

**WARSZAWSKI UNIWERSYTET
MEDYCZNY**

**Wydział Nauki o Zdrowiu
Kierunek studiów: pielęgniarstwo**

Wioleta Sochaj
nr albumu 47652

**PROFILAKTYKA CUKRZYCY
W PRAKTYCE PIEŁĘGNIARKI
ŚRODOWISKOWO RODZINNEJ**

Praca licencjacka wykonana pod kierunkiem
Dr n. med. Bartosza Foroncowicz
W Klinice Immunologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych

Warszawa, dn.17.06.2008

Oświadczenie opiekuna pracy:

Oświadczam, że niniejsza praca została przygotowana pod moim kierunkiem i stwierdzam, że spełnia ona warunki do przedstawienia jej w postępowaniu o nadanie tytułu licencjata.

Data Podpis opiekuna

Oświadczenie autora pracy:

Świadoma/y odpowiedzialności prawnej oświadczam, że niniejsza praca dyplomowa została napisana przeze mnie samodzielnie i nie zawiera treści uzyskanych w sposób niezgodny z obowiązującymi przepisami.

Oświadczam również, że przedstawiona przeze mnie praca nie była wcześniej przedmiotem procedur związanych z uzyskaniem tytułu zawodowego w wyższej uczelni.

Oświadczam ponadto, że niniejsza wersja jest identyczna z załączoną wersją elektroniczną.

Data Podpis autora

SPIS TREŚCI

1. Wprowadzenie	4
1.1. Uzasadnienie wyboru tematu	7
1.2 Cel pracy	8
2. Epidemiologia cukrzycy	9
2.1 Czynniki ryzyka cukrzycy.....	10
2.1.1 Czynniki podlegające modyfikacji	11
2.1.2 Czynniki nie podlegające modyfikacji	13
2.2 Kryteria wyrównania cukrzycy	17
3. Profilaktyka cukrzycy	20
3.1 Udział pielęgniarki środowiskowo rodzinnej w profilaktyce cukrzycy	24
3.1.1 Gromadzenie danych do oceny ryzyka cukrzycy	26
3.1.2 Planowanie działań profilaktycznych w praktyce pielęgniarki środowiskowo rodzinnej	26
3.1.3 Realizacje działań profilaktycznych	28
3.1.4 Ocena pielęgnarska	28
3.2 Postępowanie pielęgniarki środowiskowo rodzinnej w profilaktyce cukrzycy	29
4. Edukacja zdrowotna – wprowadzenie	36
4.1 Rodzaje i poziomu edukacji	37
4.2 Program edukacji zdrowotnej	38
4.2.1 Cele programu edukacji	38
4.2.2 Cechy programu edukacji	39
4.2.3 Postawy chorych na cukrzycę	40
4.3 Edukacja zdrowotna w praktyce pielęgniarki środowiskowo rodzinnej	41
5. Zakończenie	43
6. Spis tabel	45
7. Bibliografia	46

1. WPROWADZENIE

Cukrzyca – to choroba stara jak świat, dotyczy wszystkich ludzi bez względu na rasę oraz kontynent, na którym żyją. Najstarszym dokumentem pochodzącym z 1550 roku p.n.e dotyczącym tej choroby jest papirus odkryty przez niemieckiego egiptologa G. Ebersa w roku 1872, w Luksorze. Do dziś przechowywany w Muzeum Uniwersytetu w Lipsku. W 1869 roku, w momencie, kiedy Paul Langerhans w Berlinie obronił pracę doktorską, gdzie wykazał istnienie w trzustce rozsianych jak wyspy specjalnych komórek, rozpoczęła się nowoczesna era wiedzy o cukrzycy. J von Bering oraz O. Minkowski w 1889 roku udowodnili, że objawy cukrzycy pojawiły się u psa po usunięciu trzustki. Wówczas to odkryto, że cukrzyca jest wynikiem uszkodzenia tych właśnie komórek. W 1921 roku Banting i Best w Toronto wyizolowali wyciąg zawierający hormon, który początkowo nazwali isletyną, a następnie insuliną, który wstrzyknięty usuwał wszystkie objawy cukrzycy. Od tego momentu dokonał się zasadniczy zwrot w historii tej choroby. Cukrzyca w dosłownym tłumaczeniu z języka łacińskiego „diabetes mellitus” oznacza „słodkie przeciekanie”. Nazwa związana jest z pierwszym zaobserwowanym objawem choroby jakim było wydzielanie się nadmiaru cukru z moczem.

Według Światowej Organizacji Zdrowia WHO **„cukrzyca to grupa chorób metabolicznych charakteryzujących się hiperglikemią wynikającą z defektu wydzielania lub działania insuliny. Przewlekła hiperglikemia w cukrzycy wiąże się z uszkodzeniem, zaburzeniem czynności i niewydolnością różnych narządów, szczególnie oczu, nerek, nerwów, serca i naczyń krwionośnych.”¹**

Jako główną przyczynę choroby wymienia się przede wszystkim predyspozycje genetyczną oraz czynniki środowiskowe.

¹Szczeklik A., Choroby Wewnętrzne, Kraków 2005

Chorobę tę możemy podzielić na następujące typy:

1. Cukrzyca typu 1 – polega na niszczeniu komórek beta trzustki, które są odpowiedzialne za produkcję oraz wydzielanie insuliny (hormonu obniżającego poziom glukozy we krwi).W Europie na ten typ cukrzycy choruje 10-15 osób na 100 tysięcy ludności. Jedynym sposobem leczenia jest podawanie insuliny, odpowiednia dieta oraz wysiłek fizyczny.
2. Cukrzyca typu 2 – w tym rodzaju cukrzycy za podwyższony poziom glikemii we krwi odpowiada nie brak insuliny, ale jej złe działanie w organizmie tzw.oporność na działanie insuliny. 85-90 % to właśnie chorzy na 2 typ cukrzycy. Najczęściej temu typowi towarzyszy otyłość oraz nadciśnienie tętnicze. Leczenie opiera się na właściwej diecie, wysiłku fizycznym oraz lekach hipoglikemizujących.
3. Cukrzyca ciężarnych – rozpoznana po raz pierwszy w ciąży oraz trwająca do momentu urodzenia dziecka. W grupie tych kobiet istnieje wysokie ryzyko zachorowania na tę chorobę w przyszłości. Leczenie powinno być prowadzone w wyspecjalizowanych ośrodkach ginekologiczno - diabetologicznych.
4. Cukrzyca wtórna – etiologicznie jest najbardziej zróżnicowana z całej grupy cukrzyc. Charakterystyczne dla tego typu cukrzycy jest jednoczesne występowanie innych zaburzeń lub zespołów chorobowych.

Najczęściej występujące przyczyny cukrzycy wtórnej możemy podzielić na:

- polekowe,
- endokrynopatie (niektóre choroby gruczołów dokrewnych) – akromegalia, choroba i zespół Cushinga, nadczynność tarczycy,
- hemochromatozy (genetycznie uwarunkowane choroby przemiany materii),
- choroby trzustki.

Przebieg cukrzycy zwłaszcza 2 typu jest bardzo powolny i czasami mija nawet około 10 lat od wystąpienia pierwszych objawów do rozpoznania. Bardzo

często zostaje wykryta przypadkowo. Zwykle występuje u osób otyłych, u których stwierdza się nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe, objawy choroby niedokrwiennej serca oraz inne cechy zespołu metabolicznego.

Najczęściej pojawiające się objawy to:

- zwiększone pragnienie,
- uczucie wysychania w ustach,
- wielomocz,
- znaczne łaknienie połączone z chudnięciem,
- zaburzenia widzenia,
- świąd okolicy narządów płciowych,
- czyraczność oraz wiele innych.

Najważniejszym problemem cukrzycy są powikłania, które mogą prowadzić do ciężkiego kalectwa bądź przedwczesnej śmierci. Możemy je podzielić na :

- powikłania ostre, które są stanami bezpośredniego zagrożenia życia. Zaliczamy do nich: śpiączkę cukrzycową (ketonową), (mleczanowi), (hiperglikemiczną) i (hipoglikemiczną),
- powikłania przewlekłe, które mogą mieć charakter mikroangiopatii (neuropatia, retinopatia, kardiomiopatia) jak i makroangiopatii (przedwczesny rozwój zmian miażdżycowych) oraz neuropatii (zaburzenia obwodowego i autonomicznego układu nerwowego).

Podstawowym sposobem zapobiegania cukrzycy powinna być zmiana stylu życia polegająca na stosowaniu diety niskokalorycznej oraz zwiększeniu aktywności fizycznej. Działania pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej powinny być skupione na prewencji otyłości i innych czynników wpływających na występowanie zaburzeń metabolicznych. Poprzez takie działania można zmniejszyć masę ciała, uzyskać wzrost wrażliwości tkanek na insulinę, normalizację ciśnienia tętniczego, kontrolę glikemii i kontrolę metaboliczną.

1.1 UZASADNIENIE WYBORU TEMATU

Na świecie, jak również w Polsce liczba chorych na cukrzycę rośnie w zastraszającym tempie. Prognozy na najbliższe lata są alarmujące. Cukrzyca należy do grupy 10 najważniejszych epidemicznych zagrożeń życia i zdrowia. Leczenie tej choroby, a zwłaszcza powikłań jest niezwykle kosztowne. Czy istnieje sposób, aby zapobiec tej epidemii? Jediną szansę na zminimalizowanie ogromu problemu upatruje się w profilaktyce. Najważniejszą składową profilaktyki jest edukacja. Któż, zatem powinien zająć się edukacją pacjentów zagrożonych zachorowaniem na cukrzycę, jeśli nie pielęgniarka środowiskowo-rodzinna?

To właśnie Ona utrzymuje bezpośredni kontakt z podopiecznymi. Odwiedzając ich we własnych środowiskach domowych poznaje problemy zdrowotne, warunki mieszkaniowe, rodzinne uwarunkowania oraz indywidualne czynniki ryzyka każdego z członków rodziny. Jest kompetentną osobą do określenia podopiecznych z grupy ryzyka i do przeprowadzania profesjonalnej edukacji w tym zakresie. Wiadomym jest, że cukrzyca (zwłaszcza typ 2) może rozwijać się ok.10 lat. Być może jest to czas na odnalezienie tej osoby przez pielęgniarkę środowiskowo-rodzinną w swojej populacji i na przeprowadzenie u niej badań przesiewowych w kierunku cukrzycy. A jeśli okaże się, że ta konkretna osoba jest w grupie szczególnego ryzyka, czy nie jest to wystarczająco dużo czasu na dokładne wyedukowanie takiego pacjenta? Jeśli pielęgniarka środowiskowo-rodzinna odnajdzie 1 osobę na 1000 i poprzez działania profilaktyczne sprawi, iż nie rozwinie się w danym przypadku choroba, bądź osoba uniknie poważnych powikłań, które w bezpośredni sposób mogą zagrażać życiu pacjenta, czy w takiej sytuacji może być coś bardziej satysfakcjonującego? Jestem pielęgniarką środowiskowo-rodzinną, która na co dzień wśród swoich podopiecznych glukometrem wykonuje badania poziomu glikemii. Jest to mała populacja pacjentów, ale zdarza się, że 1 osoba na kwartał otrzymuje skierowanie na dalsze badania diagnostyczne oraz wizytę

u diabetologa. W Polsce jest kilka tysięcy pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych, czy pamiętając o zbadaniu poziomu glikemii u każdej nowo odwiedzanej osoby nie byłibyśmy w stanie uniknąć epidemii tej jednej z najstraszniejszych chorób?

1.2 CEL PRACY

Celem pracy jest określenie, jaki wpływ na rozpoznanie oraz zapobieganie cukrzycy, mają działania profilaktyczne prowadzone przez pielęgniarkę środowiskowo-rodzinną.

2. EPIDEMIOLOGIA CUKRZYCY

Uważa się, iż w Polsce chorych na cukrzycę jest 1,5- 2 miliona osób, z czego ok.90 % to chorzy na cukrzycę typu 2, zaś ok.10 % to typ 1. Ścisłych danych nie posiadamy, gdyż liczba ta stanowi 50-60 % i są to pacjenci, u których została rozpoznana choroba, natomiast pozostałe 40 - 50 % to cukrzyca nigdy nierozpoznana.

Obecnie chorobę tę określa się jako społeczną, gdyż obserwowany jest ciągły wzrost zachorowań, przewidując, iż w roku 2030 osób z cukrzycą będzie ok. 360 mln.

Występuje bez względu na wiek, rasę czy obszar świata.

Według światowej Organizacji Zdrowia wśród 850 milionów osób krajów europejskich wskaźnik zachorowalności kształtuje się na poziomie 2-5 %.

W Polsce dla zachorowalności na cukrzycę wynosi on 3-5 % i jest uzależniony od regionu kraju. W miastach zanotowano 4-5 %, natomiast na wsi ok.2,5 %.

Cukrzyca należy do grupy 10 najważniejszych epidemicznych zagrożeń życia i zdrowia. Pomimo ciągłego postępu w badaniach nad tą chorobą, pozostaje ona nieuleczalna. Największym problemem są powikłania cukrzycy. Z jednej strony prowadzą do ciągłego pogarszania jakości życia, z drugiej zaś, zdecydowanie skracają jego długość.

Stanowią jedną z najczęstszych przyczyn utraty wzroku, amputacji kończyn dolnych, niewydolności nerek, udaru mózgu. Wśród najczęstszych przyczyn zgonu u ludzi z cukrzycą typu 2 występują choroby sercowo-naczyniowe.

Z tego właśnie powodu tak ważna jest profilaktyka cukrzycy, należy jak najwcześniej wyselekcjonować osoby z grupy ryzyka, aby podjąć odpowiednie działania, niedopuszczające do rozwoju choroby.

2.1 CZYNNIKI RYZYKA CUKRZYCY

Za czynnik ryzyka danej choroby, czyli czynnik jej zagrożenia uznaje się określony stan kliniczny lub element trybu życia, który jest związany z zachorowalnością w danym roku lub w ciągu lat poświęconych na obserwację i badania epidemiologiczne.

W oszacowaniu ryzyka wystąpienia cukrzycy bierze się pod uwagę czynniki ryzyka, czyli te czynniki, które mają udowodniony związek przyczynowo – skutkowy.

Badania wykazały, że możliwość modyfikacji czynników ryzyka pozwala na zapobieganie wystąpienia choroby, a przez to również zmniejszenie zapadalności wśród osób z grupy ryzyka. W trakcie analizy czynników uznanych przez epidemiologów i diabetologów jako zagrażające cukrzycą, wyodrębniono te, które pielęgniarka może określić podczas wizyty domowej. Pozwoliło to na wyselekcjonowanie osób z grupy ryzyka.

Czynnikami ryzyka cukrzycy są przede wszystkim:

- uwarunkowania genetyczne,
- otyłość – zwłaszcza brzuszna,
- mała aktywność fizyczna,
- niewłaściwa dieta,
- stres,
- hormony i leki diabetogenne

Czynniki ryzyka wystąpienia cukrzycy możemy podzielić na dwie grupy:

1. Podlegające modyfikacji
2. Nie podlegające modyfikacji.

2.1.1. CZYNNIKI RYZYKA CUKRZYCY NIE PODLEGAJĄCE MODYFIKACJI

Choć czynniki ryzyka cukrzycy opisane poniżej nie podlegają modyfikacji, ich znajomość jest bardzo ważna, ponieważ pielęgniarka środowiskowo – rodzinna na ich podstawie może wyłonić osoby zagrożone chorobą.

WIEK

Cukrzyca insulinozależna najczęściej występuje u dzieci i osób poniżej 40 roku życia. Nie znaczy to jednak, że nie chorują na nią osoby w innych grupach wiekowych. Po 40 roku życia przeważa cukrzyca niezależna od insuliny. Należy wziąć pod uwagę fakt, że po 30 roku życia w organizmie przeważają zmiany wsteczne, którym również podlega trzustka. Sprzyjają one zmniejszeniu sekrecji insuliny, obniżeniu metabolizmu, wrażliwości tkanek na insulinę oraz tolerancji glukozy.

PŁEĆ

W Polsce kobiety częściej zapadają na cukrzycę typu 2, natomiast mężczyźni częściej chorują na typ 1.

PREDYSPOZYCJE RODZINNE

Wieloletnie badania dowodzą, że wystąpienie cukrzycy determinują uwarunkowania genetyczne. Zwłaszcza jej 2 typ. Badania wykazały, że jeśli jedno z bliźniąt jednojajowych zachoruje to prawdopodobieństwo zachorowania drugiego wynosi 50-70%². Te same badania ukazują, że czynnik genetyczny jest bardzo ważny, ale ważne jest również chorobotwórcze działanie środowiska zewnętrznego. Możemy jednak uznać, że skoro w rodzinie występuje cukrzyca to zdecydowanie większe skłonności do zachorowania posiada cała grupa krewnych. Jednak być skłonny to nie znaczy jeszcze, że trzeba zachorować. Chociaż należy być bardziej czujnym, przede wszystkim często poddawać się badaniom kontrolnym oraz stosować profilaktykę cukrzycową.

CIĄŻA

Powszechnie uważa się, że ciąża jest stanem fizjologicznym, jednak istnieją doniesienia na jej diabetogenny charakter. Dlatego też podejmowane działania diagnostyczne, powinny być zorientowane na wszystkie kobiety w ciąży, bez względu na to czy istnieją inne czynniki ryzyka.

INFEKCJE WIRUSOWE

W licznych badaniach stwierdzono, że zakażenia wirusowe mogą odgrywać rolę czynnika uszkadzającego komórki beta trzustki, a tym samym usposabiać do cukrzycy typu 1.

Objawy takie zaobserwowano po zakażeniu:

- Wirusem zapalenia przyusznic,
- Coxsackie,
- Różyczki,

² Tatoń J., Czech A., Poradnik Jak zwyciężyć cukrzycę, PZWL, Rok 2006, Str.62

- Paragrypy,
- Cytomegalii

Poprzez proces autoagresji (uszkodzone przez wirusy komórki beta stają się dla organizmu obce. Organizm odpowiada atakiem komórek odpornościowych, niszcząc własne komórki beta, gdyż nabrały one cech obcych) zniszczonych zostaje około 90% komórek beta. W wyniku czego prawie zupełnie znika możliwość wytwarzania oraz wydzielania insuliny. W taki sposób powstaje cukrzyca, wymagająca podawania insuliny z zewnątrz.

2.1.2. CZYNNIKI RYZYKA CUKRZYCY PODLEGAJĄCE MODYFIKACJI

Dla pielęgniarce znajomość czynników ryzyka cukrzycy podlegających modyfikacji ma nieco inne znaczenie. Istnieją dwa powody dla których powinna je znać.

Po pierwsze, znając te czynniki łatwiej będzie identyfikować osoby zagrożone chorobą, podobnie jak przy analizie czynników ryzyka nie podlegających modyfikacji.

Po drugie, pielęgniarka identyfikując je ma możliwość nawiązania współpracy z osobami zagrożonymi cukrzycą, z ich rodzinami w celu zminimalizowania bądź całkowitego wyeliminowania czynników, których istnienie stwierdziła.

NADCIŚNIENIE TĘTNICZE

Chorzy na cukrzycę są w szczególny sposób narażeni na występowanie nadciśnienia tętniczego. Główną przyczyną schorzenia u tych pacjentów jest uszkodzenie nerek, jednak wartości ciśnienia tętniczego zależą w dużej mierze od wyrównania metabolicznego podstawowej choroby. Dlatego też leczenie nadciśnienia u chorych na cukrzycę powinno opierać się na modyfikacji stylu życia, wyrównaniu metabolicznym cukrzycy oraz na terapii farmakologicznej.

Nadciśnienie tętnicze w istotny sposób wpływa na:

- rozwój powikłań u pacjentów z cukrzycą,
- rokowanie we wszystkich typach cukrzycy,
- zwiększenie umieralności chorych na cukrzycę.

Według najnowszych badań istotną rolę w patofizjologii nadciśnienia tętniczego odgrywa nietolerancja glukozy, która spowodowana jest insulinoopornością oraz hiperinsulinizmem, jako pierwotna forma choroby metabolicznej.

W prewencji nadciśnienia tętniczego znaczącą rolę przypisuje się:

- eliminacji palenia tytoniu oraz spożycia alkoholu,
- redukcji nadwagi,
- ograniczeniu w diecie węglowodanów,
- regularnemu stosowaniu wysiłku fizycznego.

OTYŁOŚĆ

Najistotniejszym środowiskowym czynnikiem ryzyka cukrzycy typu 2 jest otyłość. Wraz ze zwiększaniem się wskaźnika masy ciała wzrasta również zagrożenie wystąpieniem cukrzycy.

Ścisłe epidemiologiczne związki cukrzycy typu 2 z otyłością wynikają głównie z insulinooporności powodowanej między innymi przez otyłość.

Nie bez znaczenia jest rodzaj otyłości. Wisceralny (brzuszny) typ otyłości jest związany z gromadzeniem się w obrębie brzucha tkanki tłuszczowej.

Typ ten uznano za bardziej cukrzycorodny niż typ otyłości pośladowko-udowej.

Potwierdzono bezpośrednią zależność pomiędzy otyłością brzuszną, mierzoną poprzez obwód talii, a cukrzycą typu 2, dlatego też niezależnym od wskaźnika masy ciała (BMI) czynnikiem ryzyka jest właśnie zwiększony obwód talii.

Wykazano, że pomiar obwodu talii pozwala wskazać zagrożenie cukrzycą nawet u pacjentów z prawidłową masą ciała.

Istnieje więc zasadność rutynowego traktowania pomiaru obwodu talii

u pacjentów za równie ważne, jak regularne mierzenie poziomu glukozy, ciśnienia tętniczego i cholesterolu we krwi.

AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA

W leczeniu jak również w zapobieganiu cukrzycy typu 2 istotnym czynnikiem jest wysiłek fizyczny. Dowiedziono, że odpowiednie do wieku i stanu zdrowia formy aktywności fizycznej oraz właściwa dieta o 50 % zmniejszają ryzyko wystąpienia cukrzycy u osób z upośledzoną tolerancją glukozy.³

Regularny wysiłek fizyczny wiąże się ze zwiększeniem wrażliwości tkanek, a zwłaszcza mięśni, na działanie insuliny, ze spadkiem masy ciała, z poprawą profilu lipidowego oraz ze stanem emocjonalnym. Może on zmniejszyć zagrożenie powstania cukrzycy typu 2 o około 40%⁴.

Poprzez zmniejszanie insulinooporności, ułatwianie magazynowania i wykorzystania glukozy w efekcie uzyskujemy poprawę stanu metabolicznego organizmu.

Zatem istotne staje się propagowanie regularnego wysiłku fizycznego:

„ Ruch bowiem jest w stanie zastąpić prawie każdy lek, ale wszystkie leki razem wzięte nie zastąpią ruchu”.

PALENIE TYTONIU

Czy istnieje związek między paleniem tytoniu, a zachorowaniem na cukrzycę? Jedną z hipotez głosi, iż osoby palące prowadzą generalnie niezdrowy tryb życia, nie dbają o odpowiednią dietę, mają bardzo mało ruchu, a to są czynniki ryzyka powstania cukrzycy.

³ Bożydar Latkowski J, Witold Łukas Medycyna Rodzinna

⁴ Abramczyk A., Profilaktyka i wczesne wykrywanie cukrzycy Wrocław 2002

Dym tytoniowy zawiera w sobie 4000 składników chemicznych, z czego 40 to związki rakotwórcze. Do najbardziej szkodliwych należą: benzen, nitrozoaminy, kadm, nikiel, arsen, ołów, chrom, tiocyjanek, tlenek węgla i nikotyna⁵.

Obecnie, z całą pewnością można stwierdzić, że jednym z głównych zagrożeń zdrowia i życia człowieka jest palenie tytoniu. Sprzyja ono powstawaniu nadciśnienia tętniczego, miażdżycy oraz jest źródłem hiperinsulinizmu, zatem może być źródłem obniżonej wrażliwości na insulinę. Wykazano, iż u chorych na cukrzycę palenie jest przyczyną powstawania swoistych powikłań cukrzycowych w postaci zmian naczyń krwionośnych nerek, kończyn dolnych, serca, mózgu i narządu wzroku. Dlatego też, ci chorzy są bardziej narażeni na niewydolność nerek, ślepotę, zawał mózgu, serca, lub amputację kończyny. Możemy, zatem powiedzieć, że chorzy na cukrzycę narażeni są na wszystkie skutki palenia tytoniu jak pozostali ludzie, plus na dodatkowe zagrożenia wynikające ze „współdziałania” cukrzycy oraz nałogu palenia. Dlatego wniosek jest oczywisty: chorzy na cukrzycę są zdecydowanie bardziej narażeni na utratę zdrowia niż osoby bez cukrzycy.

STRES

William Osler głosił, że „wysoka presja w jakiej człowiek żyje i przyzwyczajenie do pracy jak maszyna są bardziej odpowiedzialne za zmiany w naczyniach wieńcowych niż okresowe folgowanie sobie w jedzeniu i picciu”⁶.

Stres uznano za jeden z czynników usposabiających do powstawania wielu chorób psychosomatycznych oraz cukrzycy.

Silne, emocjonalne przeżycia niejednokrotnie sprzyjają ujawnieniu się istniejącej już cukrzycy, a czasami poprzedzają jej wystąpienie.

U osób z cukrzycą możemy zaobserwować stany frustracji, zaniżonej samooceny i mniejszej tolerancji w znoszeniu trudności.

Stres działając na układ hormonalny hamuje wydzielanie insuliny, a to w konsekwencji prowadzi do zaburzonego metabolizmu węglowodanów.

⁵ Ślusarska B., Zarzycka D., Zachradniczek K., Podstawy pielęgniarstwa, tom I, Wyd. Czelej, Lublin 2004, S.681

⁶ Naruszewicz M., op.cit str.238

2.2. KRYTERIA WYRÓWNANIA CUKRZYCY

Głównym celem w leczeniu cukrzycy powinno być dążenie do osiągnięcia wszystkich wartości docelowych dotyczących gospodarki lipidowej, węglowodanowej oraz ciśnienia tętniczego. Często zdarza się, że poprzez samo dążenie do wartości docelowych można poprawić stopień wyrównania cukrzycy.

Należy indywidualizować intensywność dążenia do wartości docelowych, biorąc pod uwagę: stopień edukacji pacjenta, stopień ryzyka hipoglikemii oraz relacje ryzyka i korzyści uzyskania tych wartości.

U osób w starszym wieku i w sytuacji współistnienia chorób towarzyszących, jeśli prognoza przeżycia nie osiąga 10 lat, należy tak złagodzić kryteria wyrównania cukrzycy, aby nie pogorszyć jakości życia pacjenta⁷.

Tabela 1.

Kryteria wyrównania gospodarki węglowodanowej.

glikemia	mg/dl	mmol/l
Na czczo w osoczu żylnym	≤ 110	≤ 6,1
Na czczo w czasie samokontroli	70 - 90	3,9 – 5,0
Po posiłku podczas samokontroli	Do 135	7,5

⁷ Medycyna Praktyczna 4(194) kwiecień 2007 ISSN 0867-499x

GLIKEMIA POPOSIŁKOWA

Oznacza się ją najczęściej 1,5 – 2 godzin po posiłku. Stanowi ważny element oceny wyrównania cukrzycy. Udowodniono, że istnieje związek tejże właśnie glikemii z powikłaniami cukrzycy o typie makroangiopatii. Przede wszystkim stanowi niezbędny element kontroli cukrzycy.

HEMOGLOBINA GLIKOWANA HbA1c

Jest to podfrakcja hemoglobiny, która uległa wewnątrzkomórkowej glikacji. Jej poziom odzwierciedla średnie stężenie glukozy we krwi w ciągu 2-3 miesięcy jest to średni czas przeżycia czerwonej krwinki. Badanie to jest szczególnie wartościowym wskaźnikiem metabolicznego wyrównania cukrzycy zarówno w badaniach epidemiologicznych, naukowych oraz dla oceny pojedynczego pacjenta. Należy pamiętać, im wyższa wartość HbA1c, tym większe ryzyko przewlekłych powikłań.

Należy dążyć do osiągnięcia HbA1c w przedziale od $\leq 6,1\%$ do $\leq 6,5\%$

Tabela 2.

Kryteria wyrównania gospodarki lipidowej

	mg/dl	mmol/l
Cholesterol całkowity	< 175	< 4,5
Frakcja LDL	<100	< 2,6
Frakcja LDL u chorych na cukrzycę	< 70	< 1,9
Frakcja HDL	> 40 dla kobiet wyższy o 10	> 1,0 dla kobiet wyższy o

		0,275
Trójglicerydy	<150	< 1,7

Tabela 3.

Kryteria wyrównania ciśnienia tętniczego

Ciśnienie skurczowe	Ciśnienie rozkurczowe
< 130 mm Hg	<80 mm Hg
.	

Ciśnienie tętnicze >115/75 mm Hg zwiększa ryzyko wystąpienia powikłań ze strony układu sercowo-naczyniowego. Uważa się, iż przy wartościach >130/80 mm Hg należy wprowadzić leczenie farmakologiczne w celu osiągnięcia wartości <130/80 mm Hg.

Należy zawsze dążyć do realizacji zalecanych celów. Czasami ze względu na wiek, stan mentalny, towarzyszące choroby i prognozowaną długość życia możemy zliberalizować kryteria wyrównania metabolicznego cukrzycy.

3.PROFILAKTYKA CUKRZYCY

Profilaktyka jest to szereg działań, które mają na celu zapobieganie chorobie bądź też innemu niekorzystnemu zjawisku zdrowotnemu. Głównym zadaniem profilaktyki jest zapobieganie poważniejszym konsekwencjom choroby poprzez jej wczesne wykrycie, a następnie leczenie. Celem natomiast jest podjęcie szybkich i skutecznych działań, które przywrócą zdrowie, a w przypadku zachorowania zahamują jej postęp lub wystąpienie powikłań.

W profilaktyce wyróżniamy trzy fazy:

Profilaktyka wczesna – jej celem jest przede wszystkim zapobieganie szerzeniu się niekorzystnych wzorców zachowań, utrwalenie prawidłowych wzorców zdrowego stylu życia, w odniesieniu do osób zdrowych.

Profilaktyka pierwotna (I fazy) - jej celem jest zapobieganie chorobie poprzez kontrolowanie czynników ryzyka, w odniesieniu do osób narażonych na te czynniki.

Profilaktyka wtórna (II fazy) - celem tej fazy jest zapobieganie konsekwencjom choroby poprzez wczesne jej wykrycie i leczenie (ważną rolę odgrywają badania skринingowe, których celem jest wykrycie chorych osób).

Profilaktyka III fazy – jej działania powinny zmierzać w kierunku zahamowania postępu choroby jak również ograniczeniu powikłań.

Działania profilaktyczne przynoszą wymierne korzyści dla społeczeństwa w postaci:

- poprawy stanu zdrowia ludności,
- poprawy zdrowotnej świadomości populacji,
- zmniejszenia ilości osób z trwałym inwalidztwem, bądź z powikłaniami chorób,
- zmniejszenia liczby zgonów i zachorowań,
- zmniejszenia absencji chorobowej,
- obniżenia kosztów leczenia,
- zwiększenia odsetka wyleczeń,
- zwiększenia wykrywalności chorób we wczesnej fazie rozwoju.

W marcu 2002 roku Amerykański Departament Zdrowia i Usług dla Ludności oraz Amerykańskie Stowarzyszenie Cukrzycy wprowadziły do praktyki lekarskiej określenie – stan przedcukrzycowy (prediabetes)⁸.

Główne cele upowszechnienia tego terminu to:

- ukazanie społeczeństwu, że zaburzenia gospodarki węglowodanowej to zagrożenia dla zdrowia oraz życia człowieka już od najwcześniejszych etapów
- zmotywowanie osób z rozpoznaniem prediabetes do podjęcia działań, które zmniejszą możliwość rozwoju cukrzycy i chorób sercowo – naczyniowych.

Stan ten obejmuje:

- nieprawidłową glikemię na czczo (IFG) – 100-125 mg/dl⁹
- nieprawidłową tolerancję glukozy (IGT) – glikemia w 120 minucie doustnego testu tolerancji glukozy (OGTT) w granicach 140-199 mg/dl¹⁰.

Można przypuszczać, że liczba osób z prediabetes w Polsce jest duża. Dlatego ich zidentyfikowanie ma ogromne znaczenie. Stan przedcukrzycowy nie tylko zwiększa ryzyko rozwoju cukrzycy, ale również chorób układu sercowo-naczyniowego, zwłaszcza udaru mózgu oraz zawału serca.

⁸ Lekarz Rodzinny, styczeń 2006, Rok XI, Nr 1

⁹ Lekarz Rodzinny, styczeń 2006, Rok XI, Nr 1

¹⁰ Lekarz Rodzinny, styczeń 2006, Rok XI, Nr 1

We współczesnej diabetologii niezwykle ważną rolę odgrywają lekarze rodzinni. Głównie dlatego, że mają możliwość wieloletniego monitorowania stanu zdrowia swoich podopiecznych, a także dlatego, iż posiadają wiedzę na temat rodzinnych i środowiskowych czynników ryzyka wystąpienia chorób przewlekłych. Jest to źródło niezwykle wartościowych informacji, i to one powinny decydować o wykonaniu przesiewowych oraz diagnostycznych badań we właściwym czasie i w określonej populacji.

Istnieją dowody na to, że chorobie jaką jest cukrzyca można zapobiegać, a na pewno wcześniej rozpoznawać. Profilaktyka jednak jest bardzo trudna. Otwartą sprawą pozostaje forma interwencji, czas i sposób jej przeprowadzenia.

W przypadku cukrzycy zwłaszcza 2 typu głębokie uzasadnienia mają badania przesiewowe, gdyż:

- chorobę tę poprzedza kilkuletni okres bezobjawowy (5-7 lat),
- około 30-50% osób nie wie o występujących u nich zaburzeniach gospodarki węglowodanowej ¹¹,
- u znacznego odsetka chorych w chwili wykrycia choroby istnieją już powikłania.

Rozpoznanie we wczesnym etapie zachorowania może nie tylko zatrzymać postęp choroby, ale również zmniejszyć ryzyko powikłań o podłożu mikro i makroangiopatii. Jednak ze względów ekonomicznych badania skринingowe powinny obejmować tylko osoby podwyższonego ryzyka. Brak jest również potwierdzonych danych świadczących o skuteczności takiego postępowania u osób asymptomatycznych, zwłaszcza przed 45 rokiem życia. Zadaniem przeprowadzanych badań przesiewowych jest identyfikacja osób, u których nie ma objawów, ale mogą one chorować na cukrzycę. U tych osób można oznaczać stężenie glukozy we krwi włosniczkowej za pomocą glukometrów oraz w pełnej krwi żyłnej. Jeśli wynik jest pozytywny należy jeszcze wykonać standardowe testy dla ustalenia ostatecznego rozpoznania.

W profilaktyce cukrzycy u osób z grupy ryzyka można określić FPG, to jest stężenie glukozy w osoczu krwi żyłnej na czczo oraz OGTT – doustny test tolerancji glukozy. Podstawowym jednak badaniem jest właśnie FPG ze względu na to, że jest tanie oraz akceptowane przez ogół pacjentów.

¹¹ Lekarz Rodzinny, styczeń 2006, Rok XI, NR 1

Badania przesiewowe powinny być wykonywane u każdej asymptotycznej, dorosłej osoby w wieku powyżej 45 roku życia, szczególnie z nadwagą. W sytuacji, kiedy pomiary glikemii u tych osób były prawidłowe należy powtarzać je 1 raz na 3 lata. Należy rozważyć również wykonanie tych testów u osób młodszych lub przeprowadzać je w krótszych odstępach czasu (1 raz na rok), u osób z współistniejącymi, dodatkowymi czynnikami ryzyka. Zauważono, że w ostatnim czasie gwałtownie zwiększa się zachorowalność na cukrzycę typu 2 u dzieci i młodzieży. Z tego powodu skrining należy rozważyć u dzieci od 10 roku życia lub w okresie dojrzewania. Podobnie jak w przypadku dorosłych wskazanym testem jest oznaczenie poziomu glikemii na czczo, powtarzane co 2 lata, oczywiście jeśli otrzymany wynik jest prawidłowy.

Według powszechnego przekonania, szczególnie skutecznym działaniem prewencyjnym jest wdrażanie zasad zdrowego stylu życia. W tym procesie, w osiągnięciu powodzenia niezwykle ważnym ogniwem jest aktywny udział lekarzy i pielęgniarek rodzinnych.

Nie od dziś wiemy, że nadmierna ilość oraz nieodpowiednia jakość spożywanych tłuszczów podwyższa ryzyko wystąpienia zaburzeń gospodarki węglowodanowej. Według fińskich badań również sól kuchenna może podwyższać to ryzyko. Natomiast udowodniono wpływ aktywności fizycznej na obniżenie ryzyka zachorowania na cukrzycę typu 2. Z tych obserwacji wynikają konkretne zalecenia dla Podstawowej Opieki Zdrowotnej, aby proponować pacjentom wykorzystanie dni wolnych od pracy do zintensyfikowania ćwiczeń fizycznych. Niestety, jednak tak się nie dzieje, wręcz odwrotnie wolne weekendy bardzo często są okresami całkowitej bezczynności i jednoczesnym spożywaniu dużych ilości pokarmów, co prowadzi do przyrostu masy ciała. Z tego natomiast niejednokrotnie wynikają poważne konsekwencje zdrowotne. Aby uniknąć tych konsekwencji w postaci np. zwiększonego ryzyka zachorowania na cukrzycę należy:

1. Motywować do redukcji masy ciała, wszystkie osoby otyłe.
2. Zadbać o spożywanie takiej ilości kalorii, jaką nasz organizm faktycznie potrzebuje.
3. Wybierać produkty naturalne, bogate w błonnik, węglowodany złożone oraz tłuszcze pochodzenia roślinnego.

4. Regularnie spożywać przynajmniej 3 posiłki dziennie, co zapewnia stałą podaż składników odżywczych.
5. Stosować wysiłek fizyczny przynajmniej 1 godzinę dziennie – odpowiednio do wieku i możliwości.

Należy unikać lub przynajmniej minimalizować kontakt z czynnikami ryzyka, do których należy alkohol, papierosy, zanieczyszczenie środowiska.

3.1. UDZIAŁ PIEŁĘGNIARKI ŚRODOWISKOWO – RODZINNEJ W PROFILAKTYCE CUKRZYCY.

Integralną część systemu Ochrony Zdrowia stanowi pielęgniarstwo środowiskowe. Biorąc pod uwagę fakt, że celem Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) poza leczeniem i rehabilitacją jest promocja zdrowia i profilaktyka, dlatego też istotna rola w realizacji zadań przypada właśnie pielęgniarce środowiskowej.

W dokumencie programowym przekształceń POZ Wiedeńskiej Deklaracji Pielęgniarstwa wyznacza się działania pielęgniarstwu w POZ dotyczące:

- zapobiegania chorobom,
- utrzymania oraz potęgowania zdrowia,
- udziału w diagnozowaniu i leczeniu,
- włączenie pacjentów, rodzin, środowisk do programu opieki zdrowotnej oraz przyjęciu przez nich odpowiedzialności za zdrowie,
- świadczeń pielęgnacyjno opiekuńczych,
- udziału w rehabilitacji i rewalidacji.

Pielęgniarka rodzinna może mieć udział w zmianie zdrowia społeczeństwa poprzez: pracę z rodziną i w rodzinie, gdzie kształtuje się styl życia, wzory zachowań, a także niejednokrotnie ujawniają się rodzinne czynniki stanowiące zagrożenie dla zdrowia osób w rodzinie.

Pielęgniarka środowiskowo-rodzinna na podstawie rozpoznanych objawów chorobowych, czynników ryzyka oraz poprzez współpracę z lekarzem,

uczestniczy w profilaktyce i terapii, wpływa również na zmniejszenie zagrożenia chorobą i jej powikłaniami.

Stały kontakt pielęgniarki środowiskowej z mieszkańcami (objętymi opieką w ramach kontraktu pielęgniarskiego lub lekarza rodzinnego) w rejonie pracy, pozwala pielęgniarce w warunkach wizyty domowej na poszukiwanie czynników, które przez epidemiologów oraz diabetologów uznane są za czynniki ryzyka cukrzycy.

Pielęgniarka poprzez zgromadzone informacje, wywiad rodzinny oraz znajomość czynników ryzyka powstawania chorób, jest w stanie wyodrębnić grupę osób zagrożonych tą chorobą. Część z tych osób powinna jak najszybciej zostać zdiagnozowana przez lekarza, natomiast pielęgniarka powinna rozpocząć edukację ukierunkowaną na konkretny czynnik ryzyka.

Efektom tych działań powinno być całkowite zredukowanie ryzyka wystąpienia choroby, bądź jej zminimalizowanie.

Udział pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej w profilaktyce cukrzycy wymaga od niej zorganizowanej pracy, przebiegającej według następujących po sobie etapów takich jak: rozpoznawanie, planowanie, realizacja oraz ocena.

Dlatego też wymagane jest, aby pielęgniarka:

- zbierała dane do oceny ryzyka cukrzycy oraz zagrożenia tą chorobą bez względu na płeć i wiek,
- wspólnie z podopiecznym i jego rodziną planowała działania profilaktyczne, oraz w porozumieniu z lekarzem rodzinnym ustalała dalsze działania profilaktyczno- terapeutyczne,
- w porozumieniu z pacjentem, jego rodziną realizowała w środowisku ustalone działania,
- oceniała efektywność pracy z indywidualną osobą bądź rodziną w zakresie:
 1. Ograniczenia bądź eliminacji wpływu rozpoznanych czynników ryzyka cukrzycy,
 2. Podjęcia leczenia przez tych, którzy potrzebują tego rodzaju pomocy,

3. Zwiększenia bądź utrzymania udziału w leczeniu osób z współistniejącymi stanami chorobowymi powiązаныmi z ryzykiem cukrzycy.

3.1.1. GROMADZENIE DANYCH DO OCENY RYZYKA CUKRZYCY

Podstawą wszelkiej działalności pielęgniarskiej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy jest rozpoznanie pielęgniarskie pozwalające na wyodrębnienie osób zagrożonych cukrzycą, spośród ogółu populacji zamieszkującej w rejonie pracy pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej.¹² Pozyskiwanie informacji odbywa się podczas wywiadu pielęgniarskiego. w czasie którego identyfikowana jest obecność czynników powiązanych w różnym stopniu z ryzykiem cukrzycy, jak również objawy i stany chorobowe mogące sugerować istnienie tej choroby. Prowadząc ukierunkowany wywiad środowiskowy oraz dokonując pomiarów pielęgniarka powinna dokładnie dokumentować otrzymane informacje. Oceny poszczególnych parametrów, czynników ryzyka należy dokonywać przy udziale podopiecznych, informując o wartości badanej cechy i wynikach jej oceny.

3.1.2. PLANOWANIE DZIAŁAŃ PROFILAKTYCZNYCH W PRAKTYCE PIELĘGNIARKI ŚRODOWISKOWO- RODZINNEJ.

Jest to kolejny po rozpoznaniu etap pracy pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej.

Na tym etapie powinny być ustalone działania zmierzające do ograniczenia występowania rozpoznanych czynników ryzyka cukrzycy.

Planując działania pielęgniarka wspólnie z podopiecznym, jego rodziną ustala:

¹² Kawczyńska-Butrym Z.:Diagnoza Pielęgniarska, PZWL, Warszawa 1999

- cel pracy (np. poprawa sposobu odżywiania, ograniczenie palenia tytoniu, zwiększenie aktywności fizycznej, redukcja nadwagi, eliminacja spożywania alkoholu),
- realizatora poszczególnych działań (np. pielęgniarka – jako edukator, pacjent – zobowiązujący się do przestrzegania proponowanych zaleceń, opiekun – np. przygotowujący posiłki uwzględnia zasady zdrowego żywienia, wspomagający podopiecznego, eliminujący bariery architektoniczne),
- w jakim zakresie potrzebna jest pomoc z zewnątrz i czego ma dotyczyć,
- (opieka domowa, pomoc finansowa)
- jakie metody pracy oraz formy mogą być wykorzystane podczas pracy z pacjentem i jego rodziną (rozmowy, dyskusje).

Planowanie pracy z podopiecznym i jego rodziną wymaga uwzględnienia informacji wskazujących na¹³:

- możliwość włączenia rodziny do współpracy na rzecz osoby z ryzykiem cukrzycy, bądź brak pomocy ze strony rodziny. O możliwości udziału rodziny będą decydować między innymi: więzi emocjonalne łączące członków rodziny, dyspozycyjność czasowa, cechy strukturalne rodziny,
- o sytuacji socjalno-bytowej, wyznaczającej możliwość realizacji planowanych działań,
- o aktualnym poziomie wiedzy rodziny i samego podopiecznego na temat czynników ryzyka cukrzycy oraz zachowań zapobiegających chorobie,
- o grupach wsparcia społecznego, które funkcjonują w obszarze zamieszkania,
- o przyjętych wzorcach kulturowych w środowisku i rodzinie dotyczące np. aktywności fizycznej, żywienia, masy ciała.

Zakres przekazywanych wiadomości w pracy z podopiecznym i rodziną powinien być oparty na aktualnych zaleceniach zdrowotnych, wykorzystując przy tym różnorodne środki dydaktyczne oraz formy edukacji.

Nigdy jednak nie powinno się zastępować instruktą, wyjaśnień, konsultacji wręceniem pacjentowi lub rodzinie wybranej na dany temat ulotki czy broszurki informacyjnej.

¹³ Kawczyńska- Butrym Z. ;Podstawy pielęgniarstwa rodzinnego, PZWL, 1995

W momencie, kiedy została rozpoznana choroba pielęgniarka pełni rolę wyjaśniającą, motywującą i wspomagającą pacjenta w przestrzeganiu zaleconych przez lekarza procedur leczenia. Kontroluje również przestrzeganie wymaganych zachowań zdrowotnych zorientowanych na zapobieganiu powikłaniom choroby.

3.1.3. REALIZACJA DZIAŁAŃ PROFILAKTYCZNYCH

Kolejnym, istotnym etapem w pracy pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej jest realizacja podjętych działań. Podczas kolejnych wizyt w środowisku pielęgniarka:

- realizuje ustalone w planie działania,
- koordynuje zadania podopiecznego i rodziny
- przekonuje i doradza
- konsultuje
- pomaga dostrzec nawet małe efekty w dotychczas podejmowanych działaniach.

Jeśli istnieje potrzeba, na bieżąco dokonuje zmian we wcześniej ustalonym planie. W trakcie realizacji poszczególnych działań pozyskuje również informacje na temat trudności podopiecznych w przestrzeganiu określonych zaleceń oraz bieżących wyników.

3.1.4. OCENA PIELEŃNIARSKA

Ostatnim już etapem, kończącym cykl pracy z podopiecznym, jest ocena końcowa. Wskazuje ona na ostateczny wynik podjętych działań oraz uzyskany efekt. Oceny należy dokonać biorąc pod uwagę stan wyjściowy ze stanem końcowym po upływie ustalonego z podopiecznym i rodziną terminie. Należy jej dokonać przy aktywnym udziale pacjenta i jego rodziny, pozwala to dostrzec podopiecznemu efekt dotychczasowej pracy oraz świadome ponoszenie

odpowiedzialności za własne zachowania i podejmowane decyzje o ich modyfikacji.

Ocena powinna obejmować:

- stopień osiągnięcia wyznaczonego celu,
- trudności w realizacji określonych zadań,
- aktywność podopiecznego, jego rodziny w realizacji ustalonych działań,
- adekwatność doboru działań do wyznaczonego celu,
- identyfikację określonych zachowań zdrowotnych.

Właściwie przeprowadzona ocena pozwoli na trafny dobór działań, które w przyszłości będą sprzyjały osiągnięciu wyznaczonego celu, a także optymalny dobór metod edukacji oraz środków dydaktycznych.

3.2. POSTĘPOWANIE PIEŁĘGNIARKI ŚRODOWISKOWO RODZINNEJ W PROFILAKTYCE CUKRZYCY

Podstawą postępowania pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej w profilaktyce cukrzycy są przede wszystkim zgromadzone przez nią dane. Obejmują one kolejno czynniki ryzyka, które można oszacować w warunkach domowych.

PŁEĆ I WIEK

Ustalenie tych danych odbywa się podczas rozmowy z podopiecznym bądź na podstawie dokumentu tożsamości. W przypadku, dzieci oraz osób z zaburzeniami pamięci informacje uzyskuje się od opiekunów.

Jeśli chodzi o ryzyko z uwagi na wiek i płeć to czynnik ten nie podlega modyfikacji, należy jednak uświadomić podopiecznych o istnieniu takiego czynnika zwracając ich uwagę na:

- zwiększenie kontroli nad własnym oraz dzieci zdrowiem poprzez np. prawidłowe żywienie, ochronę przed infekcjami, umiejętne radzenie sobie ze stresem, unikanie picia alkoholu i palenia tytoniu,
- dostrzeżenie wpływu zachowań zdrowotnych przestrzeganych w dzieciństwie, młodości na możliwość wystąpienia choroby w późniejszym wieku.

PREDYSPOZYCJE RODZINNE

W momencie ustalenia występowania cukrzycy w rodzinie należy uświadomić choremu ryzyko wystąpienia choroby wynikające z predyspozycji rodzinnych.

Działania mające na celu budowanie tej świadomości powinny obejmować:

- motywację do regularnego wysiłku fizycznego,
- kształtowanie zdrowego żywienia,
- zachęcanie do życia wolnego od nałogów,
- redukcję masy ciała,
- naukę samoobserwacji w kierunku objawów cukrzycy,
- mobilizowanie do regularnych badań lekarskich i biochemicznych.

CISNIENIE TĘTNICZE KRWI

Pielęgniarka ustalając ryzyko wystąpienia cukrzycy w związku z odnotowaniem nieprawidłowego ciśnienia tętniczego krwi, planując pracę z takim podopiecznym powinna uwzględnić:

- czynniki sprzyjające występowaniu nadciśnienia tętniczego, czyli nieprawidłowe odżywianie, otyłość, stres, palenie tytoniu, picie alkoholu,
- konsekwencje wynikające z utrzymywania się nadciśnienia tętniczego: zaburzenia ukrwienia nerek, mózgu, choroby serca,

- zachowania mające na celu optymalizację ciśnienia tętniczego – ograniczona podaż soli, dieta niskoenergetyczna, większa ilość spożywanych warzyw, owoców, eliminacja picia alkoholu, palenia tytoniu, kontrola ciśnienia oraz regularne przyjmowanie zaleconych leków i redukcja nadwagi u otyłych,
- zasadność zgłaszania się na badania do lekarza rodzinnego.

MASA CIAŁA

Dążąc do eliminacji ryzyka wynikającego z otyłości pielęgniarka powinna uwzględnić zagadnienia dotyczące:

- związku między ryzykiem cukrzycy a nadmierną masą ciała,
- negatywnych aspektów zdrowotnych, estetycznych, ekonomicznych wynikających z otyłości,
- pozytywnych efektów redukcji masy ciała,
- sposobów redukcji otyłości (unikanie jedzenia podczas oglądania telewizji, dieta uwzględniająca zapotrzebowanie energetyczne ustroju, unikanie słodczy i słodkich napojów, spożywanie ostatniego posiłku minimum 2 godziny przed snem, najlepiej 5 posiłków dziennie, codzienny wysiłek fizyczny minimum 30 minut),
- czynników sprzyjających otyłości,
- znaczenia codziennej aktywności fizycznej i jej wpływ na optymalizację masy ciała,
- zasadności zgłaszania się na dalsze badania zwłaszcza, gdy została rozpoznana otyłość.

ODŻYWIANIE

Rozpoznając ryzyko wystąpienia cukrzycy wynikające z nieprawidłowości w zakresie odżywiania, pielęgniarka środowiskowa powinna skupić się na błędach, które wystąpiły przy ocenie cech żywienia. Planując pracę z podopiecznym i rodziną w tym zakresie pielęgniarka powinna:

1. Omówić zasady zdrowego odżywiania, zwracając szczególną uwagę na:

- spożywanie większej ilości warzyw (4 x dziennie) i owoców (3 x dziennie),
- codzienne spożywanie produktów zawierających błonnik – ciemne pieczywo, grube kasze,
- ograniczenie mięsa wieprzowego na rzecz mięsa z ryb morskich,
- ze względu na zawartość cholesterolu ograniczenie spożycia jaj,
- przyjmowanie o stałych porach 3 do 5 posiłków dziennie,
- unikanie dojadania między posiłkami,
- ograniczenie spożywania cukrów prostych – słodyczy, ciast, soków i napojów wysokosłodzonych.

2. Wyjaśnić związek pomiędzy ryzykiem cukrzycy, a odżywianiem.

3. Ukazać negatywne konsekwencje wynikające z nieprawidłowego odżywiania oraz wskazać pozytywne aspekty prawidłowego żywienia.

4. Nauczyć podopiecznego planowania posiłków zgodnie z zasadami zdrowego odżywiania.

AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA

Planując działania do pracy z pacjentem w zakresie aktywności fizycznej pielęgniarka środowiskowo-rodzinna powinna uwzględnić zagadnienia dotyczące:

- wpływu wysiłku fizycznego na - redukcję masy ciała, wrażliwość tkanek na insulinę, układ krążenia, odporności na stres, zmęczenie, polepszenie ogólnej sprawności, samopoczucie, funkcje układu oddechowego,

- zalecanych form aktywności fizycznej – marsz, pływanie, gra z piłką, spacer, jazda na rowerze, gry towarzyskie, taniec,
- intensywności wysiłku fizycznego – najlepiej codziennie, a przynajmniej 3 x w tygodniu po 30-60 minut uzyskując 130 skurczów serca na minutę.

Wysiłek powinien być dostosowany do indywidualnych możliwości, nie obciążający nadmiernie serca i płuc.

PICIE ALKOHOLU

W przypadku rozpoznania ryzyka wynikającego ze spożywania alkoholu pielęgniarka uwzględni w planowaniu działania, które pozwolą na ustalenie:

- jakie są przyczyny nadużywania alkoholu,
- problemów, na które napotkała osoba uzależniona i jej rodzina – wychowawcze, materialne.

Planowane działania powinny mieć na celu przekazanie informacji podopiecznemu i rodzinie na temat:

- negatywnego wpływu alkoholu na organizm człowieka oraz konsekwencji jego przyjmowania (zaburzenia koncentracji uwagi, myślenia, pamięci, niekorzystny wpływ na przemianę lipidową i wzrost trójglicerydów, zaburzone funkcjonowanie społeczne),
- korzyści jakie wynikają z życia wolnego od alkoholu,
- sposobów wspomaganie osób uzależnionych przez domowników oraz najbliższe otoczenie,
- możliwości uzyskania pomocy z różnych grup wsparcia – poradnia odwykowa, klub AA,
- zachowań sprzyjających zminimalizowania spożycia alkoholu.

PALENIE TYTONIU

Planując zmniejszenie ryzyka wynikające z palenia tytoniu pielęgniarka powinna:

- określić czy osoba paląca jest gotowa zerwać z nałogiem,
- wskazać negatywne aspekty zdrowotne, ekonomiczne, estetyczne, społeczne palenia tytoniu w powiązaniu z ryzykiem cukrzycy,
- ustalić sytuacje, które sprzyjają paleniu tytoniu,
- wskazać sposoby walki z nałogiem (stosowanie środków wspomagających np. guma nikotynowa, zmniejszanie ilości wypalanych papierosów w ciągu dnia),
- uwzględnić sposoby wspierania osoby rzucającej palenie papierosów przez domowników, najbliższe otoczenie, przyjaciół, możliwość uzyskania pomocy w poradni antynikotynowej,
- przekazać informację na temat środków wspomagających walkę z nałogiem.

STRES

Rozpoznanie przez pielęgniarką podatności na stres u poszczególnych pacjentów stanowi podstawę do podjęcia przez nią działań ukierunkowanych na zmniejszenie ryzyka cukrzycy.

Ze względu na to, że stres uwarunkowany jest wpływem czynników o charakterze zawodowym i społecznym istnieje konieczność uwzględnienia w pracy z podopiecznym działań, które pozwolą:

- określić źródło stresu oraz sposób radzenia sobie z nim,
- ustalić wsparcie, na które mogą liczyć osoby w danym otoczeniu,
- aby zwiększyć umiejętności w zakresie radzenia sobie ze stresem pielęgniarka może proponować następujące hasła: twórz wokół siebie atmosferę życzliwości, żyj w zgodzie z własną naturą, koncentruj myśli na pozytywnych stronach życia, wybuchnij jeśli to pomoże, niemiłe

sprawy wyjaśniaj natychmiast, umiej przyznać rację innym, nie obciążaj siebie wygórowanymi zadaniami,

- przekazać informację na temat – zachowań zwiększających możliwość radzenia sobie ze stresem, sprzyjających pokonywaniu stresu, i ich znaczenie w kontaktach z innymi ludźmi,
- wskazać konieczność budowania wzajemnego szacunku, pozytywnych relacji w kontaktach społecznych,
- poinformować o ewentualnym kontakcie z psychologiem.

Całościowa ocena wystąpienia ryzyka cukrzycy opiera się na analizie poszczególnych czynników, które w różnym stopniu sprzyjają jej wystąpieniu. Zgromadzone przez pielęgniarkę środowiskową dane pozwalają na określenie skali zagrożenia tą chorobą, zarówno poszczególnych osób, jak również rodzin i społeczności. Zdobyte informacje dotyczące aktywności fizycznej, sposobu odżywiania, picia alkoholu, palenia tytoniu, pozwalają na planowanie oraz podejmowanie sprecyzowanych działań, które mają na celu zmniejszenie istniejącego zagrożenia cukrzycą. Tym samym znajomość rodzin oraz kontakt z nimi pozwala pielęgniarce na uwzględnienie możliwości konkretnych osób w ograniczeniu czynników ryzyka.

Zidentyfikowane objawy istotne dla ryzyka cukrzycy stanowią podstawę do motywowania podopiecznych, aby zgłosili się na dalsze badania lekarskie. U osób z rozpoznanym i zdiagnozowanym przez lekarza stanem chorobowym pielęgniarka środowiskowa planuje i wdraża konkretne działania pomagające w zachowaniu zaleconych przez lekarza procedur postępowania terapeutycznego.

Ocena pielęgniarska zagrożenia cukrzycą otwiera dalsze możliwości w zakresie profilaktyki i przeciwdziałania powikłaniom tej choroby.

4. EDUKACJA ZDROWOTNA -DEFINICJA

Edukacja zdrowotna rozumiana jest jako proces, w którym ludzie uczą się, jak dbać o własne zdrowie i zdrowie społeczności, w której żyją.¹⁴ Początki edukacji sięgają 1925 roku, kiedy to w Detroit (USA) został zorganizowany pierwszy obóz edukacyjno-rehabilitacyjny dla dzieci z cukrzycą. W następnych latach rozwijała się akcja organizowania takich obozów. W Polsce pierwszy obóz edukacyjno-rehabilitacyjny zorganizowany został w 1961 roku.

Edukacja osób przewlekle chorych wywodzi się z poglądów głoszonych jeszcze przed II wojną, przez wybitnego socjologa Floriana Znanieckiego i wielu jego uczniów Uniwersytetu Warszawskiego.¹⁵

Samo pojęcie edukacji przewlekle chorych, w tym również chorych na cukrzycę, można określić na podstawie celów, jakie powinna ona spełniać:

- przekazanie wiedzy i umiejętności, które umożliwią skuteczniejsze leczenie cukrzycy,
- wskazanie, że cukrzyca jak również jej kontrola może stać się dla pacjenta szansą racjonalnej przebudowy osobowości, a nie „drogi do ciągłej katastrofy”,
- przeciwdziałanie znużeniu, lękowi, frustracji, depresji, zagubieniu sensu życia przez twórcze podejście (wykształcone przez pacjenta) do problemów związanych z cukrzycą,

¹⁴ Ciechaniewicz W.:Pielęgniarstwo Ćwiczenia,PZWL,str.786

¹⁵ Tatoń J.Czech A.:Diabetologia .T.1.PZWL

- wyzwolenie kreatywności w stosunku do własnej osoby, zwiększenie psychicznej odporności, przysposobienie do roli pacjenta
- osiągnięcie poczucia dobrej jakości życia, eliminacja dyskryminacji społecznej i autodyskryminacji.

Opisane cele wskazują, że oprócz umożliwienia ciągłego i skutecznego kontrolowania cukrzycy, edukacja ta powinna powodować wytworzenie nowych wartości moralnych i osobowościowych. Może, więc stanowić sposób na pełne, obiektywne i subiektywne przystosowanie się do chorowania na cukrzycę.

4.1. RODZAJE I POZIOMY EDUKACJI

Metody edukacji terapeutycznej, a także jej organizacja powinny być dostosowane do szczególnych potrzeb i możliwości pacjentów.

Zależą, więc od płci, wieku, zawodu, poziomu edukacji ogólnej, rodzaju problemów medycznych oraz występujących powikłań.

Pierwszą grupą są dzieci. W wieku przedszkolnym dzieci są zbyt niedojrzałe, aby dodatkowo obciążać je odpowiedzialnością związaną z leczeniem. Natomiast dzieci w wieku szkolnym dobrze przyswajają potrzebną wiedzę i uczą się wszystkiego, czego wymaga leczenie. Dlatego też mogą w nim uczestniczyć samodzielnie, ucząc się samokontroli. Jednak należy zawsze się upewnić czy nie jest to dla nich zbyt wielkim obciążeniem.

Młodzież oraz starsze dzieci aktywnie uczestniczą w procesie leczenia, gdyż lubią czuć się samodzielne. Są odważniejsze rozumiejąc, co i dlaczego dzieje się z ich zdrowiem. Oczywiście zawsze muszą być kierowane i kontrolowane przez rodziców, bądź opiekunów. Jednak powinny to być dyskretne rady, a nie polecenia, dlatego też rodzice muszą zdobyć wiele umiejętności, dużo się nauczyć oraz wykonywać odpowiednie ćwiczenia.

Dorośli, stale biorący leki, to kolejna grupa. Również oni muszą się dużo nauczyć, gdyż wpływ leczenia na ich życie to nie tylko zażywanie tabletek i stosowanie diety. Choroba nie powinna utrudniać codziennego życia, ale należy dostosować się do sposobów jej kontroli, a nie odwrotnie. Oni także potrzebują motywowania ich do działania oraz pokrzepiania na duchu.

Kolejna grupa to pacjenci stale stosujący dietę. Ci powinni przede wszystkim zdobyć wiele wiadomości na temat diety, wyborze odpowiednich produktów, regularnym wysiłku fizycznym oraz o kontroli ewentualnych, towarzyszących chorób.

Ostatnia grupa to ludzie starsi. W ich przypadku nauka wymaga dużo więcej czasu. Co prawda nie muszą uczyć się zbyt wielu rzeczy, ale sam proces uczenia się oraz zmiana przyzwyczajeń przychodzi im bardzo powoli, dlatego niezbędne jest ciągłe powtarzanie tego, co nauczyli się wcześniej. Wśród osób mających specjalne cele jak np. kobiet planujących ciążę bądź będących w ciąży, u osób, u których oprócz cukrzycy występują inne choroby, u chorych szczególnie aktywnych zawodowo, czy też źle widzących należy ustalać i stosować osobne programy oraz metody.

4.2. PROGRAM EDUKACJI ZDROWOTNEJ

4.2.1. CELE PROGRAMU EDUKACJI

Aby rozpocząć edukację chorego należy zapytać o praktyczny cel, który chcemy osiągnąć. W każdym przypadku cukrzycy będzie on nieco inny. W leczeniu przewlekłe chorych konieczne jest uzyskanie kompromisu pomiędzy rygorystycznym dążeniem do normalizacji zaburzeń, ich wyrównania lub pełnej kontroli, a jak najmniejszym uszczupleniem radości życia.

Chociaż cukrzyca nie można jeszcze leczyć przyczynowo, nie dysponujemy jeszcze metodą przywracania pełnej wrażliwości tkanek na insulinę, to jednak możliwa jest poprawa monitorowania, skuteczności leczenia oraz samokontroli jego wyników, a więc postępowania terapeutycznego w jak najszerszym znaczeniu tego słowa.

Chorzy przewlekłe wymagają długich lat aktywnego leczenia, zmuszeni są do regularnych kontaktów ze zmieniającymi się osobami z zespołu terapeutycznego.

Często działania lecznicze zawodzą ich oczekiwanie, gdyż brakuje możliwości wyleczenia tych chorób. Jednak kosztem regularnych, codziennych starań i ograniczeń można uzyskać poprawę stanu zdrowia.

Na barki chorego zostaje przeniesione w dużej mierze przeprowadzenie leczenia, gdyż on sam dzięki umiejętnej analizie zbieranych codziennie informacji, poprzez samokontrolę i samoobserwację, zdolny jest zwiększyć jego skuteczność. Warunkiem skuteczności działania w tej sytuacji staje się wykształcenie silnych mechanizmów motywacyjnych do realizacji lekarskich zaleceń.

Aby uzyskać taką współpracę podstawowym wymogiem jest przekazanie choremu odpowiedniego zasobu informacji na temat: choroby, kontroli i samokontroli, metod leczenia, prowadzenia aktywnego stylu życia oraz spełniania wielu ról: w rodzinie, w środowisku pracy, w społeczeństwie. Informacje te należy przekazać choremu w sposób właściwy i zrozumiały przez każdego członków zespołu terapeutycznego.

4.2..2. CECHY PROGRAMU EDUKACJI

Układając program nauczania dla chorych na cukrzycę należy w nim uwzględnić:

1. Konieczność indywidualnego dostarczania informacji dotyczących samoopieki (ćwiczeń, diety, leków).
2. W celu wytworzenia głębszej motywacji do leczenia należy dostarczyć niezbędnych i praktycznych informacji, tak, aby konkretni chorzy zrozumieli sens konkretnych działań i zabiegów.
3. Pilne wysłuchiwanie opinii chorych tak często i tak długo, jak będzie to potrzebne. Mówi się, że nie ma terapii bez dialogu, a do tego najlepszym wstępem jest wysłuchanie podopiecznego.
4. Odpowiedni wybór informacji – często przecież zdarza się przeładowanie wiadomościami. Istnieje prawidłowość, że stopień zrozumienia terminologii medycznej przez chorych jest proporcjonalny do czasu

trwania cukrzycy.¹⁶ Przy czym należy unikać wyrażen niejasnych i niejednoznacznych. W czasie przekazywania informacji, pielęgniarka powinna obserwować chorego, a przy oznakach braku zrozumienia należy powrócić do poprzedniej kwestii wyrażając się jaśniej. Trzeba pamiętać, że zwracamy się do chorego po to, aby być zrozumiałym, a nie po to, aby być podziwianym.

4.2.3. POSTAWY CHORYCH NA CUKRZYCĘ

Po rozpoznaniu choroby pierwszym okresem jest okres buntu. Należy wówczas przekazywane informacje ograniczać do minimum. Chorzy w tym okresie nie są w stanie racjonalnie myśleć o własnej chorobie, gdyż kierują się głównie emocjami.

Drugi okres to etap walki i agresji. Chorzy obwiniają w nim głównie swoje otoczenie za to, że choroba dotknęła właśnie ich. Najważniejsze działania w tym czasie to podtrzymanie podopiecznych na duchu oraz redukcja napięcia.

Trzecim okresem jest okres rezygnacji. Dla pielęgniarki i nie tylko jest to najtrudniejszy z okresów. Ze strony pielęgniarki wymaga nawiązania z chorym emocjonalnego kontaktu, uzyskania syntonii, ponieważ tylko ona umożliwi budowanie porozumienia między pielęgniarką, a chorym.

W okresie czwartym, na zmianę z trzecim każda decyzja przyjmowana jest z krytycyzmem oraz rezerwą.

Piąty okres, jest najbardziej twórczym dla podopiecznego, to okres akceptacji, w którym chory zaczyna analizować informacje otrzymane od członków zespołu terapeutycznego. Natomiast, dzięki samokontroli poprawia się skuteczność leczenia.

W kształtowaniu postawy chorych na cukrzycę potrzebna jest przede wszystkim ciągłość i stałość. Nie chodzi tu jedynie o dopływ nowych informacji, ale o ciągle przypominanie wiedzy już zdobytej w celu jej utrwalenia. Szczególne znaczenie ma to w odniesieniu do takich zagadnień samokontroli

¹⁶ Tatoń J.Czech A.:DiabetologiaT.1 PZWL

jak: dieta, korekta stylu życia, stosowanie leków, zachowanie się w zmiennych warunkach życia.

4.3. EDUKACJA ZDROWOTNA W PRAKTYCE PIEŁĘGNIARKI ŚRODOWISKOWO-RODZINNEJ

Edukację pacjentów można prowadzić w różny sposób.

Może to być:

1. Edukacja indywidualna:
 - a) bez podejścia strukturalnego: niepełna, wyrywkowa, przypadkowa np. pacjent informacje o cukrzycy uzyskuje u lekarza w trakcie wizyty, z telewizji, prasy, radia, od innych chorych,
 - b) ze strukturą programową: ten rodzaj jest bardziej pełny, jednak nie zawsze właściwy, np. podopieczny samodzielnie uczy się o swojej chorobie z dobrze przygotowanego podręcznika o cukrzycy.
2. Edukacja grupowa, prowadzona w małych kilkuosobowych (6-8 osób) grupach podopiecznych, dobranych pod względem wieku, charakterystyki choroby, cech psychospołecznych, celów i metod leczenia.

Edukacja zdrowotna w zapobieganiu cukrzycy prowadzona przez pielęgniarkę środowiskową wśród osób z ryzykiem tej choroby powinna:

- kształtować świadomość podopiecznych na temat czynników stanowiących zagrożenie dla zdrowia człowieka oraz zwiększyć ich poziom wiedzy,

- kształtować przekonanie, że możliwe jest zmniejszenie lub wyeliminowanie czynników ryzyka choroby,
- informować, w jaki sposób te czynniki można zmniejszyć bądź wyeliminować uwzględniając warunki życia poszczególnych osób,
- osoby z podwyższonym ciśnieniem krwi, nieprawidłowymi wynikami badań biochemicznych (glikemii, ketonurii, glukozurii), towarzyszącymi objawami chorobowymi informować o zakresie i zasadach korzystania z systemu opieki zdrowotnej.

Prowadzona przez pielęgniarkę edukacja zdrowotna w efekcie końcowym powinna kształtować świadomość oraz poczucie odpowiedzialności podopiecznych za własne zdrowie.

10 PRAKTYCZNYCH PORAD DLA PIELEŃNIARKI PROWADZAJĄCEJ EDUKACJĘ ZDROWOTNĄ

1. Nie rozpoczynaj zbyt dużą dawką informacji. Wiadomości powinny być odpowiednio rozłożone w czasie i dopasowane do zdolności chorego.
2. Wiadomości nie przekazuj autorytatywnie, przekonuj, ale bez nacisków.
3. Nigdy nie strasz podopiecznego.
4. Przed wprowadzeniem przez lekarza nowych leków, zaznajom się z ich działaniami niepożądanymi.
5. Do każdego zajęcia bądź dobrze przygotowana.
6. Drobiazgi mają duże znaczenie, nie zapominaj o tym.
7. Wiedzy pacjenta nie wykorzystuj na swoje alibi.
8. Bądź punktualna, przychodź pierwsza, wychodź ostatnia.
9. Ustal dogodną dla wszystkich dni i godziny na przeprowadzenie edukacji.
10. Przynajmniej połowę czasu przeznacz na dyskusję.

Zajęcia edukacyjne nie powinny trwać dłużej niż 20 minut.

Na zakończenie podsumuj zawsze podane informacje oraz dyskusję.

ZAKOŃCZENIE

Podstawowa Opieka Zdrowotna (POZ) uznana jest za zasadnicze, najważniejsze ogniwo zapewniające ludności powszechnie dostępną, ciągłą, ukierunkowaną na profilaktykę, opiekę medyczną. Największy zasięg oddziaływania mają placówki opieki podstawowej w środowisku zamieszkania. Sprawowana przez te placówki opieka medyczna między innymi obejmuje świadczenia z zakresu pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego.

Wraz z rozwojem cywilizacyjnym w ostatnich latach wystąpił na świecie niepokojący wzrost zachorowań na cukrzycę. Dlatego też powstała potrzeba stworzenia skutecznych strategii prewencyjnych zapobiegających temu wzrostowi. Dane epidemiologiczne zostały przedstawione w Rozdziale II i mogą posłużyć jako argumenty przemawiające za wprowadzeniem działań profilaktycznych na szeroką skalę. Ale nie tylko argumenty epidemiologiczne, również argumenty ekonomiczne na to wskazują.

W 2002 roku z powodu cukrzycy społeczeństwo świata utraciło około 16,2 mln DALY¹⁷ (jest to jednostka utraconych lat życia).

Bezpośrednie koszty leczenia cukrzycy są bardzo wysokie. Według Grupy Roboczej ds. Ekonomiki Cukrzycy, roczne koszty opieki nad chorym z cukrzycą mogą wynosić przynajmniej 232 mld I\$¹⁸ (dolary międzynarodowe- siła nabywcza krajowej waluty do dolara amerykańskiego w danym roku analizy). Prognozy na rok 2025 są bardzo niepokojące. Mówi się o 15% wzroście kosztów obejmujących tylko opiekę cukrzycową w ciągu 20 lat.

¹⁷ Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia, Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, tom V, Nr 1-2/2007

¹⁸ Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia, Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, tom V, Nr 1-2/2007

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty należy jak najszybciej znaleźć sposób na rozwiązanie tego problemu. Jak już wspomniano jedynym ze sposobów na zminimalizowanie tych kosztów jest profilaktyka połączona z edukacją pacjenta, a największą rolę do spełnienia w tym zakresie ma pielęgniarka środowiskowo-rodzinna. To ona najlepiej zna swoich podopiecznych oraz ich warunki mieszkaniowe. W związku z tym poprzez motywowanie, wspieranie oraz ocenę efektów pielęgniarka podejmuje działania profilaktyczne mające na celu eliminację bądź zmniejszenie zagrożenia zachorowania na cukrzycę.

Najważniejszą rzeczą w prowadzeniu edukacji powinno być uświadomienie każdemu podopiecznemu korzyści wynikających z prozdrowotnego stylu życia. Udowodniono, że stosowanie wysiłku fizycznego oraz stosowanie odpowiedniej diety może istotnie zminimalizować narastającą epidemię cukrzycy. To właśnie z tego powodu na wielką skalę powinny być prowadzone przez pielęgniarki środowiskowo-rodzinne działania edukacyjne.

Jednak wiedza zdrowotna wśród pacjentów, jak podają badania, jest nadal niedostateczna. A przecież dobre wyedukowanie podopiecznego ma olbrzymie znaczenie dla jego zdrowia oraz życia. Osoba chora na cukrzycę musi zdawać sobie sprawę z istoty choroby oraz z tego, w jaki sposób sobie z nią radzić, natomiast osoba zagrożona zachorowaniem na cukrzycę, poprzez edukację powinna wiedzieć jak żyć, aby ustrzec się przed samą chorobą bądź przed jej powikłaniami. I to jest dostateczny powód, aby działania profilaktyczne zajmowały pierwsze miejsce w pracy pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej.

SPIS TABEL

Tabela 1. Kryteria wyrównania gospodarki węglowodanowej.

Tabela 2. Kryteria wyrównania gospodarki lipidowej.

Tabela 3. Kryteria wyrównania ciśnienia tętniczego.

BIBLIOGRAFIA

- Tatoń J., Czech A., Poradnik Jak zwyciężyć cukrzycę, PZWL, Rok 2006, Str.62
- Szczeklik A., Choroby Wewnętrzne, Kraków 2005
- Bożydar Latkowski J, Witold Lukas Medycyna Rodzinna PZWL, Warszawa 2004,2005,2006
- Abramczyk A., Profilaktyka i wczesne wykrywanie cukrzycy Wrocław 2002
- Ślusarska B., Zarzycka D., Zachradniczek K., Podstawy pielęgniarstwa, tom I, Wyd. Czelej, Lublin 2004, S.681
- Naruszewicz M., op.cit str.238
- Medycyna Praktyczna 4(194) kwiecień 2007 ISSN 0867-499x
- Lekarz Rodzinny, styczeń 2006, Rok XI, NR 1
- Kawczyńska-Butrym Z.:Diagnoza Pielęgniarska, PZWL,Warszawa 1999
- Ciechaniewicz W.:Pielęgniarstwo Ćwiczenia,PZWL,str.786
- Tatoń J.Czech A.:Diabetologia .T.1.PZWL
- Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia, Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, tom V, Nr 1-2/2007
- Pielęgniarstwo XXI wieku, Nr 3-4 (20-21)2007
- Diabetologia Praktyczna, 2001, tom 2, supl. C
- Diabetologia Praktyczna, 2004, tom 5, supl. D
- Diabetologia po Dyplomie, Tom 1, Nr.2, czerwiec 2004
- Family Medicine&Primary Care Review 2007,9,1
- Nowa Klinika, Diabetologia, Vol.12, No 3, Vol.12, No 4
- Magazyn Pip, Nr 7-8, Lipiec-Sierpień 2007
- Tatoń J., Czech A., Diabetologia, T.1, PZWL
- Family Medicine& Primary Care Review July-September 2006, Vol.8, No.3
- Hillson R., Cukrzyca-praktyczne zasady opieki, a-medica press 1997
- Czech A., Tatoń J., Standardy rozpoznawania i leczenia cukrzycy, PZWL 2003
- Drucpue M.H., McNally P.G., Leczenie cukrzycy-krok po kroku, a-medica press 2000
- Drzewoski J., Podręczny Leksykon Diabetologiczny, Delta Agencja Reklamowo Wydawnicza, 2003

