

---

ANNALES  
UNIVERSITATIS MARIAE CURIE-SKŁODOWSKA  
LUBLIN - POLONIA

VOL. LX, SUPPL. XVI, 462

SECTIO D

2005

---

Zakład Chorób Układu Nerwowego Wydziału Zdrowia Publicznego AM we Wrocławiu<sup>1</sup>  
Department of Neuroscience, Department of Public Health  
Medical Academy of Wrocław, Head: Prof. dr hab. J. Mierzwa  
Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego Wydziału Zdrowia Publicznego AM we Wrocławiu<sup>2</sup>  
Department of Internal Medicine Nursing, Department of Public Health  
Medical Academy of Wrocław, Head: Prof. dr hab. K. Łoboz-Grudzień

JOANNA ROSIŃCZUK-TONDERYS<sup>1</sup>, SYLWIA KRZEMIŃSKA<sup>2</sup>,  
IZABELLA UCHMANOWICZ<sup>2</sup>

***A role of a nurse in patient education program for diabetics  
– cooperation with a family doctor***

---

**Rola pielęgniarki w zakresie edukacji chorego na cukrzycę  
- współpraca z lekarzem rodzinnym**

Stały wzrost wskaźnika zachorowalności na cukrzycę powoduje, że pacjenci z tą chorobą stanowią coraz większy procent ogólnej populacji chorych w naszym kraju.

Równoległe z postępowaniem w zakresie stosowanych w leczeniu środków farmakologicznych, udoskonaleniu podlegają również metody diagnostyczne oraz terapeutyczne [4]. Ponieważ tak jak w zakresie kompetencji lekarza rodzinnego powinno się znaleźć samodzielne prowadzenie terapii cukrzycy typu 2, a tylko w ostateczności będzie on odwoływał się do pomocy specjalisty, tak w kompetencjach pielęgniarki rodzinnej powinna znaleźć się edukacja pacjentów i pomoc lekarzowi rodzinemu w dotarciu do tych pacjentów [2]. Powstaje więc potrzeba coraz większego zainteresowania społeczeństwa leczeniem cukrzycy i problemem jego skuteczności.

Leczenie cukrzycy ma na celu: uratowanie życia, usunięcie lub złagodzenie objawów choroby, przywrócenie sprawności życiowej (samodzielność, aktywność społeczna), zapobieganie powikłaniom. Pierwszy z tych celów jest bezwarunkowo istotny, a w wypadku niektórych osób w podeszłym wieku jest on jedyny. Jednocześnie, jest to cel stosunkowo łatwy do osiągnięcia dlatego, że w praktyce tylko głębokie zaburzenia metaboliczne stwarzają bezpośrednie zagrożenie życia pacjentów. Pozostałe cele natomiast muszą być indywidualnie określone dla poszczególnych pacjentów [6]. Ponieważ cukrzyca ma charakter choroby przewlekłej i nieuleczalnej, istotne znaczenie dla życia i zdrowia pacjenta ma jego edukacja [3]. W odróżnieniu bowiem od innych chorób np. zapalenia wyrostka robaczkowego, gdzie leczenie praktycznie opiera się na pracy lekarza, leczenie w cukrzycy zależy przede wszystkim od samego pacjenta. Pominąwszy pierwszy, bezpośredni okres po rozpoznaniu choroby, chory z cukrzycą praktycznie sam realizuje program leczenia, musi więc podejść czynnie do tego procesu, natomiast lekarz i pielęgniarka pozostają tylko jego doradcami. Rozpoczynając zatem leczenie cukrzycy należy uwzględnić wszystkie jego elementy tzn. zastosowanie diety cukrzycowej, aktywności fizycznej, leków oraz także, a może przede wszystkim, edukację chorego i jego środowiska (rodzina, szkoła, praca) [6].

Dodatkowo, rolą pielęgniarki rodzinnej jest prowadzenie działalności profilaktycznej. Wśród chorych z rozpoznaną już cukrzycą profilaktyka dotyczy powikłań cukrzycowych, a wśród grupy pacjentów wysokiego ryzyka (otyłość, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe) – zachorowania na tę chorobę.

W powszechnym rozumieniu, edukacja pacjentów polega na przekazaniu pewnego zasobu wiadomości teoretycznych i nauczaniu praktycznych umiejętności. Pacjentowi potrzebne jest przyswojenie ogólnej wiedzy medycznej na temat istoty choroby, sposobu leczenia oraz nabycie konkretnych umiejętności np. wykonywanie iniekcji, obsługa glukometru, wstrzykiwacza [6]. Te ogólne wiadomości są niezbędne dla utrzymania życia, pomagają pacjentowi przezwyciężyć lęk przed chorobą. Natomiast aby zapewnić oczekiwaną przez pacjentów jakość życia, edukacja musi być pogłębiona, zindywidualizowana w zależności od sytuacji rodzinnej, zawodowej i społecznej chorego. Znajomość tej sytuacji umożliwia skuteczne leczenie i spełnienie oczekiwań pacjentów [1]. To zadanie najlepiej więc może spełnić pielęgniarka rodzinna, znająca dobrze pacjenta i jego otoczenie.

Należy mieć świadomość, że edukacja ma szersze znaczenie niż przekazanie wiedzy i wyrobienie umiejętności. Znaczenie jej polega także na wyrobieniu motywacji do aktywnego uczestniczenia w procesie leczenia i samodzielnego pogłębiania wiedzy. Współpraca z pielęgniarką przeciwdziała także zniechęceniu przy pojawianiu się trudności w leczeniu. Do realizacji tych zadań, niezbędne jest aby pielęgniarka rodzinna pełniła funkcję terapeuty, pedagoga i psychologa.

Celem edukacji pacjenta jest nie tylko doraźne uzyskanie dobrych wskaźników wyrównania gospodarki węglowodanowej, ale umożliwienie pacjentowi spełnienia jego ról życiowych, pomimo ograniczeń spowodowanych chorobą [3]. Edukacją obejmuje się nie tylko samego chorego, lecz także jego bliższe i dalsze środowisko, co pozwala na wyrobienie przekonania, że chorzy na cukrzycę są pełnowartościowymi członkami społeczeństwa. Umożliwia to chorym zaakceptowanie swojej choroby, a jednocześnie zaakceptowanie chorego przez społeczeństwo. Rozpowszechnienie wiedzy na temat cukrzycy, kreowanie postaw prozdrowotnych umożliwia działalność profilaktyczną, sprzyja wczesniejszemu wykrywaniu choroby i zapobieganiu powikłań [7].

Dobrze prowadzona edukacja przynosi konkretne korzyści zarówno dla samego chorego, prowadzącego lekarza, jak i całego społeczeństwa. Najbardziej wyraźne, pozytywne efekty edukacji to:

- Dla pacjenta: 1. Skuteczniejsze leczenie; mniejsza ilość powikłań, większa sprawność fizyczna, dłuższe życie. 2. Autonomia stylu życia: zmniejszenie zależności od prowadzącego leczenie, większa swoboda życia. 3. Rzadsze wizyty w laboratorium i przychodni: redukcja stresu, mniejsza absencja w pracy, większa ilość czasu wolnego, niższe koszty leczenia.
- Dla lekarza i pielęgniarki: 1. Lepsze wyniki leczenia: większa satysfakcja, mniej powikłań – łatwiejsze leczenie. 2. Łatwiejsza współpraca z chorym: czynna postawa pacjenta, rzadsze i krótsze wizyty. 3. Wyedukowany pacjent – wzór dla innych.
- Dla społeczeństwa: 1. Mniejsze koszty leczenia: rzadsze i krótsze hospitalizacje, mniejsza ilość badań. 2. Lepsza aktywność zawodowa chorych: zmniejszenie absencji, mniejszy procent inwalidztwa. 3. Rozpowszechnienie prozdrowotnego trybu życia [3].

Ze względu na konieczność podjęcia leczenia, wstępnych informacji choremu powinna udzielić pierwsza osoba stwierdzająca cukrzycę. Niezależnie czy jest to fachowy pracownik służby zdrowia, który rozpoznał cukrzycę u pacjenta, który zwrócił się do niego z innego powodu, czy jest to tylko osoba postronna. Główny obowiązek edukacji spoczywa jednak na osobach bezpośrednio sprawujących opiekę nad pacjentem – lekarzu rodzinnym, ogólnym, diabetologu oraz pielęgniarce rodzinnej, środowiskowej lub ogólnej.

W procesie edukacji pomocne mogą być szkolenia prowadzone przez pielęgniarki w ośrodkach edukacyjnych przy poradniach (oddziałach) diabetologicznych, sanatoriach, stowarzyszeniach chorych na cukrzycę. Źródłem wiedzy dla pacjentów powinny być środki masowego przekazu oraz inni chorzy [2].

Edukację chorego należy rozpocząć już w pierwszym momencie rozpoznania choroby. Ponieważ jednak stosunek chorego do choroby zmienia się wraz z upływem czasu od momentu rozpoznania choroby, toteż zakres i sposób edukacji muszą uwzględnić te fakty.

Zazwyczaj pacjenci po wstępnym okresie niewiary w rozpoznanie, przechodzą okres agresji, następnie depresji, potem wzmożonego krytycyzmu, aby w końcu osiągnąć stan czynnej akceptacji choroby. Należy rozpoznać, w którym okresie pacjent aktualnie się znajduje i dostosować edukację adekwatnie do tego okresu. W pierwszym okresie pacjent ma trudności z przyjęciem do świadomości faktu zachorowania na cukrzycę. Zdarza się, że nie wierzy postawionemu rozpoznaniu upatrując innych przyczyn odczuwanych dolegliwości, zgłasza się do różnych lekarzy, a nawet uzdrowicieli, czekając na inne rozpoznanie, a nie przyjmując już postawionego. W tym okresie buntu pacjent nie jest w stanie racjonalnie myśleć o chorobie. Trudno się więc spodziewać dobrych efektów edukacji.

Ograniczyć się więc można do przekazania pacjentowi tylko minimum podstawowych informacji mających na celu przede wszystkim zapobieganie ostrym zaburzeniom metabolicznym i konsekwencjom terapii (np. hipokaliemia). W drugim okresie pacjent przyjmuje do wiadomości rozpoznanie choroby. Niepokój o swoje zdrowie powoduje, że próbuje za zachorowanie obarczać winą siebie, rodzinę, lekarzy, Boga. Fakt zachorowania tłumaczy swoim poprzednim postępowaniem, zachowaniem innych, warunkami zewnętrznymi. W tym okresie agresji, celem edukacji jest uspokojenie pacjenta, podtrzymanie na duchu. Najistotniejsze jest wytłumaczenie, że cukrzyca nie jest chorobą zakaźną, ani śmiertelną, objawy jej mogą ustąpić całkowicie, że można z nią żyć i prawidłowo spełniać swoje role np. w rodzinie, pracy. W trzecim okresie pacjent jest skłonny do depresji, może nie wykazywać zainteresowania ani leczeniem, ani szkoleniem. Ten okres rezygnacji, jeśli przeciągnie się zbyt długo, może bardzo niekorzystnie wpłynąć na nastawienia pacjenta do choroby, utrudnić podjęcie aktywnej i odpowiedzialnej roli za leczenie w przyszłości. Najważniejszym zadaniem dla pracowników służby zdrowia w tym okresie jest nawiązanie emocjonalnego kontaktu z pacjentem, gdyż to jest warunkiem rozpoczęcia właściwej współpracy. Czwarty okres to okres krytycyzmu. Każda decyzja czy propozycja jest przyjmowana z rezerwą i krytycyzmem. W tym czasie potrzebna jest duża kompetencja i konsekwencja w przekazywaniu wiedzy. Wymaga to od pielęgniarki dużego zaangażowania i jednocześnie cierpliwości. Istotne jest też wytłumaczenie przyczyny różnic bądź ujednoczenie poglądów przekazywanych choremu z różnych źródeł. Piąty okres, najbardziej pożądany pod względem efektywności edukacji wynika z czynnej akceptacji choroby przez chorego. Istnieje chęć do zdobywania wiedzy i zdolność do jej spożytkowania. Dzięki sprawnej wymianie informacji między pacjentem a lekarzem czy pielęgniarką, chory łatwo przyswaja sobie nową wiedzę i stosuje ją w praktyce, uzyskując coraz lepsze efekty w leczeniu, co zachęca go także do samodzielnej pracy [6]. Zakres przekazywanej pacjentowi wiedzy determinują czynniki socjodemograficzne. Dostarczane informacje powinny być dostosowane do wieku pacjentów. Szczególnie ważne jest to u dzieci, gdzie jednocześnie edukacji poddaje się rodziców, którzy współuczestniczą w leczeniu. W miarę dorastania, pacjent jest zdolny do przyswajania coraz większego zakresu wiedzy i uniezależnia się od pomocy innych [5]. Jednak zaawansowany wiek może ograniczyć te zdolności. U ludzi starszych należy więc bardziej koncentrować się na praktycznych aspektach życia z chorobą niż np. wyjaśnianiu jej istoty. Zakres przekazywanej wiedzy zależy również od poziomu wykształcenia i wykonywanego zawodu pacjenta. Potrzeby edukacyjne pacjentów wynikają także z typu cukrzycy i czasu trwania choroby, wcześniej nabytej wiedzy [5].

Świadomość chorego może być kształtowana przez innych chorych. Gdy pacjent zetknął się wcześniej z chorymi na cukrzycę to ich doświadczenia mają na niego wpływ. Osoba wyedukowana, dobrze radząca sobie z problemami choroby ma wpływ pozytywny, natomiast osoba, która nie radzi sobie z chorobą negatywnie oddziałuje na świadomość drugiego chorego. Atutem pielęgniarki rodzinnej jest znajomość warunków socjodemograficznych pacjenta, co ułatwia jej określenie adekwatnego zakresu przekazywanej pacjentowi wiedzy.

Wstępne informacje powinny wyjaśnić chorym: 1. Rodzaj choroby. 2. Pojęcie hiper- i hipoglikemii. 3. Sposób odżywiania. 4. Leczenie. 5. Sposoby kontroli. 6. Konieczność stałego posiadania karty informacyjnej o chorobie. 7. Posiadanie zestawu ratunkowego w razie wystąpienia hipoglikemii (glukagon, cukier) [5].

Najkorzystniejsze efekty może przynieść współudział w edukacji pacjenta pielęgniarki, dietetyczki, psychologa, których kompetencje uzupełniają działalność lekarza rodzinnego. W procesie edukacji można stosować szkolenie grupowe i indywidualne. Obydwie te formy mają swoje wady i zalety. Nauczanie grupowe stwarza okazje do nawiązywania kontaktów między chorymi, wymiany doświadczeń, wzajemnego wzmocnienia motywacji, pozwala lepiej wykorzystać czas osoby uczącej. Ta forma wymaga starań organizacyjnych, selekcji uczestników grupy, nie uwzględnia różnicowania potrzeb chorych. Edukacja indywidualna ułatwia bezpośredni kontakt pacjenta z pielęgniarką dostosowuje zakres nauczania do potrzeb pacjenta ale posiada jeden mankament – jest czasochłonna [6].

W procesie edukacyjnym warto wykorzystywać materiały pomocnicze: plansze, filmy, przezrocza, programy komputerowe, testy kontrolne. Niezbędnym warunkiem, dla ułatwienia zrozumienia przez chorych przekazywanych informacji, jest podawanie ich językiem przystępnym dla pacjentów, stosowanie w miarę prostych, krótkich zdań oraz używanie terminów zrozumiałych dla chorego. Stopniowo, lecz systematycznie należy wprowadzać terminy medyczne. Umożliwi to pacjentom samodzielne

korzystanie z materiałów szkoleniowych i ułatwi kontakt z innymi lekarzami, z którymi pacjent będzie się spotykał w przyszłości [3].

### PODSUMOWANIE

Zakres wiedzy pacjenta na temat jego choroby wpływa na świadomość pacjenta i jego zaangażowanie w proces leczenia. Niedostatek wiedzy może spowodować przyjęcie biernej postawy wobec leczenia oraz jego małą efektywność. Nieradzenie sobie z chorobą prowadzi do pogorszenia jakości życia pacjenta. Ponadto może wywołać u pacjenta załamanie się, stany lękowe i depresyjne, a w konsekwencji wycofanie się z życia zawodowego i społecznego. Dobrze przeprowadzona edukacja umożliwia współpracę lekarza i pielęgniarki rodzinnej z pacjentem chorym na cukrzycę na zasadach partnerskich, co daje w rezultacie najlepsze wyniki leczenia.

### PIŚMIENNICTWO

1. Blaim A.: Wpływ relacji między pediatrą a chorym dzieckiem na efekty leczenia choroby przewlekłej. [W:] Humanizm i medycyna. Red, Imieliński K. CMKP W-wa 1993, 55-60.
2. Bodalski J., Pietrzak I.: Leczenie cukrzycy u dzieci i młodzieży. Służba Zdrowia, nr 101-102, 28-30.
3. Kiszczak-Bochyńska E.: Edukacja chorego na cukrzycę jako zadanie lekarza rodzinnego
4. Medycyna Rodzinna – 6 (2/1999)
5. Pędich W.: Choroby wewnętrzne, PZWN, W-wa 1990.
6. Tatoń J.: Cukrzyca. Nauczanie samoopieki. PWN, W-wa, 1995.
7. Tatoń J.: Rozwiązywanie problemów chorych na cukrzycę w praktyce lekarza opieki podstawowej (rodzinnego) Medycyna Rodzinna, nr 1/98, 20-26.
8. Watkins P.J.: ABC cukrzycy. Medical Press Gdańsk, 1999.

### STRESZCZENIE

Cukrzyca ma charakter choroby przewlekłej i nieuleczalnej, toteż istotne znaczenie dla życia i zdrowia pacjenta ma jego edukacja. Celem edukacji pacjenta jest wyrównanie gospodarki węglowodanowej i możliwość pełnienia ról życiowych. Edukacją obejmuje się nie tylko samego chorego, lecz także jego bliższe i dalsze środowisko. Rozpowszechnienie wiedzy na temat cukrzycy, kreowanie postaw prozdrowotnych umożliwia działalność profilaktyczną, sprzyja wcześniejszemu wykrywaniu choroby i zapobieganiu powikłań. Zakres wiedzy pacjenta na temat jego choroby wpływa na świadomość pacjenta i jego zaangażowanie w proces leczenia. Dobrze przeprowadzona edukacja umożliwia współpracę lekarza i pielęgniarki rodzinnej z pacjentem chorym na cukrzycę na zasadach partnerskich, co daje w rezultacie najlepsze wyniki leczenia.

### ABSTRACT

Diabetes is a long term disease, and it is very important for a patient with diabetes to provide a very good educational support. The educational program is started at the time of diagnosis and must be continued throughout the life of the patient. Continuing education reinforces learning and is necessary for better control of the disease and for greater self-reliance of the patient. A responsible member of the patient's family should be included in the educational program. Well performed education makes possible to have a good relationship between a doctor, a nurse, and the patient.