

MICHAŁ JĘDRZEJEK, JOANNA SARBINOWSKA

Warsztaty edukacyjne dla pacjentów chorych na cukrzycę – między teorią a praktyką promocji zdrowia

Educational Workshop for Patients with Diabetes – Between Theory and Practice of Health Promotion

SKN Aktywizacji Społeczeństwa na Rzecz Zdrowia oraz Promocji Zdrowia, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Streszczenie

Obecnie główną przyczyną zgonów ludności są choroby o charakterze przewlekłym, w tym m.in. cukrzyca. Stanowią one istotny problem medyczny, społeczny oraz ekonomiczny. Działania promocji zdrowia w obszarze prewencji oraz leczenia cukrzycy można analizować z perspektywy sektora zdrowia publicznego, medycyny oraz pacjenta. Szacuje się, że na cukrzycę choruje obecnie ok. 5–7% populacji światowej, a według prognoz WHO w ciągu ok. 30 lat liczba zachorowań podwoi się. Ze względu na sytuację epidemiologiczną oraz poważne następstwa cukrzycy dla ludności, opanowanie zwiększania się liczby zachorowań na cukrzycę należy traktować jako wyzwanie dla zdrowia publicznego, ale także przedstawicieli ochrony zdrowia, gdyż ta nieleczona lub źle kontrolowana choroba prowadzi do rozwoju poważnych powikłań, wpływa negatywnie na jakość życia pacjentów oraz może powodować stan zagrożenia życia. Cukrzyca jest jednak największym wyzwaniem dla samego pacjenta, ingeruje bowiem we wszystkie dziedziny jego życia. Należy zaznaczyć, iż w procesie leczenia czynny udział chorego jest niezbędny. Pacjent jest zobligowany do przestrzegania zaleceń lekarskich odnośnie do diety oraz aktywności fizycznej, a także do sumiennego prowadzenia samokontroli. W odpowiedzi na potrzebę interwencji w obszarze prewencji/leczenia cukrzycy są wdrażane konkretne projekty promocji zdrowia, m.in. w formie warsztatów edukacyjnych dla pacjentów. Niezbędne jest dokładne opracowanie takich elementów strukturalnych projektu, jak: diagnoza potrzeb i oczekiwań pacjentów, wyznaczenie celów, dokładny plan działania, realizacja warsztatów oraz ewaluacja projektu. Organizacji takich warsztatów podjęli się członkowie SKN Aktywizacji Społeczeństwa na Rzecz Zdrowia oraz Promocji Zdrowia. Celem nadrzędnym przygotowanych w 2011/2012 r. „Warsztatów edukacyjnych dla pacjentów chorych na cukrzycę” było przekazanie chorym wiedzy i umiejętności, służących skutecznej kontroli choroby oraz poprawie jakości ich życia (**Piel. Zdr. Publ. 2012, 2, 3, 213–220**).

Słowa kluczowe: cukrzyca, promocja zdrowia, jakość życia.

Abstract

Today, the main cause of people's death are chronic diseases, e.g. diabetes. They make the significant medical, social and economic problem. Interventions of health promotion within the area of prevention and treatment of diabetes might be analysed from the perspective of public health, medicine and as well as a patient. It is estimated, that ca. 5–7% of global population live with diabetes, and according to the WHO, the number of people with diabetes will be doubled during the next 30 years. Due to epidemiological situation and grave consequences for population, controlling the increase in incidence should be taken like challenge not only for public health, but also for representatives of medical care, because untreated or incorrectly treated diabetes leads to serious complications, influences negatively quality of life and may result in direct risk to the patient's life. However, the biggest challenge diabetes makes for the very patients, because it interferes with all domains of their lives. It is worth saying that patient's active participation is necessary during the treatment. Patients are obligated to compliance (diet, physical activity, drugs, self-management). The programs of health promotion are implemented in response to requirement of interventions within the area of prevention/treatment of diabetes, e.g. in a form of educational workshop for patients. It is necessary to prepare the following structural elements of project: diagnosis of patient's needs and expectations, setting the aims, making the detailed plan of operation, the realisation of workshop and

project's evaluation. The challenge of organisation of educational workshop has been taken up by members of Student's Scientific Society of Activation of Society for Health and Health Promotion. The main aim of organised in 2011/2012 "Educational workshop for patients with diabetes" was providing the diabetes patients with necessary knowledge and skills for effective self-management and their quality of life improvement (**Piel. Zdr. Publ.** 2012, 2, 3, 213–220).

Key words: diabetes, health promotion, quality of life.

Jednym z priorytetów promocji zdrowia jest multidyscyplinarność oraz wielosektorowość działań. Promocja zdrowia stwarza możliwość dialogu oraz współpracy przedstawicieli środowiska medycznego – lekarzy i pielęgniarek, osób zajmujących się zdrowiem publicznym oraz przedstawicieli środowiska nauk społecznych – psychologów i socjologów. Dzięki współpracy specjalistów z wielu dziedzin, działania w obszarze promocji zdrowia zyskują wymiar wielopłaszczyznowy oraz holistycznie obejmują problemy związane ze zdrowiem i chorobą nie tylko w odniesieniu do jednostki, ale także w skali całego społeczeństwa. Działania koncentrują się zarówno na populacji osób zdrowych, jak i chorych, mają na celu podniesienie stanu zdrowia społeczeństwa oraz jakości życia pacjentów. Promocja zdrowia jest dziedziną, w której teoria bezpośrednio łączy się z praktyką.

Poważnym problemem XXI w. są choroby przewlekłe, które są obecnie istotnym problemem medycznym, społecznym oraz ekonomicznym. Z jednej strony powodują poważne konsekwencje zdrowotne, do których należy zaliczyć gwałtowne zwiększenie liczby zachorowań oraz wskaźników umieralności. Z drugiej natomiast strony pojawiają się poważne konsekwencje społeczno-ekonomiczne, takie jak: stale zwiększające się koszty leczenia, pogorszenie jakości życia pacjentów oraz utrudnienie/uniemożliwienie wykonywania ról społecznych. Wśród wspomnianych chorób przewlekłych znajduje się m.in. cukrzyca.

Działania promocji zdrowia w obszarze prewencji oraz leczenia cukrzycy można analizować z perspektywy sektora zdrowia publicznego, systemu ochrony zdrowia oraz ich odbiorcy – pacjenta.

Cukrzyca – wyzwanie dla zdrowia publicznego

Ze względu na niewątpliwą wpływ rozwoju cywilizacji na występowanie cukrzycy oraz jej rozpowszechnienie, schorzenie to zalicza się do chorób cywilizacyjnych oraz społecznych [1]. Szacuje się, że ok. 5–7% populacji światowej choruje na cukrzycę [2] (z czego 90% przypadków na cukrzycę typu 2 [1, 3]), w Polsce natomiast ok. 2 miliony osób [4, 5]. W ostatnich latach liczba chorych na cukrzycę typu 2 stale się zwiększa [5, 6], coraz

częściej wykrywa się też ten typ cukrzycy u osób poniżej 20. r.ż. [6]. Zanotowano również zwiększanie się liczby zachorowań na typ 1 cukrzycy [7]. Paradoksalnie, w miarę poprawy warunków oraz wzrostu poziomu życia, liczba chorych na cukrzycę typu 2 stale się zwiększa [1, 2]. Wszystkie prognozy wskazują, że cukrzyca przybierze w najbliższym czasie rozmiary epidemii [1, 5]: „w roku 2003 cukrzyca dotyczyła 194 milionów osób na świecie. Prognoza WHO przewiduje, że liczba osób chorujących na cukrzycę na wszystkich kontynentach i wśród wszystkich ras osiągnie w 2025 r. 333 miliony. Z tego powodu zwiększy się też liczba osób z powikłaniami cukrzycy” [4].

Ze względu na sytuację epidemiologiczną oraz poważne następstwa cukrzycy dla ludności (społeczne, zdrowotne oraz ekonomiczne), opanowanie zwiększania się liczby zachorowań na cukrzycę należy traktować jako wyzwanie nie tylko dla osób chorych oraz medycyny, ale także dla zdrowia publicznego i organizacji o zasięgu globalnym [4].

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zalicza cukrzycę do grupy tzw. chorób NCD (*noncommunicable diseases* – chorób nieinfekcyjnych), do której należą również: choroba sercowo-naczyniowa, nowotwory oraz przewlekłe choroby płuc [8]. Należy podkreślić, że choroby te stanowią obecnie bardzo poważny problem społeczny oraz zdrowotny, ponieważ obok alarmującego wzrostu częstości ich występowania [5], są także główną przyczyną zgonów: „choroby NCD zabijają więcej ludzi każdego roku, niż wszystkie pozostałe przyczyny zgonów razem wzięte. (...) Z 57 milionów zgonów w roku 2008, 36 milionów (prawie 2/3) było spowodowane NCD” [8].

Traktowanie cukrzycy oraz wyżej wspomnianych chorób jako jedną grupę (choroby NCD) jest w pełni uzasadnione, ponieważ ich występowanie jest związane z szybkim rozwojem gospodarczym oraz zmianą stylu życia społeczeństw, w którym dominują coraz częściej zachowania antyzdrowotne. W związku z tym, choroby te mają wspólną grupę czynników ryzyka. WHO wymienia 4 behawioralne czynniki ryzyka: palenie papierosów, niezdrową dietę, małą aktywność fizyczną oraz szkodliwe spożywanie alkoholu, których występowanie zwiększa z kolei prawdopodobieństwo wystąpienia 4 kluczowych zmian metaboliczno-fizjologicznych ustroju (somatyczne czynniki ryzyka):

podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi, nadwagi/otyłości, hiperglikemii oraz hiperlipidemii [8]. Ukierunkowanie działań zorientowanych na unikanie wyżej wymienionych czynników jest zatem podstawą strategii prewencji tych chorób. Istotne jest, że wymieniane przez WHO czynniki ryzyka, behawioralne oraz somatyczne, będące w głównej mierze odpowiedzialne za rozwój NCD (w tym cukrzycy) mogą podlegać modyfikacji [8], odpowiednio przez zmianę zachowań antyzdrowotnych na prozdrowotne (zmiana stylu życia) oraz przez kontrolę farmakologiczną. Zmiana stylu życia/terapia behawioralna jest jednocześnie fundamentalnym i najskuteczniejszym elementem prewencji/leczenia cukrzycy [5, 6], a także innych chorób przewlekłych, m.in. sercowo-naczyniowej [9, 10]. Wynika z tego, że znacznemu odsetkowi chorób NCD można zapobiec przez ukierunkowanie działań prewencyjnych (interwencje społeczne) na obszar zwalczania/modyfikowania wyżej wymienionych czynników ryzyka, głównie przez zmianę stylu życia. Takie działania pozwalają na opanowanie niebezpiecznego trendu epidemiologicznego nie tylko cukrzycy i chorób z nią związanych, ale także całej grupy chorób NCD [8].

Analizując kolejno powyższe czynniki ryzyka chorób NCD można zauważyć, że interwencja w obszarze prewencji tych chorób jest nie tylko możliwa, ale także ekonomiczna – niegenerująca dużych kosztów [8]. W związku z tym, interwencje ukierunkowane na intensywną zmianę stylu życia społeczeństw mogą być przeprowadzone równie skutecznie w krajach rozwijających się – o stosunkowo małym budżecie, a właśnie w tych krajach obserwuje się największy wpływ czynników ryzyka chorób NCD [8] oraz bardzo dynamiczne zwiększanie się liczby zachorowań, m.in. na cukrzycę [2]. Jest to bardzo istotne, gdyż cukrzyca należy do jednych z najkosztowniejszych i najbardziej obciążających społeczeństwo chorób [4].

Eksperti z WHO twierdzą, że „społeczeństwa są w stanie odwrócić trend epidemiologiczny chorób NCD i osiągnąć sukces, jeżeli stosowne interwencje będą się składać z trzech komponentów: nadzoru, zapobiegania oraz opieki” [8]. Należy pamiętać, że wspomniane interwencje muszą uwzględnić właściwą organizację systemu ochrony zdrowia. Obecna sytuacja epidemiologiczna chorób NCD wymusza orientację systemu zdrowotnego w kierunku chorób przewlekłych. Istotnym elementem tego podejścia jest kontrola tych chorób – nadzór i monitoring. Mówiąc o interwencjach w obszarze prewencji chorób NCD nie należy zapominać o priorytecie promocji zdrowia, jakim jest wszechstronne podejście oraz wielosektorowość działań. Niezwykle ważna jest współpraca wszystkich 3 sektorów życia społecznego: publicz-

negu, prywatnego oraz niezależnego (organizacje pozarządowe). Niezbędny jest także udział polityki państwa oraz zaangażowanie sektorów niezwiązanych bezpośrednio ze zdrowiem [8].

Cukrzyca – wyzwanie dla medycyny

Cukrzyca jest chorobą przewlekłą, zaliczaną do grupy chorób metabolicznych. Charakteryzuje się podwyższonym stężeniem glukozy we krwi (hiperglikemią), spowodowanym wadliwym wydzielaniem lub funkcjonowaniem insuliny [3, 5, 11]. W patogenezie choroby wymienia się zarówno wpływ czynników genetycznych, jak i środowiskowych [5, 6].

Choroba ta niesie za sobą poważne implikacje dla zdrowia – nieleczona lub źle kontrolowana prowadzi do rozwoju poważnych powikłań, które są konsekwencją uszkodzenia naczyń – angiopatii: makroangiopatii (choroby sercowo-naczyniowe: wieńcowa, udar, zespół stopy cukrzycowej) oraz mikroangiopatii (nefro-, retino- i neuropatie) [3, 5, 6, 11]. Należy pamiętać, że rozwijają się one powoli i przez długi czas bezobjawowo, a pojawienie się powikłań u chorych wpływa negatywnie na jakość ich życia oraz nierzadko może stanowić stan zagrożenia życia, ponieważ:

- cukrzyca jest czynnikiem ryzyka rozwoju choroby sercowo-naczyniowej, która jest główną przyczyną zgonów w tej grupie chorych [11];

- jednym z poważnych powikłań cukrzycy jest choroba naczyń mózgowych i udar niedokrwienny mózgu [3];

- u ok. 15% chorych rozwija się zespół stopy cukrzycowej, który w zaawansowanej postaci jest przyczyną amputacji w obrębie kończyny dolnej [3];

- retinopatia, która jest wynikiem zmian naczyniowych umiejscowionych w siatkówce oka „jest najczęstszą przyczyną ślepoty w Europie i Stanach Zjednoczonych. Ryzyko ślepoty zwiększa się z czasem trwania choroby” [5];

- innym narządem narażonym na szkodliwe działanie hiperglikemii są nerki – dochodzi do rozwoju nefropatii, która w zaawansowanym stadium może powodować ich niewydolność [5, 11], co z kolei prowadzi do konieczności leczenia nerkozastępczego. Nefropatia cukrzycowa jest najczęstszą przyczyną dializoterapii w USA oraz niektórych krajach Europy [12].

Warto zaznaczyć, że brak jest obecnie leczenia przyczynowego choroby [1, 13], a głównym zadaniem leczenia objawowego jest poprawa jakości życia pacjentów przez wyrównanie metaboliczne choroby oraz uniknięcie rozwoju powikłań, a w razie ich wystąpienia zmniejszenie ich negatywnych

skutków [13]. Leczenie cukrzycy jest procesem złożonym, obejmującym wiele elementów: dietę, wysiłek fizyczny, doustne leki przeciwcukrzycowe, insulinoterapię, zwalczanie czynników ryzyka choroby sercowo-naczyniowej, leczenie powikłań oraz edukację chorego [11, 13]. Bardzo ważne jest podejście wieloczynnikowe do leczenia cukrzycy typu 2, które jest zdecydowanie skuteczniejsze niż sama kontrola glikemii [2], ale wymaga od pacjenta ścisłej współpracy z lekarzem. Pacjent jednak staje się dobrym partnerem zespołu leczącego tylko wtedy, gdy zyskuje uzasadnioną autonomię w swoich decyzjach leczniczych [14]. Powszechną akceptację zyskał więc model samoopieki [15], który bardzo dobrze sprawdza się w terapii cukrzycy. Model ten zakłada aktywny udział chorego w kontroli swojej choroby i przerzuca na pacjenta część odpowiedzialności za stan swojego zdrowia [2].

Wyzwanie dla przedstawicieli medycyny to uzyskanie wyrównania metabolicznego cukrzycy u pacjentów oraz ograniczenie występowania powikłań przewlekłych choroby.

Cukrzyca – wyzwanie dla pacjenta

Ze względu na wyżej opisany charakter choroby niemożliwa jest stała kontrola cukrzycy w warunkach ambulatoryjnych. Ciężar odpowiedzialności za stan swojego zdrowia oraz przede wszystkim kontrola choroby spoczywa w dużej mierze na pacjencie. Do wymagań samokontroli należą: kontrola glikemii, pomiar glikozurii i acetonurii, kontrola ciśnienia tętniczego krwi, właściwa pielęgnacja stóp oraz utrzymanie prawidłowej masy ciała [1, 5, 6, 16]. Samokontrola wymaga nie raz gruntownych zmian w prowadzonym dotychczas przez pacjenta stylu życia, ale korzyści, które niesie ze sobą są wymierne:

- „demaskowanie podstępności cukrzycy,
- umożliwienie zapanowania nad chorobą,
- pozwolenie na dokładne sprawdzenie efektów leczenia oraz ocenę skuteczności przyjmowanych leków doustnych i/lub insuliny,
- zmniejszenie ryzyka wystąpienia późnych powikłań cukrzycy,
- stworzenie podstaw dialogu między lekarzem a chorym na cukrzycę” [16].

Cukrzyca jest chorobą podstępą – przebiega w sposób skryty, a powikłania rozwijają się powoli i przez dłuższy czas niepostrzeżenie. Dobre samopoczucie pacjenta i brak objawów powikłań zmniejszają jego czujność, dlatego bardzo ważna jest systematycznie prowadzona samokontrola.

Z powodu przewlekłego charakteru choroby cukrzycowej, jej ingerencji we wszystkie dziedziny

życia chorego, postępującej niesprawności i ponoszenia coraz większych kosztów leczenia i opieki, sprzyja ona izolacji społecznej i obniżeniu poczucia własnej wartości wśród pacjentów. Powoduje to zwiększenie zapotrzebowania na wsparcie [17]. Najczęściej jest udzielane przez członków rodziny i ma ono ogromne znaczenie: „Rodzina jako środowisko najbliższe choremu wspomaga profesjonalne działania pracowników medycznych, zapewnia warunki umożliwiające stosowanie zaleceń terapeutycznych w środowisku domowym, stanowi oparcie w sytuacjach trudnych a brak odpowiedniej pomocy ze strony rodziny sprzyja zaniedbaniu leczenia, zaniedbaniom i występowaniu odległych negatywnych powikłań choroby” [17]. Duże znaczenie dla chorego ma również wsparcie udzielane przez personel medyczny (pielęgniarki, lekarza prowadzącego, dietetyka, psychologa). Satysfakcja z relacji lekarz–pacjent wpływa pozytywnie na proces leczenia, a przede wszystkim na przestrzeganie zaleceń lekarskich. Innym źródłem wsparcia, mającym również pozytywny wpływ na proces leczenia, mogą być organizacje pozarządowe [2].

Wraz ze zwiększaniem się liczby komplikacji i złożoności wymagań oraz oczekiwań, wśród pacjentów pojawiają się coraz większe problemy z przestrzeganiem zaleceń [2]. Trudności te potwierdzają natomiast i wskazują na konieczność wsparcia edukacyjnego.

W odpowiedzi na potrzebę interwencji w zakresie prewencji/leczenia cukrzycy są wdrażane konkretne projekty promocji zdrowia.

Warsztaty edukacyjne dla pacjentów chorych na cukrzycę – wymiar praktyczny promocji zdrowia

Przygotowanie warsztatów edukacyjnych dla pacjentów chorych na cukrzycę, podobnie jak na inne choroby przewlekłe, jest wyzwaniem dla organizatorów. Należy mieć na uwadze aspekty organizacyjne, techniczne oraz merytoryczne. Podobnie jak większość działań w obszarze promocji zdrowia, organizacja warsztatów edukacyjnych powinna przebiegać zgodnie z takimi elementami strukturalnymi projektu, jak:

- rozpoznanie potrzeb pacjentów. Pierwszym krokiem jest przeprowadzenie wstępnej diagnozy potrzeb i oczekiwań pacjentów, najlepiej wraz ze sprawdzeniem ich poziomu wiedzy. Uzyskane informacje pozwolą na dostosowanie treści oraz for-

my warsztatów względem potrzeb oraz oczekiwań pacjentów;

- wyznaczenie celów. Jasno wyznaczone cele pozwalają na ukierunkowanie dalszego planowania akcji oraz precyzują metodologię przeprowadzanych zajęć. Zwykle formułuje się jeden cel ogólny oraz cele szczegółowe. Wśród celów szczegółowych należy zwrócić uwagę na: cele poznawcze, afektywne oraz behawioralne, które dotyczą odpowiednio: wiedzy, postaw oraz umiejętności odbiorców naszych działań [18]. Formułując tematykę oraz treści edukacyjne warsztatu (zgodnie z wyznaczonymi celami) należy pamiętać o pewnych zasadach: adekwatnym doborze treści, przejrzystości i prostocie przekazu informacji (zasada pogłębienia) oraz stopniowaniu trudności i etapowym przekazywaniu wiedzy [2];

- plan edukacji. Na tym etapie organizacji dobiera się metody i techniki oraz identyfikuje zasoby [18]. Należy pamiętać, że z licznych form szkolenia wykłady są najmniej skuteczne (pacjenci są jedynie biernymi odbiorcami – słuchaczami), zajęcia interaktywne natomiast (grupy dyskusyjne, warsztaty) uznaje się za najbardziej skuteczną formę edukacji [2]. Nie można zapominać również o ćwiczeniach praktycznych, które pozwalają na trening określonych umiejętności praktycznych (niezbędnych w realizacji zadań samokontroli). Trzeba także ustalić preferowany typ edukacji: grupową lub indywidualną – każda ma swoje zalety i ograniczenia [2, 19].

Organizacja warsztatów wymaga także zabezpieczenia następujących zasobów: ludzkich (niezbędne jest odpowiednie przygotowanie merytoryczne edukatorów oraz znajomość metodologii nauczania [2]), materialnych (przygotowanie sali seminaryjnej lub innego pomieszczenia, w którym będą przeprowadzane zajęcia, przygotowanie sprzętu technicznego: projektor, komputer, głośniki oraz pomocy dydaktycznych: plansze, prezentacja multimedialna), a także czasowych [18].

Istotnym elementem jest uzyskanie odpowiedzi na pytanie: jak dotrzeć do pacjentów chorych na cukrzycę? Planując takie warsztaty, należy również liczyć się z wystąpieniem problemów w pewnych grupach chorych: współistnieniem innych chorób, postępującym obniżeniem sprawności psychofizycznej, obecnością powikłań cukrzycy [2, 19];

- przeprowadzenie zajęć: realizacja zaplanowanych i zorganizowanych działań dydaktycznych;
- ewaluacja. Istotnym elementem każdej działalności z zakresu promocji zdrowia, a szczególnie działań edukacyjnych, jest sprawdzenie skuteczności podejmowanych działań. Wyróżnia się ewaluację procesu (sprawdzenie efektywności metodologii zajęć) oraz ewaluację wyników (sprawdzenie realizacji celów) [18].

Opis projektu promocji zdrowia „Warsztaty edukacyjne dla pacjentów chorych na cukrzycę”

W odpowiedzi na potrzebę edukacji pacjentów chorych na cukrzycę, członkowie Studenckiego Koła Naukowego Aktywizacji Społeczeństwa na Rzecz Zdrowia oraz Promocji Zdrowia Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu przygotowali i przeprowadzili projekt promocji zdrowia „Warsztaty edukacyjne dla pacjentów chorych na cukrzycę”, który zawierał następujące elementy:

I. Uzasadnienie celowości. Jak wspomniano wyżej, leczenie cukrzycy jest obecnie procesem złożonym, przebiegającym z wykorzystaniem metod leczenia nefarmakologicznego (dieta, aktywność fizyczna, edukacja) oraz farmakologicznego (doustne leki przeciwcukrzycowe, insulino-terapia) [11, 13]. Istotne jest wieloczynnikowe podejście do leczenia cukrzycy typu 2 [2]. Obecnie promuje się model samoopieki, w którym pacjent aktywnie kontroluje swoją chorobę i realizuje zasady samokontroli. Aby temu sprostać, musi on poznać swoją chorobę oraz nabyć pewne umiejętności [2]. Edukację uznaje się obecnie za element niezbędny do powodzenia leczenia, nie jest to działanie jedynie wspomagające terapię [11]. W celu ułatwienia pacjentom realizacji zaleceń lekarskich i skutecznego prowadzenia samokontroli zostały napisane przewodniki oraz są prowadzone szkolenia edukacyjne. Należy podkreślić, że m.in. ze względu na podstępność przebiegu cukrzycy jednorazowe szkolenie jest niewystarczające. Niezbędne jest stałe powtarzanie spotkań edukacyjnych z pacjentami oraz kontrolowanie ich wyników [11]. Edukacja powinna mieć charakter terapeutyczny [2, 4].

II. Cel warsztatu. Celem nadrzędnym projektu jest poprawa jakości życia chorego, wyrównanie metaboliczne cukrzycy oraz uniknięcie powikłań przewlekłych. Wyznaczono następujące cele ogólne oraz szczegółowe:

1) podniesienie poziomu wiedzy pacjentów na temat ich choroby oraz powikłań cukrzycy:

- wyjaśnienie istoty choroby;
- omówienie leczenia nefarmakologicznego cukrzycy: zapoznanie pacjentów z zasadami oraz zaleceniami dotyczącymi diety, wyjaśnienie znaczenia aktywności fizycznej dla organizmu oraz jej miejsca w terapii cukrzycy;
- omówienie powikłań przewlekłych cukrzycy oraz metod zapobiegania im;
- omówienie najważniejszych czynników ryzyka choroby sercowo-naczyniowej;

- omówienie i zapoznanie pacjentów z zasadami prowadzenia samokontroli;
- omówienie dodatkowych badań laboratoryjnych;

2) kształtowanie zachowań prozdrowotnych oraz właściwych nawyków w chorobie cukrzycowej;

3) trening i doskonalenie określonych umiejętności praktycznych dotyczących samokontroli:

- omówienie zasad pomiaru glikemii;
- omówienie i demonstracja pomiaru glikozurii oraz acetonurii;
- omówienie zasad i ćwiczenia pomiaru ciśnienia tętniczego krwi;
- prezentacja prostych ćwiczeń stopy oraz omówienie zasad pielęgnacji stóp.

III. Grupa docelowa: pacjenci chorzy na cukrzycę typu 2.

IV. Miejsce i czas realizacji: Centrum Edukacji Diabetologicznej we Wrocławiu, cykl dwóch warsztatów.

V. Metody i formy realizacji projektu. Metody wykorzystane w realizacji projektu: prezentacja multimedialna, ćwiczenia praktyczne oraz dyskusja. Forma realizacji projektu: praca w grupach.

VI. Tematyka oraz treści warsztatów:

I warsztat: „Niefarmakologiczne metody leczenia cukrzycy: aktywność fizyczna, dieta”:

- miejsce leczenia niefarmakologicznego w terapii cukrzycy,
- korzyści dla zdrowia płynące z uprawiania regularnej aktywności fizycznej,
- miejsce aktywności fizycznej w leczeniu cukrzycy,
- przeciwwskazania i zagrożenia płynące z uprawiania aktywności fizycznej,
- zalecana aktywność fizyczna,
- podstawowa przemiana materii oraz dzienne zapotrzebowanie na składniki pokarmowe,
- wpływ różnych produktów spożywczych na poziom glikemii,

- wymienniki węglowodanowe,

- indeks glikemiczny,

- przykładowe posiłki.

II warsztat: „Powikłania przewlekłe cukrzycy oraz samokontrola”:

- hiperglikemia i jej skutki dla organizmu,
- powikłania przewlekłe cukrzycy: mikro- i makroangiopatie,
- udar mózgu oraz zawał mięśnia sercowego
- objawy i postępowanie,
- czynniki ryzyka choroby sercowo-naczyniowej,
- zespół stopy cukrzycowej – różnicowanie typu niedokrwienno i neuropatycznego,
- znaczenie prowadzenia samokontroli w terapii cukrzycy,

- glikemia; zasady oznaczenia glikemii, glikozurii, acetonurii,

- zasady pomiaru ciśnienia krwi,

- zasady codziennej pielęgnacji stóp,

- badania dodatkowe wyrównania cukrzycy: Hb1Ac, lipidogram,

- zeszyty samokontroli.

VII. Ewaluacja projektu. Ewaluacja projektu o charakterze ewaluacji wyników polega na porównaniu poziomu wiedzy pacjentów uczestniczących w warsztatach przed rozpoczęciem zajęć oraz po ich zakończeniu z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety. Pytania dotyczą dwóch obszarów: poziomu wiedzy oraz zachowań zdrowotnych w chorobie. Uzyskane wyniki pozwolą odpowiedzieć na następujące pytania:

- jaki jest ogólny poziom wiedzy pacjentów na temat cukrzycy?

- czy poziom wiedzy pacjentów podniósł się po uczestnictwie w warsztatach?

- jakie są zachowania zdrowotne pacjentów chorych na cukrzycę?

Wyniki ewaluacji będą podstawą do ewentualnych zmian treści projektu oraz w zależności od zdiagnozowanych potrzeb do planowania dalszych działań.

VIII. Możliwość kontynuacji projektu. Istnieje możliwość kontynuacji projektu w przyszłych latach oraz rozszerzenia treści, tematyki warsztatów i liczby grup warsztatowych pacjentów.

Omówienie

Jak zauważył George Orwell: „Dobłą rzeczą jest pomagać innym, ale jeszcze lepiej jest uczyć ich, jak mają pomagać sobie sami”. Zaangażowanie pacjentów na rzecz pozytywnej zmiany swoich zachowań powinno być zatem nadrzędnym celem edukacji zdrowotnej we wszystkich chorobach przewlekłych, także w cukrzycy. Stało się ono także jednym z głównych celów „Warsztatów edukacyjnych dla pacjentów chorych na cukrzycę” zorganizowanych przez studentów – członków SKN Aktywizacji Społeczeństwa na Rzecz Zdrowia oraz Promocji Zdrowia Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu.

Z uwagi na przewlekły charakter cukrzycy i przejęcie części odpowiedzialności za stan zdrowia oraz kontroli choroby przez pacjentów, konieczna jest ich aktywizacja – zgodnie z zasadą upodmiotowienia, która jest jednym z priorytetów promocji zdrowia i jednym z najskuteczniejszych narzędzi w działaniach na rzecz budowania prozdrowotnego stylu życia.

Tylko edukacja zdrowotna, przez przekazanie wiedzy, kształtowanie postaw i zachowań zdro-

wotnych, umożliwia pacjentom zdobycie „kompetencji zdrowotnych” niezbędnych do uzyskania autonomii i samodzielności w kontrolowaniu różnorodnych czynników, warunkując zwiększenie potencjału zdrowotnego [15]. Edukacja zdrowotna katalizuje zatem zmiany prowadzące do „autowzmocnienia” jej odbiorców. Jest więc podstawą wszystkich innych metod profilaktyki, a także terapii cukrzycy. Konieczne jest jej wdrażanie i upowszechnianie. Obecnie podkreśla się charakter terapeutyczny edukacji zdrowotnej [2].

Wykorzystaną w czasie realizacji projektu formą pracy z chorymi były warsztaty grupowe. Edukacja grupowa motywuje do nauki, a obecność innych uczestników warsztatów sprzyja bezpośredniej wymianie wiedzy i doświadczeń [2, 19]. Nie należy zapominać, że już sama „obserwacja osób skutecznie radzących sobie z podobnymi problemami korzystnie wpływa na motywację do zmiany zachowań zdrowotnych” [2].

Metoda warsztatowa jest najlepszym sposobem pogłębiania wiedzy uczestniczących w warsztatach pacjentów, ale także studentów – edukatorów, którzy przygotowując się do realizacji warsztatu musieli zdobyć szeroką wiedzę i doświadczenie, aby móc w zależności od potrzeb i wcześniejszego przygotowania uczestniczących w warsztatach pacjentów, modyfikować na bieżąco (*ad hoc*) zaplanowany program warsztatów, prowadzić dyskusję i odpowiadać na pytania.

W planie realizacji warsztatów wykorzystano także ćwiczenia praktyczne (planowanie menu dla diabetyka, kontrola glikozurii z użyciem testu paskowego, ćwiczenia gimnastyczne stosowane w profilaktyce stopy cukrzycowej). Pozwoliły one na rozwinięcie ważnych umiejętności praktycznych u uczestników warsztatów. Przez wzbogacanie przekazywanych w czasie warsztatów edukacyjnych informacji teoretycznych o ćwiczenia praktyczne ukazano celowość zdobywanej wiedzy, co niewątpliwie zwiększyło motywację pacjentów, a przez to skuteczność edukacji zdrowotnej.

Metodą zwiększenia skuteczności działań edukacyjnych, którą warto wykorzystać podczas organizacji kolejnych cykli warsztatów dla chorych na cukrzycę, jest niewątpliwie zaproszenie do udziału w zajęciach także rodzin pacjentów. Wsparcie udzielane chorym przez najbliższe im osoby motywuje ich do zmian w stylu życia, regularnej kontroli choroby i przestrzegania zaleceń lekarskich. Często osoby bliskie chorym w sposób czynny pomagają w kontroli cukrzycy, dlatego ich edukacja jest konieczna.

Przez organizację niniejszych warsztatów autorzy przekazali chorym wiedzę oraz umiejętności – narzędzia, dzięki którym mogą oni budować zdrowotny styl życia, świadomie zmieniać zachowania zdrowotne, bo celem terapii cukrzycy jest nie tylko uzyskanie normoglikemii, ale przede wszystkim poprawa jakości i długości życia pacjentów.

Piśmiennictwo

- [1] **Adamiec R.:** Cukrzyca. Monografia dla studentów medycyny i lekarzy. Akademia Medyczna we Wrocławiu, Wrocław 1998.
- [2] **Sieradzki J.:** Cukrzyca. Tom I i II. Via Medica, Gdańsk 2006.
- [3] **Endokrynologia. Cukrzyca.** [W:] Medycyna wewnętrzna. Red.: Herold G. [tłum.] Duława J. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, wyd. IV, 843–860.
- [4] **Czech A., Tatoń J.:** Cukrzyca. Wyd. Elamed, Katowice 2009.
- [5] **Jarosz M., Kłosiewicz-Latoszek L.:** Cukrzyca. Zapobieganie i leczenie. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
- [6] **Colwell J. [tłum.], Czech A., Tatoń J.:** Cukrzyca. Nowe ujęcie diagnostyki i leczenia. Wyd. Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2004.
- [7] **Symonides-Ławecka A.:** Cukrzyca u dzieci. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2000.
- [8] **Alwan A.:** Global status report on noncommunicable diseases 2010. World Health Organization 2011.
- [9] **Szczeklik A., Tendera A.:** Kardiologia. Podręcznik oparty na zasadach EBM. Tom I. Med. Prakt., Kraków 2009.
- [10] **Camm A.J., Lüscher T.F., Serruys P.W.:** Choroby serca i naczyń. Podręcznik Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Tom I. Wyd. Termedia, Poznań 2006.
- [11] **Sieradzki J., Płaczekiewicz-Jankowska E.:** Zaburzenia gospodarki węglowodanowej. [W:] Choroby wewnętrzne. Red.: Szczeklik A., Gajewski P. Med. Prakt., Kraków 2010, wyd. 2, 662–694.
- [12] **Zahorska-Markiewicz B., Małeczka-Tendera E.:** Patofizjologia kliniczna dla studentów medycyny. VOLUMED, Wrocław 2001.
- [13] **Radziszowski J.:** Co to za choroba? Poradnik dla chorych na cukrzycę, leczonych insulinami ludzkimi i/lub doustnym lekiem przeciwcukrzycowym. MediSoftPress, Kraków 2009.
- [14] **Tatoń J.:** Cukrzyca. Nauczanie samoopieki. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 1995.
- [15] **Cianciara D.:** Zarys współczesnej promocji zdrowia. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.
- [16] **Radziszowski J.:** Ilustrowany poradnik samokontroli. Poradnik dla chorych na cukrzycę, leczonych insulinami ludzkimi i/lub doustnym lekiem przeciwcukrzycowym. MediSoftPress, Kraków 2009.
- [17] **Abramczyk A., Prusek W.:** Zapotrzebowanie na wsparcie społeczne wśród pacjentów z cukrzycą. [W:] Cukrzyca. Społeczny problem XXI wieku. Red.: Abramczyk A., Prusek W., Panaszek B. Wrocław 2003, 183–192.

- [18] Metodyka edukacji zdrowotnej. [W:] Edukacja zdrowotna. Red.: Woynarowska B. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2010, 140–173.
- [19] **Bernas M., Szczeklik-Kumala Z.:** Znaczenie edukacji terapeutycznej w leczeniu chorych na cukrzycę. *Przew. Lek.* 2009, 2, 84–89.

Adres do korespondencji:

Michał Jędrzejek
ul. Mikulicza-Radeckiego 7
50-345 Wrocław
tel.: 691 399 392
e-mail: michaljedrzejek@gmail.com

Konflikt interesów: nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 13.08.2012 r.
Po recenzji: 19.09.2012 r.
Zaakceptowano do druku: 10.10.2012 r.

Received: 13.08.2012
Revised: 19.09.2012
Accepted: 10.10.2012