

¹Katedra Chorób Wewnętrznych, Klinika Endokrynologii, Diabetologii i Chorób Wewnętrznych, Wydział Nauk Medycznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego

²Oddział Okulistyki Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie

³Polskie Stowarzyszenie Diabetyków w Olsztynie

Stan edukacji diabetologicznej w województwie warmińsko-mazurskim

The condition of diabetic education in Warmia and Mazury Region

Abstract

Background. The aims of the study were: evaluation of realizing Polish Diabetological Association (PDA) assumptions concerning education; evaluation of the educational needs declared by the diabetic patients; evaluation of the diabetic patients' expectations within the scope of media of communication about diabetes; evaluation of the need of expanding the knowledge about diabetes in society.

Material and methods. Questionnaire survey was conducted in the group of 30 diabetologists and 100 diabetic patients treated by diabetologists and 100 treated by family doctors.

Results. 32% of 30 diabetologists worked with educational nurse. 28% of educational nurses participated in trainings at educational centres. 46% patients were educated once a year, in 72% individual education was run together with the group education. 89% of specialists could see the need of separating funds for education on family doctor level. 72%

patients treated by diabetologists assessed their knowledge about diabetes as good, 50% of them expressed desire for more training, especially about principles of healthy diet and self-management. 11% patients could see themselves as educational team members. Among 100 patients under care of family doctor 19% assessed their knowledge about diabetes as sufficient, 53% expressed interest in widening it. 47% recognized that knowledge about diabetes in society was insufficient. As the source of disseminating the information, the surveyed could see mass media and enter knowledge into school programme.

Conclusions. 1. Education in Poland requires preparing the national program of the education in diabetes. 2. The National Health Fund should separate special funds for the diabetes education at diabetes clinics and family doctor clinics.

Diabet Dośw Klin 2010; 10, 2: 72–80

key words: diabetes, therapeutic education, therapeutic team

Wstęp

Cukrzyca jest jednym z głównych i wciąż narastających problemów zdrowotnych w Polsce i na świecie [1]. Jako choroba przewlekła i nieuleczalna wiąże się z wieloma ujemnymi zjawiskami wynikającymi z rozwoju cięż-

kiego stopnia powikłań naczyniowych. Prawidłowo zaplanowana i prowadzona terapia pozwala w istotny sposób zmniejszyć ryzyko groźnych następstw choroby, będących przyczyną zwiększonej śmiertelności [2–5]. Nadrzędnymi celami leczenia cukrzycy są poprawa jakości i przedłużenie oczekiwanej długości życia do wartości zbliżonej dla danej populacji [6, 7].

Nowoczesne leczenie cukrzycy przekracza dotychczasowe ramy tradycyjnego rozumienia chorób przewlekłych. Terapia cukrzycy, rozpoczynająca się odpowiednio wcześnie, obejmuje wczesną i skuteczną profilaktykę, rozpoznawanie czynników ryzyka, szczególnie ich monitorowanie oraz edukację. Leczenie cukrzycy odbywa się wielokierunkowo. Jak każda choroba przewlekła wymaga współpracy pacjenta i lekarza. Ta współpraca jest najbardziej owocna, gdy chory uczestniczy w procesie leczenia. Drogą wiodącą do zaangaż-

Adres do korespondencji:
prof. dr hab. n. med. Elżbieta Bandurska-Stankiewicz
Katedra Chorób Wewnętrznych, Klinika Endokrynologii,
Diabetologii i Chorób Wewnętrznych
Wydział Nauk Medycznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego
ul. Żołnierska 18, 10–561 Olsztyn
tel./faks: (89) 538 62 66
e-mail: elbandurska@uninet.pl



Diabetologia Doświadczalna i Kliniczna 2010, 10, 2: 72–80
Copyright © 2010 Via Medica, ISSN 1643–3165

żowania chorego i świadomego współuczestniczenia w leczeniu cukrzycy jest edukacja terapeutyczna, która jest stałym, integralnym i niezbędnym składnikiem postępowania terapeutycznego. Jej celem jest przekazanie choremu wiedzy na temat cukrzycy i jej leczenia, zasad monitorowania, profilaktyki, rozpoznawania, a także leczenia ostrych i przewlekłych powikłań. Efektem tak prowadzonego procesu terapeutycznego jest przejście przez pacjenta odpowiedzialności za leczenie swojej choroby, podejmowanie odpowiednich decyzji terapeutycznych. Pacjent pozostający w centrum szeroko pojętego zespołu terapeutycznego powinien znajdować pomoc zarówno w zakresie korygowania błędów, uzupełniania wiedzy, jak i w aspekcie umacniania i potęgowania motywacji [8–10]. W przypadku ostatniego z wymienionych zakresów jest szczególnie dużo do zrobienia. Niedoskonałości metod edukacyjnych oraz zmieniające się realia życia skłaniają nas do oceny dotychczas stosowanych i dalszych poszukiwań bardziej skutecznych programów.

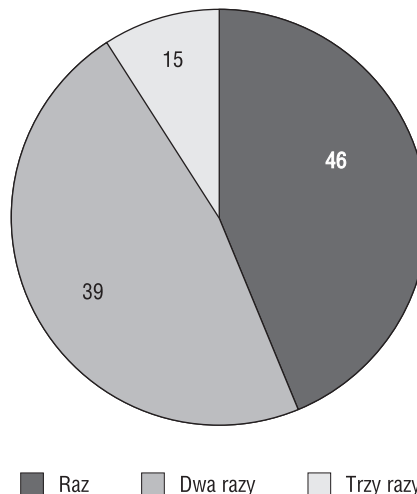
Celami niniejszej pracy były:

1. Ocena realizacji założeń Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, określającego skład specjalistycznego zespołu leczącego chorych na cukrzycę;
2. Ocena potrzeb edukacyjnych deklarowanych przez chorych na cukrzycę na poziomie opieki podstawowej i specjalistycznej;
3. Ocena oczekiwań chorych na cukrzycę w zakresie nośników informacji o cukrzycy;
4. Ocena konieczności poszerzenia wiedzy społeczeństwa na temat cukrzycy.

Materiał i metody

Badanie przeprowadzono w 2009 roku w województwie warmińsko-mazurskim w 3 grupach: specjalistów diabetologów, chorych na cukrzycę, będących pod opieką Wojewódzkiej Poradni Diabetologicznej w Olsztynie, oraz chorych na cukrzycę leczonych w poradniach lekarza rodzinnego. W badaniach uczestniczyli stali mieszkańcy województwa warmińsko-mazurskiego.

Na potrzeby badania opracowano trzy ankiety. Ankieta 1 (załącznik 1) była przeznaczona dla lekarzy diabetologów. Ankiety 2 i 3 (załącznik 2 i 3) wypełniali chorzy na cukrzycę, odpowiednio — będący pod opieką Wojewódzkiej Poradni Diabetologicznej oraz pozostający pod opieką lekarza rodzinnego. Ankieta 1 zawierała pytania oceniające skład zespołu edukacyjnego współpracującego z diabetologiem, częstość oraz modele przeprowadzanej edukacji. W ankiecie zawarto również pytanie o potrzebę wyodrębnienia przez NFZ środków na edukację na poziomie lekarza rodzinnego. Badaniem objęto ponadto chorych leczonych w Wojewódzkiej



Rycina 1. Częstość edukacji przeprowadzanej przez specjalistów-diabetologów w województwie warmińsko-mazurskim

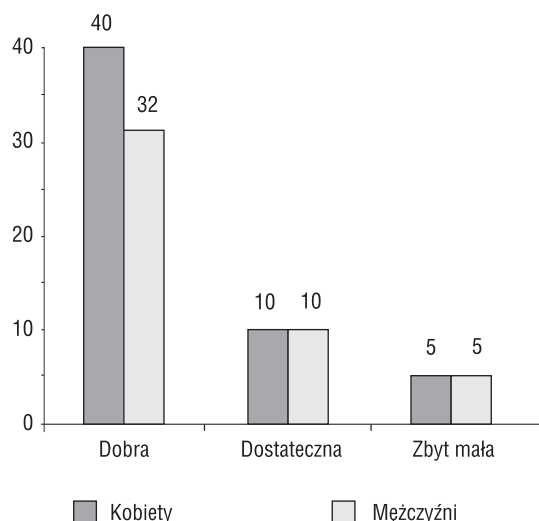
Figure 1. The frequency of education provided by diabetologists in Warmia and Mazury Region

Poradni Diabetologicznej w Olsztynie oraz chorych pozostających pod opieką lekarzy rodzinnych. Byli to pacjenci kolejno zgłaszający się do ambulatorium, którzy po wyrażeniu ustnej zgody wypełniali ankietę (odpowiednio 2 i 3). Ankieta 2 oceniała deklarowane potrzeby chorych na cukrzycę: preferowane modele szkolenia, zakres wiedzy wymagający poszerzenia, przynależność do Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków (PSD). Ankieta 3 zawierała pytania oceniające popularyzację wiedzy na temat cukrzycy w społeczeństwie, w tym również na poziomie szkół podstawowych, gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych. Respondentów pytano o najbardziej optymalne nośniki informacji o cukrzycy w społeczeństwie oraz o ocenę własnej wiedzy na temat cukrzycy. Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej.

Wyniki

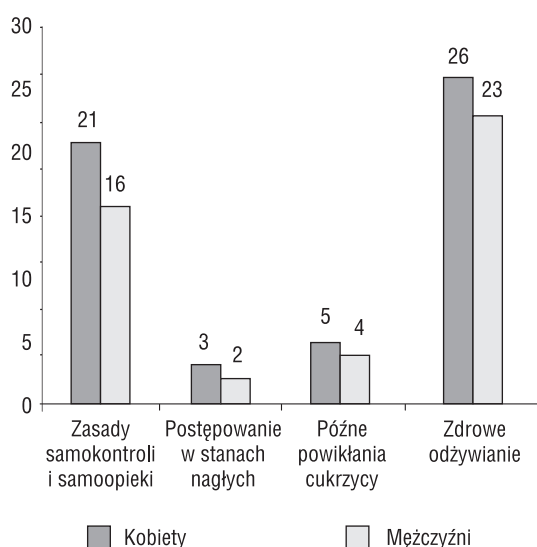
Ankiety 1 wypełniło 30 specjalistów-diabetologów z województwa warmińsko-mazurskiego. Wśród ankietowanych 32% diabetologów pracowało regularnie z pielęgniarką edukacyjną. Z wykwalifikowanym dietetykiem współpracowało 8% respondentów. Psycholog był członkiem zespołu edukacyjnego u 5% specjalistów. W szkoleniach w ośrodkach edukacyjnych uczestniczyło 28% pielęgniarek zatrudnionych w poradniach diabetologicznych.

Jak przedstawiono na rycinie 1, 46% diabetologów edukowało chorych na cukrzycę raz w roku, u 15% edukacja odbywała się 3 razy w roku. W 50% przypadków w wizytach diabetologicznych uczestniczyli członkowie rodziny chorego. Korzystanie z broszur edukacyjnych firm farmaceutycznych deklarowało 100% specjalistów.



Rycina 2. Ocena stanu wiedzy na temat cukrzycy i sposobów jej leczenia u chorych z Wojewódzkiej Poradni Diabetologicznej w Olsztynie

Figure 2. The estimation of knowledge about diabetes and its treatment among patients treated in Diabetic Outpatient Clinic in Olsztyn

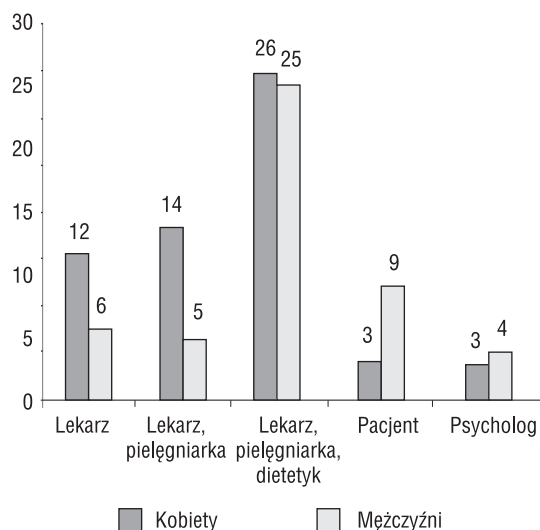


Rycina 3. Preferowane tematy edukacji wybrane przez chorych leczonych w Wojewódzkiej Poradni Diabetologicznej w Olsztynie

Figure 3. Preferable education topics chosen by patients treated in Diabetic Outpatient Clinic in Olsztyn

Aż 89% specjalistów widziało potrzebę wyodrębnienia funduszy na edukację chorych na cukrzycę przez NFZ na poziomie lekarza rodzinnego, sugerując edukację indywidualną i grupową (łącznie 75% badanych). Edukację indywidualną preferowało 23% respondentów, a grupową — 5%.

Ankiety 2 przeprowadzono wśród 100 chorych na cukrzycę leczonych w Wojewódzkiej Specjalistycznej Poradni Diabetologicznej w Olsztynie. Wyniki opraco-



Rycina 4. Preferowany skład zespołu edukacyjnego wybrany przez chorych leczonych w Wojewódzkiej Poradni Diabetologicznej w Olsztynie (możliwość kilku odpowiedzi)

Figure 4. Preferable composition of education team chosen by patients treated in Diabetic Outpatient Clinic in Olsztyn (possible few answers)

wanych ankiet wykazały, że 40% kobiet i 32% mężczyzn ocenia swoją wiedzę na temat cukrzycy i jej leczenia jako dobrą, 10% kobiet i tyle samo mężczyzn deklaruje dostateczny stopień wiedzy, a tylko odpowiednio 5% i 3% swoją wiedzę ocenia jako zbyt małą (ryc. 2).

Chęć uczestniczenia w dodatkowych szkoleniach wyrażała 50% chorych (26% kobiet i 24% mężczyzn). Największym zainteresowaniem cieszyło się szkolenie indywidualne (32% kobiet i 30% mężczyzn). Chęć uczestnictwa w szkoleniach grupowych deklarowało 21% kobiet i 12% mężczyzn.

Jak wynika z ryciny 3, tematy, którymi byli zainteresowani respondenci, to zasady zdrowego odżywiania, samokontroli i samoopieki. Chęć zdobycia wiedzy na temat późnych powikłań cukrzycy oraz postępowania w hipo- i hiperglikemii deklarowało niespełna 5% ankietowanych. Według 26% kobiet i 25% mężczyzn zespół edukacyjny powinien się składać z lekarza, pielęgniarki i dietetyka. W roli edukatora widziało siebie 3% kobiet i 9% mężczyzn (ryc. 4).

Dodatkowymi źródłami wiedzy na temat cukrzycy były wśród chorych książki (23% kobiet i 19% mężczyzn), czasopisma (odpowiednio 20% i 13%), internet (odpowiednio 8% i 11%) oraz ulotki (odpowiednio 4% i 2%). Legitymację PSD posiadało 21% ankietowanych (9% kobiet i 12% mężczyzn)

Ankiety 3 przeprowadzono wśród 100 chorych leczonych w poradniach lekarza rodzinnego. Na rycinie 5 pokazano ocenę dostępności informacji na temat cukrzycy w mediach. Wiedzę społeczeństwa na temat cukrzycy oraz jej dostępność za niewystarczającą uznało



Rycina 5. Zakres wiedzy na temat cukrzycy przekazywanej w ogólnie dostępnych mediach oceniany przez chorych na cukrzycę leczonych w poradniach lekarza rodzinnego

Figure 5. The knowledge about diabetes accessible in mass media estimated by diabetic patients being under care of a family doctor

47% respondentów. Ofertę rynku wydawniczego jako zadowalającą oceniło 55% respondentów. Potrzebę organizowania w poradniach diabetologicznych stanowisk z materiałami edukacyjnymi widziało 77% ankietowanych.

Ankietowani wybrali preferowane formy przekazywania wiedzy na temat cukrzycy: programy telewizyjne (14%), radiowe (15%), artykuły w prasie (17%), pogadanki w szkołach (20%) i zakładach pracy (15%), broszury dostępne w aptekach (19%). Aż 98% respondentów widziało potrzebę prowadzenia w szkołach lekcji dotyczących chorób cywilizacyjnych, w tym cukrzycy.

Chorzy oceniali swoją wiedzę na temat cukrzycy jako wystarczającą w 19%, niewystarczającą w 18%; 53% ankietowanych wyraziło zainteresowanie poszerzeniem informacji na temat choroby, podczas gdy 10% nie widziało takiej potrzeby.

Dyskusja

Edukacja terapeutyczna ma ponad 100-letnią historię. W 1918 roku dr Joslin opublikował pierwszy obszerny podręcznik dla lekarza i pacjenta zatytułowany *A diabetic manual for doctors and patients*. Oficjalnie edukacja stała się składową kompleksowego leczenia cukrzycy w 1972 roku. Był to rok opublikowania wyników badań potwierdzających pozytywne efekty edukacji jako składowej modelu terapeutycznego, przekładające się na dłuższe i bezpieczniejsze życie chorych [1–13]. W 1973 roku powstało Amerykańskie Stowarzyszenie Edukatorów Diabetologicznych (AAED, *American Association of Diabetes Educators*) [14]. W 1977 roku w czasie zjazdu Europejskiego Towarzystwa Badań nad Cukrzycą (EASD, *European Association for the Study of Diabetes*) w Genewie miał miejsce dzień poświęcony edukacji chorych na cukrzycę. Było to wydarzenie, któ-

re zaowocowało powstaniem w 1979 roku grupy edukacyjnej Zespołów do Spraw Nauczania Cukrzycy (DESG, *Diabetes Education Study Group*), będącej sekcją EASD. Celem stowarzyszenia była pomoc pracownikom służby zdrowia, mająca na celu z jednej strony uświadomienie znaczenia edukacji pacjenta jako narzędzia terapeutycznego, z drugiej zaś — analizę potrzeb i trudności doświadczanych przez zespół terapeutyczny w trakcie nauki chorych na cukrzycę [15]. Obecnie edukacja jest powszechnie uznawana za równoprawną metodę leczenia nie tylko cukrzycy, ale także każdej choroby przewlekłej.

Przeprowadzone badanie miało na celu spojrzenie na edukację w Polsce z dwóch stron — diabetologa realizującego świadczenia medyczne oraz osób będących podmiotami tych działań.

Czas wizyty chorego w poradni diabetologicznej jest zróżnicowany w zależności od oddziału NFZ. Ograniczenie wizyty chorego w poradni do wizyty lekarskiej nie zawsze jest wystarczające do przekazania niezbędnych danych o chorobie oraz weryfikacji zapamiętanych informacji. Zgodnie z zaleceniami PTD edukacja wstępna chorego leczonego dietą i preparatami doustnymi powinna wynosić 5 godzin, a w przypadku leczenia insuliną około 9 godzin. Edukację należy kontynuować, przeznaczając na nią łącznie w ciągu roku 5–9 godzin u chorych na cukrzycę typu 2 i 7–14 godzin w przypadku chorych na cukrzycę typu 1 [8]. Podzielenie kompetencji w zakresie edukacji między lekarza, pielęgniarkę i dietetyka pozwala na poświęcenie choremu odpowiedniej liczby godzin oraz indywidualne dostosowanie przekazu. Pomoc psychologa jest niezbędna na każdym etapie choroby. Pozwala na naukę radzenia sobie ze stresem, na przejście przez naturalnie występujące okresy buntu i braku akceptacji choroby. Fakt odnotowania w ankietach, przeprowadzonych wśród diabetologów,

niewielkiego udziału zespołu edukacyjnego (lekarz, pielęgniarka edukacyjna, dietetyk, psycholog) w procesie leczenia nie wynika z braku wiedzy specjalistów na temat standardów leczenia chorych na cukrzycę, ani o korzyściach płynących z szeroko pojętej edukacji chorego, ale z nierealnych wymagań NFZ dotyczących poradni diabetologicznych. Jedynie 32% ankietowanych diabetologów ma możliwość regularnej współpracy z pielęgniarką edukacyjną. W systematycznie powtarzanych szkoleniach w ośrodkach edukacyjnych uczestniczyło zaledwie 28% pielęgniarek. Brak możliwości podnoszenia kwalifikacji przez pielęgniarkę w akredytowanych ośrodkach nie pozwala na zapewnienie odpowiednio wysokiego poziomu wiedzy o cukrzycy, umiejętności planowania programu zajęć, metodologii prowadzenia edukacji, radzenia sobie z pacjentem przewlekle chorym i jego rodziną. Wiedza ta jest niezbędna wszystkim członkom zespołu terapeutycznego, biorących udział w opiece nad przewlekle chorymi [8, 9, 16–18].

Zaskakująca jest niska liczba ankietowanych diabetologów współpracujących z dietetykiem. Taki wynik jest szczególnie niepokojący wobec faktu, że w poradniach specjalistycznych leczeni są chorzy na cukrzycę typu 1, cukrzycę ciążową i cukrzycę typu 2 ze współistniejącymi ciężkimi powikłaniami narządowymi. Możliwość uzyskania profesjonalnej i powtarzanej wiedzy z zakresu dietetyki w tych grupach chorych zarówno na początku choroby, jak i na każdym kolejnym jej etapie, wydaje się niezbędna. Porady dietetyczne powinny dotyczyć nie tylko chorego, ale również jego rodziny. Edukacja dietetyczna członków rodziny jest niezbędna głównie wśród dzieci i starszych osób, jak również chętnych członków rodziny, chcących brać aktywny udział w procesie leczenia. Coraz częściej w Polsce i w województwie warmińsko-mazurskim chorzy są leczeni za pomocą osobistej pompy insulinowej. Metoda ta wiąże się z koniecznością przekazania choremu szerokiej wiedzy nie tylko o chorobie, ale także z zakresu żywienia. Edukacja dietetyczna w każdym wypadku wymaga powtarzanego przekazu informacji oraz weryfikacji i korekty przyswojonych wiadomości [8].

Leczenie cukrzycy ciążowej oraz przedciążowej wymaga w tym bardzo dynamicznym okresie życia kobiety zmian lub korekty stosowanej dotychczas diety. Zmiana zapotrzebowania energetycznego wraz z rozwojem ciąży oraz wielokrotnie konieczność zmiany dotychczasowego leczenia (w cukrzycy ciążowej) prowadzą do powstawania wielu pytań ze strony pacjentek. Taka sytuacja wymaga powtarzania konsultacji z zakresu diety nie tylko z lekarzem, ale również z doświadczonym dietetykiem.

Obowiązek zatrudnienia dietetyka na minimum 50% czasu pracy poradni diabetologicznej wynika również

z przepisów NFZ dotyczących Kompleksowej Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej (KAOS) nad chorym na cukrzycę. W poradniach diabetologicznych wymogiem jest natomiast zatrudnienie pielęgniarki edukacyjnej na minimum 50% etatu i/lub dietetyka na minimum 25% czasu pracy poradni [19].

Dostępność do porad psychologicznych również budzi zastrzeżenia. Okres rozpoznania choroby oraz naturalne występowanie w przebiegu schorzeń przewlekłych czasu buntu i braku akceptacji choroby wymagają często pomocy psychologa. Nauka radzenia sobie ze stresem pomaga na każdym etapie choroby [20].

Większość lekarzy (46%) edukowała chorych raz w roku, tylko w 15% edukacja odbywała się 3 razy w roku. Takie wyniki wskazują na brak realizacji zaleceń PTD dotyczących standardów edukacyjnych [8]. Edukację indywidualną, według PTD, należy prowadzić przy okazji każdego kontaktu z personelem medycznym. Niezaprzeczną zaletą edukacji indywidualnej jest dostosowanie zakresu wiedzy do aktualnych potrzeb chorego oraz stopnia trudności przekazu do jego indywidualnych możliwości. Należy pamiętać, że edukacja powinna obejmować również otoczenie chorych na cukrzycę — rodzinę, szkołę, zakład pracy. W badanej grupie respondentów tylko w połowie przypadków w wizytach lekarskich uczestniczyli członkowie rodziny chorego [8, 9, 21].

Zdecydowana większość ankietowanych — 89%, widziała potrzebę wyodrębnienia funduszy na edukację przez NFZ na poziomie lekarza rodzinnego. Narodowy Fundusz Zdrowia przeznaczył oddzielne fundusze na opiekę nad chorymi na cukrzycę na poziomie lekarza rodzinnego od 2009 roku. Środki te są przeznaczone między innymi na wykonywanie badań zgodnie z zaleceniami PTD. Jednak obecnie trudno jest ocenić zakres usług i prowadzonej edukacji w zakresie cukrzycy. Zdaniem specjalistów najlepszy efekt przyniosłyby formy łączone edukacji indywidualnej i grupowej. Wśród osób leczonych w poradniach lekarza rodzinnego 47% uważało swoją wiedzę za niewystarczającą, a 53% wyrażało zainteresowanie jej poszerzeniem.

Edukacja na poziomie POZ jest niezbędnym elementem postępowania w chorobach przewlekłych we wszystkich krajach [22]. W publikowanych pracach zwraca się uwagę na niedoskonałości różnych systemów opieki medycznej na całym świecie, niezależnie od zasobności poszczególnych krajów. Nie tylko w Polsce zwraca się uwagę na fakt niewystarczającej liczby pielęgniarek edukacyjnych zatrudnionych w praktykach lekarza rodzinnego, których pomoc jest niezbędna w pracy z przewlekle chorymi na cukrzycę, astmę, niewydolność serca czy depresję. Większość publikowanych zaleceń zwraca uwagę na konieczność edukacji skierowanej do różnych grup chorych [8, 9, 21, 23, 24].

Niezbędne jest zapewnienie jakości edukacji i weryfikacji przekazanych i przyswojonych wiadomości.

Nie można zapominać, że również osoby zajmujące się edukacją wymagają stałego dokształcania i wsparcia w rozwijaniu zdolności komunikacyjnych z chorymi. Wzmacnianie motywacji przewlekle chorego jest zadaniem trudnym, ale dającym wymierne korzyści.

Mówiąc zatem o funduszach przeznaczonych na edukację chorych, należy pamiętać o konieczności dokształcania się osób prowadzących szkolenia. Polskie Towarzystwo Diabetologiczne zwraca również uwagę na wprowadzanie nowych programów edukacyjnych o udokumentowanej skuteczności, potwierdzonej wynikami badań [8, 9].

Zastanawiający fakt pokazały ankiety przeprowadzone wśród chorych leczonych w Wojewódzkiej Poradni Diabetologicznej w Olsztynie. Około połowa respondentów uznała swoją wiedzę na temat cukrzycy za dobrą, a tylko 28% za dostateczną lub zbyt małą. Z kolei tylko 50% wyraziło dalszą chęć poszerzenia swojej wiedzy. Największym zainteresowaniem cieszyły się tematy dotyczące zasad zdrowego odżywiania. Leczenie żywieniowe jest podstawowym elementem leczenia cukrzycy, zyskującym, jak wiadomo, najmniejszą akceptację ze strony chorego. Wobec dużego zainteresowania edukacją dietetyczną niepokój budzi fakt niedostatecznego dostępu do wykwalifikowanego dietetyka w poradniach diabetologicznych. Niezwykle ważnym elementem edukacji jest samokontrola powiązana z możliwością podejmowania samodzielnych decyzji terapeutycznych na różnych poziomach. Stopień zainteresowania tym tematem (ok. 35% respondentów) wydaje się zdecydowanie niewystarczający. Nikły odsetek ankietowanych wyraził zainteresowanie szkoleniami dotyczącymi powikłań cukrzycy, zarówno ostrych, jak i przewlekłych. Trudno uznać stopień zainteresowania powtarzaną edukacją tylko za efekt bardzo dobrej wiedzy i motywacji. Każda choroba przewlekła wymaga bowiem wielokrotnie powtarzanej edukacji, by nie powiełać i nie utrwałać błędów oraz wzmacniać motywację do pokonywania powtarzających się stanów zobojętnienia, rutyny i zniechęcenia [16]. W odpowiedziach ankietowanych zwracały uwagę różne preferencje dotyczące modelu szkoleń. Lekarze diabetolodzy widzieli przewagę w edukacji grupowej, podczas gdy chorzy preferowali edukację indywidualną. Według 50% respondentów zespół edukacyjny powinien się składać z lekarza, pielęgniarki i dietetyka.

W edukacji należy wykorzystywać współczesne technologie [8, 25]. Z internetu korzystało 19% ankietowanych. W XXI wieku można uznać, że jest to podstawowe źródło wiedzy dla osób młodych i aktywnych zawodowo. Możliwość uzyskania licznych informacji na stronach internetowych sprawia, że cukrzycę rozpoznaje często sam chory na podstawie objawów i wyników badań, porównując je z wiadomościami uzyskanymi w sie-

ci. Fora internetowe pozwalają na wymianę informacji i doświadczeń, stając się również elementem edukacji. Edukacja prowadzona w tym wypadku przez osoby chore na cukrzycę ma dodatkowy, wzmacniający aspekt. Fakt osiągnięcia przez chorych założonych celów życiowych, traktowanie siebie bez taryfy ulgowej i radzenie sobie w sytuacjach trudnych jest elementem niezwykle motywującym dla szukających wsparcia. Dostępność komputerowych programów ułatwiających wyliczanie wymienników węglowodanowych i białkowo-tłuszczowych oraz kaloryczności posiłków ułatwia dostosowywanie dawek insuliny.

Źródłem wiedzy o cukrzycy pozostają również książki i czasopisma, których zakres i dostępność są obecnie bardzo szerokie. Powtarzane szkolenia grupowe organizowane w ramach spotkań PSD odgrywają ogromną rolę edukacyjną.

Ponad połowa respondentów zwracała uwagę na niewystarczającą liczbę informacji na temat cukrzycy w mediach. Ankietowani widzieli potrzebę takiej akcji w prasie, radiu, telewizji i w zakładach pracy, a także organizowania punktów z materiałami dotyczącymi cukrzycy w poradniach diabetologicznych.

Uwagę zwracało duże zainteresowanie przeprowadzaniem lekcji dotyczących chorób cywilizacyjnych, w tym cukrzycy, w szkołach podstawowych, gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych. Wiele badań dowodzi, że edukację prozdrowotną należy prowadzić na odpowiednim poziomie od najmłodszych lat. W placówkach przedszkolnych jest realizowany między innymi program „Przedszkole Promujące Zdrowie” [26, 27]. Kolejne etapy edukacji szkolnej powinny zawierać stopniowo poszerzane elementy edukacji prozdrowotnej dotyczące chorób cywilizacyjnych, ich przyczyn oraz możliwości ich prewencji. Podstawowe informacje na temat cukrzycy są niezbędnym elementem tej wiedzy. Od 1992 roku Polska bierze udział w ruchu szkół propagujących zdrowie w ramach Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie (ESSzPZ), którym wspólnie patronują Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) (Biuro Regionalne dla Europy), Rada Europy i Komisja Europejska [26–28]. Liczba szkół objętych programem jest niewystarczająca, a treści z zakresu edukacji zdrowotnej powinny znaleźć się w minimum programowym. Środki przeznaczone na edukację przekładają się na korzyści zdrowotne poszczególnych chorych obecnie i w przyszłości oraz na oszczędności finansowe w skali indywidualnej i populacyjnej. Wielu autorów podkreśla, że efekt leczenia jest skutkiem wiedzy, motywacji i pracy każdego chorego. Adekwatne wykorzystanie uzyskanych informacji w codziennym życiu, podejmowanie odpowiednich decyzji terapeutycznych, osiągnięcie celów terapeutycznych jest zwycięstwem chorego i jego edukatorów. Niestety, nie wszyscy chorzy są edukowani. Objęcie edukacją większego grona pacjentów będzie wymagało nie tylko motywacji edukato-

rów, ale też niezbędnych nakładów finansowych. Połączenie sił wszystkich towarzystw zajmujących się edukacją i stworzenie narodowego programu edukacji w cukrzycy pozwoli na przygotowanie narzędzia do zastosowania na różnych poziomach opieki diabetologicznej w połączeniu z oceną prowadzonych szkoleń.

Wnioski

1. Edukacja terapeutyczna w Polsce wymaga opracowania narodowego programu kształcenia na temat cukrzycy.
2. Narodowy Fundusz Zdrowia powinien wyodrębnić środki na edukację w poradniach diabetologicznych i w poradniach lekarza rodzinnego.

Streszczenie

Wstęp. Celem pracy była ocena realizacji założeń Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego (PTD), określającego skład specjalistycznego zespołu leczącego chorych na cukrzycę, jak również ocena potrzeb edukacyjnych deklarowanych przez chorych na poziomie opieki podstawowej i specjalistycznej, oczekiwań w zakresie nośników informacji o cukrzycy oraz konieczności poszerzenia wiedzy społeczeństwa na temat tej choroby.

Materiał i metody. Badania ankietowe przeprowadzono w grupie 30 diabetologów, 100 chorych na cukrzycę leczonych w Wojewódzkiej Poradni Diabetologicznej i 100 chorych pozostających pod opieką lekarza rodzinnego.

Wyniki. Spośród 30 diabetologów 32% pracowało z pielęgniarką edukacyjną. W szkoleniach w ośrodkach edukacyjnych uczestniczyło 28% pielęgniarek edukacyjnych. Raz w roku edukowano 46% chorych, w 72% przypadków prowadzono edukację indywidualną w połączeniu z grupową. Potrzebę wyodrębnienia funduszy na edukację na poziomie lekarza rodzinnego widziało 89% specjalistów. Spośród 100 chorych leczonych w poradni diabetologicznej 72% oceniało swoją wiedzę na temat cukrzycy jako dobrą, 50% wyrażało chęć dalszego szkolenia, najczęściej na temat zasad zdrowego żywienia i samoopieki. Jako członka zespołu edukacyjnego widziało siebie 11% chorych. Wśród 100 chorych pozostających pod opieką lekarza rodzinnego 19% oceniło swoją wiedzę o cukrzycy jako wystarczającą, 53% wyraziło zainteresowanie jej poszerzeniem. Wiedzę na temat cukrzycy w społeczeństwie jako niewystarczającą określiło 47% chorych. Jako źródło upowszechnienia informacji ankietowali widzieli środki masowego przekazu oraz wprowadzenie do programu szkolnego wiedzy o chorobach cywilizacyjnych.

Wnioski. 1. Edukacja terapeutyczna w Polsce wymaga opracowania narodowego programu kształcenia na temat cukrzycy. 2. Narodowy Fundusz Zdrowia powinien wyodrębnić środki na edukację w poradniach diabetologicznych i w poradniach lekarza rodzinnego.

Diabet. Dośw. Klin. 2010; 10, 2: 72–80

słowa kluczowe: cukrzyca, edukacja terapeutyczna, zespół terapeutyczny

Piśmiennictwo

1. Wild S., Roglic G., Green A., Sicree R., King H. Global prevalence of diabetes. *Diabetes Care* 2004; 27: 1047–1053.
2. Miksch A., Laux G., Ose D. Is there a survival benefit within a German primary care-based disease management program? *Am. J. Manag. Care* 2010; 16: 49–54.
3. Lager G., Pataky Z., Golay A. Efficacy of therapeutic patient education in chronic diseases and obesity. *Patient Educ. Couns.* 2010; 79: 283–286.
4. Weinger K. Diabetes education at diagnosis: sooner rather than later? *Nat. Clin. Pract. Endocrinol. Metab.* 2008; 4: 482–483.
5. Assal J.P., Mühlhauser I., Pernet A., Gfeller R., Jörhgens V., Berger M. Patient education as the basis for diabetes care in clinical practice and research. *Diabetologia* 1985; 28: 602–613.
6. Tatoń J., Czech A., Bernas M., Glowania A. Wieloczynnikowe leczenie cukrzycy typu 2 ze szczególnym omówieniem uczestnictwa pacjenta. *Med. Metabol.* 2000; IV: 32–35.
7. Tatoń J. W jakim stopniu można osiągnąć idealne cele i kryteria kontroli cukrzycy typu 2 w praktyce. *Med. Metabol.* 2002; VI: 1–9.
8. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2010. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. *Diabetol. Prakt.* 2010; 11 (supl. A).
9. International Standards for Diabetes Education. Third Edition. International Diabetes Federation 2009.
10. Langford A.T., Sawyer D.R., Gioimo S., Brownson C.A., O'Toole M.I. Patient-centered goal setting as a tool to improve diabetes self-management. *Diabetes Educ.* 2007; 33 (supl. 6): 139S–144S.
11. Assal J.P., Berger M., Gay N., Canivent J. Diabetes education. How to improve patient education. *Excerpt. Med. Amsterdam* 1983; 3: 424–430.
12. Day J.L., Assal J.P. Education of the diabetic patient. W: International textbook of diabetes mellitus. John Wiley & Sons Ltd, Nowy Jork 1997; 991–1013.
13. Miller L.V. More efficient care of diabetic patients in a county-hospital setting. *New Engl. J. Med.* 1972; 286: 1388–1391.
14. AADE: American Association of Diabetes Educators (www.diabeteseducator.org).
15. Diabetes Education Study Group of the European Association for the Study of Diabetes (www.desg.org).
16. Assal J.P. Therapeutic patient education for chronic diseases. W: Gunn S. Understanding the global dimensions of health. Springer, New York 2005; 147–156.
17. Tatoń J. Jak ulepszać prewencję i opiekę nad 2 milionami osób z cukrzycą w Polsce? *Med. Sci. Int. — Diabetologia* 2002; 1: 5–15.
18. Zrebiec J. A national study of The Diabetes Educator: report on a practice analysis conducted by the National Certification Board for Diabetes Educators. *Diabetes Educ.* 2009; 35: 657–663.
19. Narodowy Fundusz Zdrowia (www.nfz.gov.pl).
20. Plack K., Herpertz S., Petrak F. Behavioral medicine interventions in diabetes. *Curr. Opin. Psychiatry* 2010; 23: 131–138.
21. WHO Working Group Report. Therapeutic patient education continuing education program mens for Healthcare providers in the field of prevention of chronic diseases. Geneva. Switzerland. World Health Organization 1988.
22. Renders C.M., Valk G.D., Griffin S.J. i wsp. Interventions to improve the management of diabetes in primary care, outpatient, and community settings: a systematic review. *Diabetes Care* 2001; 24: 1821–1833.
23. Bandurska-Stankiewicz E. Inwalidztwo wzroku z powodu cukrzycy w województwie olsztyńskim w latach 1990–1999. Rozprawa habilitacyjna 2001.
24. Skovlund S.E., Peyrot M. on behalf of the DAWN International Advisory Panel. The Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs (DAWN) programme: a new approach to im-

- proving outcomes of diabetes care. *Diabetes Spect.* 2005; 18: 136–142.
25. Lorig K., Ritter D.D., Plant K. i wsp. Online diabetes self-management program: a randomized study. *Diabetes Care* 2010; 33: 1275–1281.
26. WHO: Skills for health. Skills based health education including life skills: a important component of child friendly/health promoting school. Information series on school health. Document 9, Geneva, World Health Organization 2004.
27. Woynarowska B. Evaluation of the health promoting school. Concepts and practice in Poland and Europe. *Med. Wieku Rozwoj.* 2004; 4 (supl. 1): 111–127.
28. Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej (www.cmppp.edu.pl).

Załącznik 1

Ankieta 1

- | | |
|---|---------------------------------|
| 1. Czy pracuje Pan/Pani z pielęgniarką edukacyjną? | Tak/Nie |
| 2. Czy pracuje Pan/Pani z dietetykiem? | Tak/Nie |
| 3. Czy wysłał Pan/Pani swoich pracowników na szkolenia w ośrodkach edukacyjnych? | Tak/Nie |
| 4. Czy rodziny pacjentów uczestniczą w wizytach lekarskich? | Tak/Nie |
| 5. Czy korzysta Pan/Pani z broszur edukacyjnych firm farmaceutycznych? | Tak/Nie |
| 6. Czy korzysta Pan/Pani z pomocy psychologa? | Tak/Nie |
| 7. Edukacja powinna mieć formę: | Indywidualną/Grupową/Obie formy |
| 8. Czy NFZ powinien na poziomie lekarza rodzinnego wyodrębnić fundusze na edukację? | Tak/Nie |
| 9. Ile razy w roku Pana/Pani pacjent podczas wizyt w poradni specjalistycznej miał przeprowadzoną edukację? | Raz/Dwa razy/Trzy razy |

Załącznik 2

Ankieta 2

- | | |
|--|--|
| Płeć | Mężczyzna/Kobieta |
| 1. Swoją wiedzę na temat cukrzycy i sposobu jej leczenia oceniam jako: | Dobłą/Dostateczną/Zbyt małą |
| 2. Który typ szkolenia Pan/Pani wybiera? | Indywidualne/Grupowe/Brak szkoleń |
| 3. Wiedzę z którego zakresu chciałby/chciałaby Pan/Pani poszerzyć? | Zasady samokontroli i samoopieki/
/Postępowanie w hipo- i hiperglikemii/
/Późne powikłania cukrzycy/
/Zdrowe odżywianie |
| 4. Dodatkowe źródła informacji na temat cukrzycy to: | Książki/Czasopisma/Ulotki/Internet |
| 5. Czy należy Pan/Pani do PSD? | Tak/Nie |
| 6. Czy chciałby Pan/Pani uczestniczyć w dodatkowych szkoleniach? | Tak/Nie |
| 7. W skład zespołu edukacyjnego powinni wchodzić (możliwość kilku odpowiedzi): | Lekarz/Pielęgniarka/
/Dietetyk//Pacjent/Psycholog |

Załącznik 3

Ankieta 3

1. Czy wiedza o cukrzycy jest ogólnie dostępna i wystarczająca? Tak/Nie
2. Czy uważa Pan/Pani, że przekazywana wiedza na temat cukrzycy w ogólnie dostępnych mediach jest: W znacznym stopniu niewystarczająca/
Niewystarczająca/W znacznym stopniu wystarczająca/Wystarczająca/Nie mam zdania
3. Czy w szkołach powinny być prowadzone lekcje na temat chorób cywilizacyjnych, na przykład cukrzycy? Tak/Nie
4. Czy uważa Pan/Pani, że na rynku jest wystarczająca liczba publikacji na temat cukrzycy? Tak/Nie
5. W jakich formach powinny być przekazywane informacje o cukrzycy? Programy telewizyjne/Programy radiowe/
/Pogadanki z lekarzami w zakładach pracy/
/Pogadanki z lekarzami w szkołach/
/Artykuły w prasie codziennej/
/Bezpłatne broszurki w aptekach
6. Czy uważa Pan/Pani, że w poradniach diabetologicznych powinny być punkty z materiałami dotyczącymi cukrzycy? Tak/Nie
7. Czy Pana/Pani wiedza na temat cukrzycy jest wystarczająca? Jest wystarczająca/Jest niewystarczająca
8. Czy chciałby/chciałaby Pan/Pani poszerzyć wiedzę na temat cukrzycy? Nie chcę jej poszerzać/Chcę ją poszerzyć