezydenta Miasta, który zaakceptował koncepcję stworzenia programu profilaktyki stopy cukrzycowej na terenie Miasta Rudy Śląskiej. Uruchomienie gabinetu nie było łatwe ze względu na brak podobnych punktów działalności o takim charakterze, ale myślimy że inicjatywa ta będzie początkiem rozwoju gabinetów stopy cukrzycowej w Polsce. Placówka działa samodzielnie i obecnie nie posiada kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Gabinet Stopy Cukrzycowej w Rudzie Śląskiej powstał z inicjatywy pielęgniarki mgr Justyny Kapuściok oraz mgr fizjoterapii Wioletty Muskietorz, a jego siedzibą jest Pro-Medical S.C. Ruda Śląska ul. Niedurnego 50 D. Recepcja (032) 244 28 89.

Mgr Wioletta Muskietorz, prof. Krzysztof Strojek, mgr Justyna Kapuściok

BAYER

CONTOUR TS™

Z PRZEŁOMOWĄ TECHNOLOGIĄ

NO CODING™

WIĘCEJ NA

www.nocoding.pl

simplewins™ prostezwycięstwa

BAYER Bayer HealthCare Diabetes Care