

Ewa Rudnicka-Drożak¹, Justyna Natora^{1,2}, Ewa Dutczak², Robert Sambor²

¹ Zakład Kwalifikowanej Pomocy Medycznej z Pracownią Ratownictwa Medycznego
Uniwersytetu Medycznego Lublin ul. S. Staszica 6

² Warsztat Terapii Zajęciowej przy Stowarzyszeniu Pomocy Dzieciom Niewidomym
i Niedowidzącym „NADZIEJA” Radom ul. Struga 88

Edukacja zdrowotna osób niepełnosprawnych – uczestników warsztatów terapii zajęciowej chorych na cukrzycę

Streszczenie

Warsztaty terapii zajęciowej są wyodrębnionymi organizacyjnie i finansowo placówkami stwarzającymi osobom niepełnosprawnym niezdolnym do podjęcia pracy, możliwość rehabilitacji społecznej i zawodowej w zakresie pozyskania lub przywracania umiejętności niezbędnych do podjęcia zatrudnienia. Głównym celem terapii zajęciowej jest umożliwienie uczestnikom pełnego udziału w normalnym życiu.

W procesie terapeutycznym osób niepełnosprawnych uczestników warsztatów terapii zajęciowej chorych na cukrzycę, prowadzona jest również edukacja zdrowotna i diabetologiczna co ma bardzo duże znaczenie dla uzyskania lepszych wyników leczenia i poprawy jakości ich życia.

W ramach edukacji diabetologicznej uczestnicy poznają zasady stosowania leków przeciwcukrzycowych, farmakoterapii, zdrowej diety, wysiłku fizycznego, samokontroli, nauki oznaczania glikemii za pomocą glukometru, kontroli liczby i jakości spożywanych posiłków i wykonanego wysiłku fizycznego. Zaznajamiają się z kryteriami dobrego leczenia cukrzycy, poznają normy poziomów glukozy, cholesterolu i jego frakcji, trójglicerydów we krwi oraz prawidłowego ciśnienia tętniczego krwi, poznają podstawowe zasady zdrowego żywienia. W leczeniu cukrzycy obok działań farmakologicznych ogromne znaczenie mają czynniki nefarmakologiczne, wśród nich na pierwszym miejscu jest edukacja chorego.

Edukacja w cukrzycy to proces ciągły, pozwalający uzyskać wyrównanie metaboliczne cukrzycy i zapobiegający rozwojowi powikłań, dlatego tak ważna jest również edukacja uczestników warsztatów terapii zajęciowej chorych na cukrzycę.

Słowa kluczowe: warsztat terapii zajęciowej, niepełnosprawność, cukrzyca, edukacja zdrowotna, edukacja diabetologiczna

Cel pracy

Wykazanie istotnej roli edukacji zdrowotnej i diabetologicznej będących szczególnie ważnym elementem profilaktyki cukrzycy w całym procesie terapeutycznym, uczestników warsztatów terapii zajęciowej chorujących na tę ciężką chorobę.

Opis stanu wiedzy

*„Każdy człowiek doświadcza choroby i bólu: miłość do cierpiących jest
znakiem i miarą poziomu cywilizacji i rozwoju narodu”*

/ Frag. Orędzia Jana Pawła II, na I Światowy Dzień Chorego, 1993r./

Papież Jan Paweł II w swoim nauczaniu w odniesieniu do osób chorych, niepełnosprawnych, cierpiących, wielokrotnie podkreślał, że pomoc tym osobom staje się okazją doświadczenia jedynej w swoim rodzaju miłości – „miłości miłosiernej”.

„Świat bez ludzi chorych – choć zabrzmi to może paradoksalnie – byłby światem uboższym o przeżycie ludzkiego współczucia, uboższym o doświadczenie nieegoistycznej, niekiedy wręcz heroicznej miłości” (Jan Paweł II 1997).

We wszelkich działaniach na rzecz poprawy jakości życia osób niepełnosprawnych i chorych, szczególne znaczenie ma zapewnienie im poczucia bezpieczeństwa oraz przyczynianie się do przezwycięzania trudności życiowych.

Ważną formą aktywności wspomagającą proces rehabilitacji społecznej i zawodowej, w Polsce, jest uczestnictwo osób niepełnosprawnych w warsztatach terapii zajęciowej.

Warsztaty Terapii zajęciowej realizujące zadania w zakresie rehabilitacji społecznej i zawodowej zmierzające do ogólnego rozwoju i poprawy sprawności, niezbędnych do prowadzenia przez osoby niepełnosprawne niezależnego, samodzielnego i aktywnego życia, są pierwszym ogniwem systemu rehabilitacji w Polsce.

Edukacja zdrowotna i edukacja diabetologiczna jest jednym z elementów rehabilitacji osób niepełnosprawnych – uczestników warsztatów terapii zajęciowej.

Szczegółowe przepisy dotyczące funkcjonowania warsztatów terapii zajęciowej zawarte są w: Ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. „o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych wraz z późniejszymi zmianami (Dz. U. z 2011r, Nr.127,) oraz Rozporządzeniu Ministra Gospodarki Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 marca 2004 roku w sprawie „Warsztatów Terapii Zajęciowej” (Dz. U. z 2004r. Nr 63,).

Warsztat terapii zajęciowej oznacza wyodrębnioną organizacyjnie i finansowo placówkę stwarzającą osobom niepełnosprawnym niezdolnym do podjęcia pracy możliwość rehabilitacji społecznej i zawodowej w zakresie pozyskania lub przywracania umiejętności niezbędnych do podjęcia zatrudnienia (art.10a.ust 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 „o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych wraz z późniejszymi zmianami (Dz. U. z 2011r, Nr.127,).

Warsztaty realizują przedsięwzięcia służące wyrabianiu zaradności osobistej, pobudzaniu aktywności na polu grupowym oraz kształtowaniu umiejętności samodzielnego wypełniania ról społecznych (Sobczyk, Sobótka 2011).

Zgodnie z art.10a. ust 3 w/w ustawy, terapię realizuje się na podstawie indywidualnego programu rehabilitacji. Nad prawidłowością przebiegu procesu rehabilitacji i realizacją zakładanych celów terapeutycznych, w warsztacie czuwa obowiązkowo powoływana rada programowa, w skład której obok kierownika warsztatu, wchodzi odpowiedni specjaliści.

Rada programowa warsztatu dokonuje kwalifikacji indywidualnej, w celu ustalenia programu postępowania z każdym uczestnikiem, biorąc pod uwagę jego zainteresowania i możliwości.

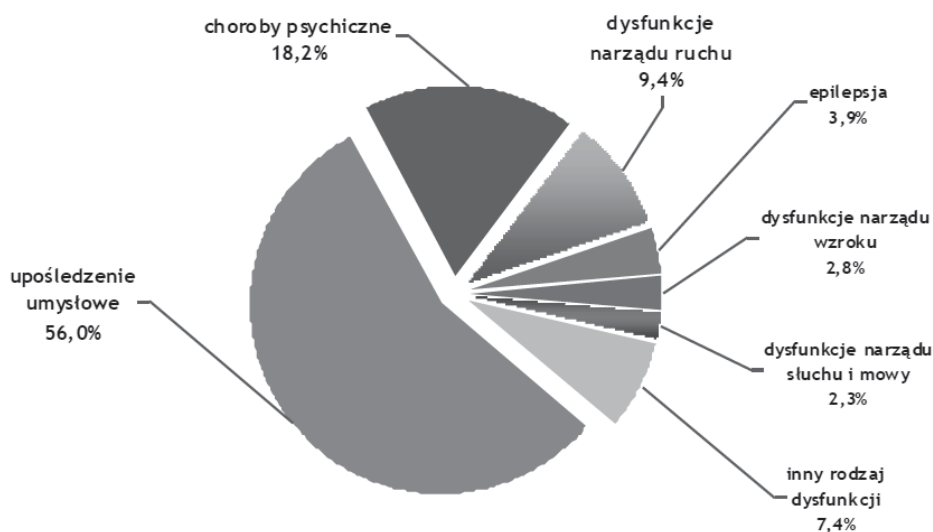
Terapia prowadzona jest przy zastosowaniu odpowiednich metod pracy, form zajęć i sposobów ich realizacji zgodnych z głównymi zasadami pracy z osobami niepełnosprawnymi.

Celem terapii zajęciowej jest pomoc w osiągnięciu maksymalnego poziomu niezależności funkcjonalnej, wzrostu poziomu samooceny i poczucia własnej wartości poprzez rozwijanie umiejętności, których poziom uległ obniżeniu w wyniku choroby, wypadku lub niepełnosprawności (Perrin 2005).

Terapii zajęciowej towarzyszy w warsztatach, opieka rehabilitacyjna obejmująca usprawnienie psychofizyczne oraz pomoc psychologiczna i medyczna.

Uczestnikami warsztatów, mogą być ustawowo osoby posiadające znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności, ponadto muszą posiadać w swoim orzeczeniu o niepełnosprawności: wskazanie do terapii zajęciowej.

Jak wynika z analizy działalności warsztatów terapii zajęciowej przeprowadzonej w 2008 r. głównym rodzajem dysfunkcji uczestników warsztatów jest upośledzenie umysłowe.



Rycina 1. Główny rodzaj dysfunkcji uczestników warsztatów terapii zajęciowej

Źródło: Analiza działalności warsztatów terapii zajęciowej w 2008 r., Centrum Badań Marketingowych INDICATOR, Warszawa 2009.

Główny rodzaj dysfunkcji uczestników WTZ to:

- upośledzenie umysłowe – niepełnosprawność intelektualna,
- choroby psychiczne,
- dysfunkcje narządu ruchu,
- epilepsja,
- dysfunkcje narządu wzroku,

- dysfunkcje narządu słuchu i mowy,
- inny rodzaj dysfunkcji (zespół Willego Pradera, Downa, Klinefeltera, Wolfa- Hirschhorna, Turnera, dystrofia mięśniowa, zespół Retta).

Najczęściej występujące wśród uczestników choroby psychiczne:

- schizofrenia,
- depresja (zaburzenie nastroju),
- autyzm dziecięcy,
- zaburzenia nerwicowe (fobie),

Dysfunkcje narządu ruchu często spotykane wśród uczestników warsztatów to np:

- choroby i wady wrodzone układu kostno – stawowego
- mózgowe porażenie dziecięce
- zmiany pourazowe,
- choroby zwyrodnieniowe kręgosłupa i stawów,

Epilepsja:

- napady uogólnione (perit mal, grand mal, pierwotne, wtórne, nieokreślone)
- napady częściowe (proste złożone, psychosensoryczne trzewno– wegetatywne)

Zaburzenia mowy:

- opóźnienie rozwoju mowy (mowy czynnej)
- zaburzenia rozwoju mowy wynikające z zaburzeń słuchu obwodowe i centralne, uszkodzeń centralnych ośrodków mowy, wynikające z mózgowego porażenia dziecięcego, stanów emocjonalnych i zaburzeń zachowania.

Dodatkowe schorzenia współistniejące u uczestników Warsztatu Terapii Zajęciowej to: nadciśnienie tętnicze, choroby układu krążenia np.: choroba niedokrwienna serca, choroby przewodu pokarmowego: biegunki o różnej etiologii, cukrzyca typu 1 i typu 2, choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, zespół jelita drażliwego, refluks żołądka, choroby naczyniowe kończyn dolnych np.: żylaki, czy otyłość zwiększająca ryzyko wystąpienia cukrzycy typu 2, choroby niedokrwiennej serca, nadciśnienia tętniczego, niewydolność mięśnia sercowego. W dużej mierze są to choroby dietozależne. Biorąc pod uwagę wszystkie wyżej wymienione dysfunkcje i schorzenia, ogromnie ważnym elementem w procesie rehabilitacji uczestników warsztatów terapii zajęciowej, jest edukacja zdrowotna.

Istnieje wiele definicji edukacji zdrowotnej.

Edukacja zdrowotna określana jest jako proces, w którego efekcie ludzie powinni się nauczyć jak dbać o zdrowie własne i społeczności, w której żyją (Andruszkiewicz, Banaszkiewicz 2008 s. 154).

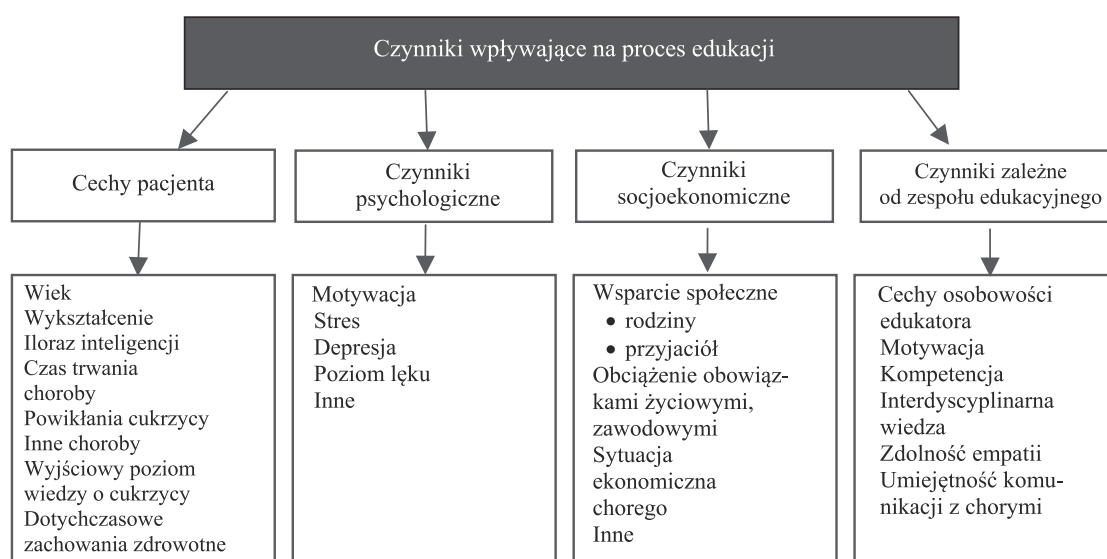
Edukacja zdrowotna to:

- proces, w którym ludzie uczą się dbać o zdrowie własne i innych ludzi
- proces dydaktyczno – wychowawczy, w którym dzieci i młodzież uczą się jak żyć aby:
 - » zachować i doskonalić zdrowie własne i innych ludzi oraz tworzyć środowisko sprzyjające zdrowiu;

» w przypadku wystąpienia choroby lub niepełnosprawności aktywnie uczestniczyć w jej leczeniu, radzić sobie i zmniejszyć jej negatywne skutki (Wojnarowska 2011).

Edukacja zdrowotna wśród osób niepełnosprawnych - uczestników warsztatów terapii zajęciowej, polega na prowadzeniu działań wpływających na ich osobowość, przez kształtowanie prawidłowych zachowań zdrowotnych, poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie, przygotowanie do współpracy i współdziałania w całym procesie rehabilitacji, realizowania zadań wynikających z indywidualnych programów rehabilitacji przy pełnej współpracy z zespołem interdyscyplinarnym (lekarz, pielęgniarka, rehabilitant, psycholog, terapeuci zajęciowi, kierownik warsztatu inni specjaliści), czego efektem winno być przystosowanie się uczestników, do życia w społeczeństwie i otaczającej ich rzeczywistości.

Tabela 1. Czynniki wpływające na proces edukacji



Źródło: Sieradzki J. (red.) (2009) Cukrzyca Kompendium, Wydawnictwo Via Medica sp. z o.o. Gdańsk.s.248

Przekazywanie wiedzy na temat cukrzycy i jej wpływ na zachowania zdrowotne uczestników warsztatów terapii zajęciowej, to procesy złożone na które wpływ ma wiele czynników. Warto

zaznaczyć, iż bardzo istotnym elementem jest objęcie edukacją nie tylko samych chorych ale również ich środowisko społeczne, wskazana jest edukacja rodzin.

W działaniach warsztatów terapii zajęciowej zwraca się szczególną uwagę na element szeroko pojętej współpracy z rodzinami uczestników, również w przypadku edukacji zdrowotnej a szczególnie diabetologicznej, ma to ogromne znaczenie, gdyż korzystnie wpływa na zrozumienie problemów osób chorych przez ich najbliższe otoczenie oraz na efekt terapii.

Główne obszary tematyczne edukacji zdrowotnej prowadzonej w ramach działań rewalidacyjnych w warsztatach to:

- Higiena osobista i otoczenia
- Zdrowe odżywianie i aktywność fizyczna
- Praca i wypoczynek
- Bezpieczeństwo w życiu codziennym, zapobieganie urazom, pierwsza pomoc
- Zdrowie psychospołeczne
- Edukacja seksualna
- Zapobieganie nadużywaniu używek (alkohol, papierosy)

Cele edukacji zdrowotnej uczestników WTZ:

- Przekazywanie uczestnikom wiedzy i umiejętności niezbędnych do zachowań korzystnych dla ich zdrowia,
- aktywizowanie uczestników do wzmacniania własnego potencjału zdrowia i podejmowania działań prozdrowotnych

W edukacji zdrowotnej osób niepełnosprawnych – uczestników warsztatów terapii zajęciowej, zespół specjalistów zatrudnionych w tych placówkach, dąży do przekazania im wiedzy jak żyć aby jak najdłużej zachować zdrowie a w sytuacji wystąpienia choroby, jak radzić sobie z leczeniem i zmniejszaniem jej negatywnych skutków.

Wśród podopiecznych warsztatów dość często funkcjonują osoby chore na cukrzycę u których ta choroba występuje obok podstawowej dysfunkcji.

World Health Organisation (WHO) w 1999 roku przyjęła następującą definicję cukrzycy:

„Jest to grupa chorób metabolicznych charakteryzująca się heperglikemią wynikającą z defektu wydzielania i/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” (WHO Definition 1999).

W 1998 r. Komitet Ekspertów przy WHO opublikował raport dotyczący definicji, diagnozowania, klasyfikacji cukrzycy i jej powikłań rekomendując w nim stosowany obecnie podział cukrzycy, określany mianem klasyfikacji etiologicznej.

Klasyfikacja ta uwzględnia 4 kategorie zaburzeń:

1. Cukrzyca typu 1 :

- uwarunkowana immunologicznie
- idiopatyczna
- LADA

2. Cukrzyca typu 2 :

- związana z otyłością lub jako składnik zespołu metabolicznego,
- niezwiązana z otyłością,

3. Inne specyficzne typy cukrzycy :

- defekty genetyczne czynności komórek β (w tym MODY),
- genetyczne defekty działania insuliny
- choroby części zewnątrzwydzielniczej trzustki,
- endokrynopatie,

- indukowane przez leki lub związki chemiczne,
- zakażenia,
- rzadkie formy cukrzycy uwarunkowanej immunologicznie,
- inne zespoły genetyczne, związane niekiedy z cukrzycą,

4. Cukrzyca ciężarnych

- wynikająca z ciąży, przemijająca
- ujawnienie uprzednio istniejącej utajnionej cukrzycy (Szewczyk 2013).

Cukrzycę można rozpoznać posługując się trzema równorzędnymi kryteriami:

- glikemia przygodna oznaczana o dowolnej porze, niezależnie od posiłku, wynosząca co najmniej 200 mg/dl (11,1 mmol/l), przy równoczesnej obecności typowych objawów cukrzycy, takich jak wzmożone pragnienie, wielomocz, osłabienie lub zmniejszenie masy ciała;
- glikemia na czczo oznaczona w próbce krwi pobranej po upływie 8-14 godzin od ostatniego posiłku – dwukrotne stwierdzenie wartości wynoszącej co najmniej 126 mg/dl (7,0 mmol/l) upoważnia do rozpoznania cukrzycy;
- glikemia w 120 minucie doustnego testu tolerancji glukozy – stwierdzenie wartości równej lub przekraczającej 200 mg/dl (11,1 mmol/l) upoważnia do rozpoznania cukrzycy (Sieradzki 2009).

Cukrzycę rozpoznaje się także na podstawie określenia stężenia hemoglobiny glikowanej. Stężenie 5,7-6,4% wskazuje na obecność stanu przedcukrzycowego, a powyżej 6,5% na cukrzycę.

W cukrzycy typu 1 występuje bezwzględny brak insuliny, w związku z czym istnieje insulinozależność i do utrzymania życia i sprawności niezbędne jest podawanie insuliny, bez tego dojdzie do powstania ketonowej śpiączki cukrzycowej co grozi choremu śmiercią.

W cukrzycy typu 2 występuje insulinooporność tkanek które są mniej wrażliwe na insulinę, chociaż tutaj wydzielanie insuliny jest mniej upośledzone to jednak jej działanie na komórki i tkanki organizmu jest ograniczone.

W przypadku cukrzycy typu 1, objawy kliniczne są następujące: nadmierne pragnienie, znaczny wielomocz, ogólne zmęczenie, spadek masy ciała, ketonuria, oddawanie moczu po spożyciu posiłku, zwiększone łaknienie, powiększenie wątroby, kwasica ketonowa.

Cukrzyca typu 2, może przez wiele lat przebiegać w sposób utajony, bez widocznych objawów, niekiedy objawia się czyracznością, zgorzelą stopy, świądem sromu, nerwobólami czy zaburzeniami wzroku, często dotyczy osób otyłych. W patogenezie cukrzycy u osób otyłych duże znaczenie ma stopień zwiększenia BMI, obwodu w biodrach i talii, zapadalność na cukrzycę u osób z nadwagą znacznie się zwiększa.

Kryteria ogólne oceny jakości leczenia cukrzycy są następujące:

- uzyskanie dobrego samopoczucia, dobrego napędu życiowego, wydolności fizycznej, psychoemocjonalnej i społecznej, czyli dobrej jakości życia;
- zbliżenie do pożądanej masy ciała, redukcja otyłości lub wyrównanie niedoborów żywienia, prowadzenie planowej prewencji powikłań cukrzycy;

- normalizacja ciśnienia tętniczego oraz innych „pozahiperglikemicznych” zaburzeń, np. stężenia cholesterolu i jego frakcji, stanu prozakrzepowego, wskaźników endoteliopatii;
- uzyskanie bezpieczeństwa leczenia – eliminacja hipoglikemii polekowej;
- uzyskanie efektów prewencyjnych w odniesieniu do chorób dodatkowych (Tatoń, Czech 2011).

Mimo osiągnięć diabetologii w zakresie nowych możliwości leczenia i profilaktyki, cukrzyca wciąż prowadzi do licznych powikłań, pogarszającego się stanu zdrowia chorych, i w efekcie do niepełnosprawności.

Tabela 2. Cele leczenia cukrzycy odnoszące się do stylu i modelu życia codziennego

Porady dotyczące stylu życia	Bezwzględne odrzucenie palenia tytoniu, odrzucenie lub ograniczenie spożywania alkoholu do 15 ml dziennie (= 1 łyżka stołowa). Nie należy spożywać alkoholu w przypadku skłonności do hipoglikemii, stosowania metforminy, choroby wątroby lub trzustki, niewydolności serca lub nerek, otyłości.	Obowiązkowo
	Regularna aktywność fizyczna (minuty/dzień)	> 30-45
	Kontrola masy ciała BMI (kg/m ²)	< 25
	W razie nadwagi redukcja masy ciała	10%
	Obwód pasa optymalny, swoisty, etniczny (cm)	
	Mężczyźni (Europejczycy)	< 94
	Kobiety (Europejki)	< 80
	Przyzwyczajenia dietetyczne	
	Spożycie soli (g/dzień)	< 5
	Spożywanie włókna pokarmowego	> 30-45
	Płyny zawierające mono – i disacharydy	Unikać
	Spożycie tłuszczu (% całkowitej energii dostarczonej w diecie, należy przeliczyć na gramy – 1 g tłuszczu = 9 kcal)	
	Tłuszcze nasycone (%)	≤ 30-35
	Tłuszcze nienasycone typu trans (%)	< 10
	Tłuszcze wielonienasycone n-6 (%)	< 2
	Tłuszcze wielonienasycone n-3 (%)	4-8
		2 g dziennie kwasu linolenowego i 200 mg dziennie długołańcuchowych kwasów tłuszczowych

Źródło: Tatoń J., Czech A. (2011) Zwyciężyć cukrzycę Podręcznik aktywnej samoopieki i samokontroli cukrzycy dla pacjentów oraz ich rodzin, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa s. 43

Główną przyczyną powikłań cukrzycy, jest utrzymujący się przez długi czas zbyt wysoki poziom glukozy we krwi- hiperglikemia, oraz zbyt wysoki poziom HbA1c. Ponadto wpływ na powikłania ma nadciśnienie, uwarunkowania genetyczne, zaburzenia lipidowe.

Powikłania dzielimy na dwie kategorie: mikroangiopatia (przyczyna uszkodzenie małych naczyń krwionośnych), makroangiopatia (przyczyna uszkodzenie dużych naczyń krwionośnych).

Do przewlekłych powikłań powstałych na skutek uszkodzenia małych naczyń krwionośnych zalicza się: retinopatię (uszkodzenie siatkówki, nefropatię (uszkodzenie nerek), neuropatię (uszkodzenia nerwów).

Do przewlekłych powikłań powstałych na skutek uszkodzenia dużych naczyń krwionośnych zalicza się: chorobę wieńcową (choroba niedokrwienna serca - jest spowodowana zwężeniem tętnic wieńcowych odpowiedzialnych za ukrwienie serca, może doprowadzić do zawału serca, niedokrwienie kończyn dolnych (wywołana jest miażdżycą tętnic, może dochodzić do martwicy dystalnych (obwodowych) części stopy), oraz chorobę naczyń mózgu (jest spowodowana zaburzeniami ukrwienia mózgu, może dojść do przejściowych niedowładów oraz do udaru mózgu).

Nieodzownym elementem terapii wszystkich pacjentów zagrożonych cukrzycą i leczonych z jej powodów jest edukacja. Pomaga ona uzyskać wyrównanie metaboliczne cukrzycy, zapobiegając dalszemu rozwojowi powikłań. Edukacja w cukrzycy to ciągły proces, który ma wykształcić w chorym umiejętność radzenia sobie w różnych sytuacjach życiowych oraz dostarczyć wsparcia społecznego i emocjonalnego. Jest najtańszą oraz najskuteczniejszą metodą leczenia chorób przewlekłych (Klinik 2009).

Edukacja terapeutyczna przewlekłe chorych, inwalidów i osób niepełnosprawnych ma w Polsce długą tradycję. Wywodzi się jeszcze z poglądów głoszonych 50-60 lat temu przez wybitnego socjologa Floriana Znaneckiego. Znajdowała swój praktyczny wyraz w osiągnięciach organizacji bardzo aktywnych już od ponad 100 lat: Towarzystwa Opieki nad Głuchoniemymi, Polskiego Związku Niewidomych, Polskiego Towarzystwa do Walki z Kalectwem, w rozwoju Wyższej Szkoły Pedagogiki Specjalnej w Warszawie i działalności Warszawskiej Akademii Medycznej (Czech, Tatoń 2001).

Wśród metod stosowanych w edukacji terapeutycznej można wyróżnić trzy podstawowe:

- metoda informacyjna → polega na przekazywaniu pacjentowi informacji na temat zdrowotnych w formie:
- ustnej (porada, wykład, pogadanka),
- pisemnej (plakat, ulotka, broszura, książka),
- multimedialnej (prezentacja komputerowa, animacja, film instruktażowy),

Ze względu na jednokierunkowy przepływ informacji w metodzie tej rzadko istnieje możliwość weryfikacji reakcji pacjenta na przekazywane treści, a także nie ma możliwości kontroli nad realizacją zaleceń terapeutycznych;

- metoda motywacyjna → polega na wytworzeniu zależności między ważnymi żywotnymi potrzebami (np. zdrowiem) a możliwością ich zaspokojenia za pomocą podjętych działań, np. właściwej diety.

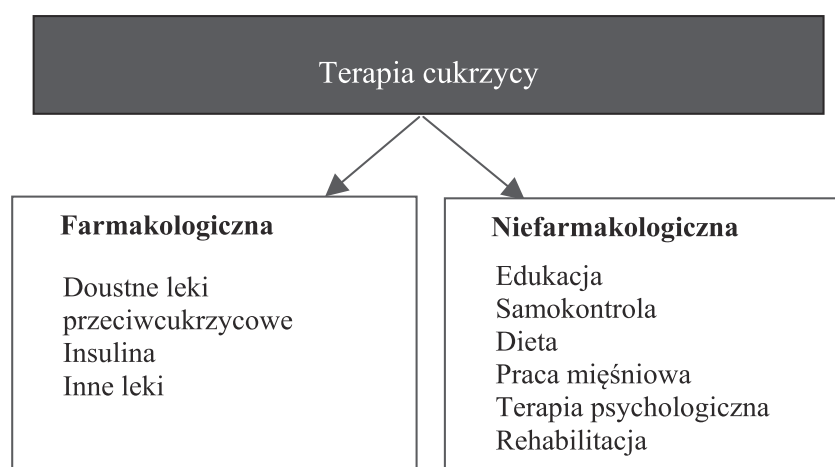
Metoda ta jest stosowana najczęściej w terapii indywidualnej, może być wspomagana przez materiały (ulotki, plakaty, filmy), które odwołują się do emocjonalnych skojarzeń;

- metoda behawioralna → polega na ingerencji we wzajemne relacje pomiędzy bodźcami (zespół czynników zewnętrznych) a reakcjami (zespół czynników wewnętrznych) i koncentruje się głównie na wpływie na zachowania człowieka.

Zasadniczym celem powyższych metod jest wytworzenie oraz utrwalenie pożądanych reakcji w postaci prawidłowych zachowań zdrowotnych (Uchmanowicz, Kubera-Jaroszewicz 2012).

W leczeniu cukrzycy obok działań farmakologicznych ogromne znaczenie mają czynniki nefarmakologiczne takie jak przedstawiono w tabeli poniżej w których na pierwszym miejscu jest edukacja.

Tabela 3. Elementy terapii cukrzycy



Źródło: Sieradzki J. (red.) (2009) Cukrzyca Kompendium, Wydawnictwo Via Medica sp. z o.o. Gdańsk. s. 238

Dlatego również w procesie terapeutycznym osób niepełnosprawnych uczestników warsztatów terapii zajęciowej chorych na cukrzycę, właśnie edukacja zdrowotna i diabetologiczna ma tak bardzo duże znaczenie.

W Warsztacie Terapii Zajęciowej funkcjonującym przy Stowarzyszeniu Pomocy Dzieciom Niewidomym i Niedowidzącym „NADZIEJA” w Radomiu, podobnie zresztą jak z pewnością w większości warsztatów w Polsce, procesowi terapeutycznemu są poddawane również osoby niepełnosprawne które obok podstawowych dysfunkcji chorują na cukrzycę.

W warsztacie bezpośrednio opiekę medyczną nad uczestnikami sprawuje pielęgniarka, która również jest odpowiedzialna za edukację zdrowotną i edukację diabetologiczną.

Pielęgniarka we współpracy z lekarzem, prowadzi czynne poradnictwo u osób z chorobami występującymi wśród uczestników warsztatu w tym: z chorobami układu krążenia, cukrzycą, nadciśnieniem tętniczym, nawracającymi infekcjami górnych dróg oddechowych, alergią, epilepsją, otyłością, chorobą wrzodową żołądka.

Opieka pielęgniarska sprawowana jest w warsztacie przy współpracy z rehabilitantem, psychologiem, instruktorami poszczególnych pracowni i kierownikiem placówki.

W zakresie promowania zdrowia, profilaktyki i edukacji zdrowotnej: pielęgniarka prowadzi porady dotyczące edukacji prozdrowotnej i proekologicznej ukierunkowanej na zmianę postaw i stylów życia uczestników, udziela wskazówek odnośnie ruchu na świeżym powietrzu, racjonalnego i zdrowego odżywiania, zwiększania aktywności fizycznej poprzez propagowanie ruchu, życia bez nałogów. Edukuje w zakresie pomiaru ciśnienia tętniczego, kontroli poziomu cholesterolu we krwi, masy ciała, przeciwdziałania uzależnieniu od nikotyny – wpływu palenia czynnego i biernego na zdrowie. Prowadzi porady na temat leczenia nadciśnienia tętniczego, przekazuje wiedzę dotyczącą higieny jamy ustnej.

Edukacja zdrowotna prowadzona jest w Warsztacie w oparciu o następujące założenia programowe związane z rehabilitacją uczestników:

- poznanie przez uczestników zasad ochrony zdrowia (ogólna higiena osobista i higiena najbliższego środowiska),
- rola ruchu i wysiłku fizycznego jako czynników wpływających korzystnie na stan zdrowia,
- szeroko pojęta profilaktyka zdrowotna,
- znaczenie dla zdrowia właściwego odżywiania się i składu posiłków,
- skutki nieświadomości lub lekceważenia niektórych zagrożeń (wypadków, chorób, nieregularnego przyjmowania zleconych przez lekarza leków, uzależnień i stresu),
- nauka udzielania pierwszej pomocy w najczęściej spotykanych urazach, ataku epilepsji, utracie przytomności,
- poznanie samego siebie, funkcji własnego organizmu i cech osobowościowych, sposób wyrażania emocji, rola przyjaznych kontaktów i zasad współżycia społecznego,

W placówce prowadzone są konsultacje z rodzicami i opiekunami uczestników w sprawach dotyczących ich zdrowia.

Istotnym elementem pracy pielęgniarki we współpracy z pozostałymi specjalistami zatrudnionymi w warsztacie, jest opieka nad uczestnikami chorymi na cukrzycę.

Pielęgniarka prowadzi edukację diabetologiczną dotyczącą: stosowania leków przeciwcukrzycowych, farmakoterapii, zdrowej diety, wysiłku fizycznego, samokontroli, nauki oznaczania glikemii z próbki krwi włosniczkowej za pomocą glukometru, kontroli liczby i jakości spożywanych posiłków i wykonanego wysiłku fizycznego. Sprawuje nadzór nad stanem skóry i błon śluzowych ze szczególnym uwzględnieniem pielęgnacji stóp i jamy ustnej, ciśnieniem tętniczym krwi, glikemią głównie poposiłkową, BMI uczestników.

Podstawowymi dysfunkcjami osób chorych na cukrzycę w placówce, jest niepełnosprawność intelektualna i Zespół Willego Pradera, co utrudnia proces leczenia cukrzycy, wszystkie te osoby są leczone lekami przeciwcukrzycowymi.

W ramach działań edukacyjnych uczestnicy zaznajamiani są z kryteriami dobrego leczenia cukrzycy, poznają normy poziomów glukozy, cholesterolu i jego frakcji, trójglicerydów we krwi oraz prawidłowego ciśnienia tętniczego krwi. Poznają podstawowe zasady zdrowego żywienia w tym: codziennego spożywania produktów zbożowych,

mlecznych, (chudego mleka), wysokobiałkowych (ryb, drobiu, chudego mięsa, serów, roślin strączkowych), owoców i warzyw zapewniających organizmowi spore ilości witaminy c, beta –karotenu, składników mineralnych i błonnika, ciemnego pieczywa bogatego w błonnik, witaminy z grupy B i składniki mineralne. Konieczność ograniczenia spożycia tłuszczów zwierzęcych i produktów obfitujących w cholesterol (podrobów, żółtek jaj), jak również potrzebę zastąpienia tłuszczów zwierzęcych olejami roślinnymi, unikania cukru i słodczy, ograniczenia spożycia soli kuchennej co zmniejsza zagrożenie nadciśnienia tętniczego, wyeliminowania alkoholu z diety, zakaz palenia tytoniu. Poznają znaczenie walki z otyłością i konieczność utrzymania właściwej masy ciała ($BMI < 25$), co jest u chorych na cukrzycę szczególnie ważne, gdyż zmniejsza się ryzyko nasilania objawów i powikłań cukrzycy takich jak: chorób niedokrwiennych serca (zawału serca), udaru mózgu i niedokrwienia kończyn dolnych. Są uświadamiani o konieczności sporządzania planu spożywania posiłków w ciągu dnia i codziennie o tej samej porze tak aby skojarzyć posiłki z przyjmowaniem leków przeciwcukrzycowych, poznają indeksy glikemiczne wybranych produktów żywnościowych, oraz zasady obliczania ilości wymienników węglowodanowych na dobę.

Duże znaczenie dla uczestników chorych na cukrzycę ma rehabilitacja ruchowa, która koncentruje się na korekcji wad postawy, zapobieganiu regresowi fizycznemu, poprawieniu kondycji fizycznej, wydolności krążeniowo – oddechowej, zwalczaniu otyłości. W ramach działań rehabilitacyjnych odbywają się zajęcia z gimnastyki leczniczej, hydroterapii, hipoterapii, ćwiczenia ogólnousprawniające oraz zabawy i gry ruchowe, dostosowane indywidualnie do możliwości zdrowotnych uczestnika. Bardzo ważnym elementem terapii uczestników, jest również pomoc psychologiczna, tym bardziej, że w sytuacji nieuleczalnej choroby jaką jest cukrzyca często dochodzi do obniżenia nastroju czy lęku.

Edukacja zdrowotna i diabetologiczna prowadzona jest z uczestnikami indywidualnie i grupowo, poprzez udzielanie porad, wykłady, pogadanki, przygotowywanie informacyjnych plakatów, czytanie specjalistycznych książek dotyczących tematyki zdrowotnej i wreszcie poprzez przekaz multimedialny.

Cukrzyca jest chorobą występującą coraz częściej, nazwano ją dżumą XXI wieku, rozprzestrzenia się gwałtownie na całym świecie, według danych World Health Organization, w 2003 r. na cukrzycę w grupie wiekowej 20-79 lat chorowało na świecie 194 mln ludzi, w tym w Europie 48 mln. Według prognoz w 2025 r. na cukrzycę będzie chorować 333 mln ludzi, a w Europie 58 mln. Dlatego też niezwykle ważna jest edukacja osób chorujących na cukrzycę, w tym również osób niepełnosprawnych uczestników warsztatów terapii zajęciowej.

Wnioski

1. Warsztaty terapii zajęciowej realizując zadania w zakresie rehabilitacji społecznej i zawodowej zmierzającej do ogólnego rozwoju i poprawy sprawności, niezbędnych do prowadzenia przez osobę niepełnosprawną niezależnego, samodzielnego i aktywnego życia, stały się istotnym ogniwem w systemie rewalidacji w Polsce.

2. W leczeniu cukrzycy obok działań farmakologicznych ogromne znaczenie mają czynniki nefarmakologiczne wśród nich na pierwszym miejscu jest edukacja chorego.
3. W procesie terapeutycznym osób niepełnosprawnych uczestników warsztatów terapii zajęciowej chorych na cukrzycę, prowadzona jest edukacja zdrowotna i diabetologiczna co ma istotne znaczenie dla uzyskania lepszych wyników leczenia i poprawy jakości ich życia.

Piśmiennictwo

1. Analiza działalności warsztatów terapii zajęciowej w 2008 r. (2009) Centrum Badań Marketingowych INDICATOR, Warszawa.
2. Andruszkiewicz A., Banaszkiewicz M. (2008) Promocja Zdrowia t. I, Wyd. Czelej, Lublin.
3. Czech A., Tatoń J. (2001) Edukacja terapeutyczna i emancypacja pacjenta jako metoda leczenia. Przewodnik Lekarza; 5.
4. Jan Paweł II (1997) Ewangelia cierpienia. Wybór homilii, przemówień i dokumentów. Wyd. Znak, Kraków.
5. Klinik A. (red.) (2009) Edukacja jako proces socjalizacji osób niepełnosprawnych, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
6. Perrin T. (2005) The role of occupational therapist. Psychiatri; 4: 2: 93-94.
7. Sieradzki J. (red.) (2009) Cukrzyca Kompendium, Wydawnictwo Via Medica sp. z o.o. Gdańsk.
8. Sobczyk M., Sobótka A. (red.) (2011) Spółdzielnia socjalna osób niepełnosprawnych, Poradnik, Wyd. Krajowy Związek Rewizyjny Spółdzielni Inwalidów i Spółdzielni Niewidomych, Warszawa
9. Szewczyk A. (red.) (2013) Pielęgniarstwo Diabetologiczne, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
10. Tatoń J., Czech A. (2011) Zwyciężyć cukrzycę Podręcznik aktywnej samoopieki i samokontroli cukrzycy dla pacjentów oraz ich rodzin, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa.
11. Rozporządzenie Ministra Gospodarki Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 marca 2004 roku w sprawie „Warsztatów Terapii Zajęciowej” Dz.U. 2004 nr 63 poz. 587.
12. Uchmanowicz I., Kubera-Jaroszewicz (2012) Edukacja diabetologiczna. Standard opieki pielęgnacyjnej chorego na cukrzycę, Wydawnictwo Continuo, Wrocław.
13. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych wraz z późniejszymi zmianami Dz.U. 2011 nr 127 poz. 721.
14. WHO. Definition. (1999) Diagnosis and classification of Diabetes mellitus and its complications. Raport of a WHO consultation. Part 1. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. WHO, Geneva .
15. Woynarowska B. (red.) (2011) Edukacja Zdrowotna Poradnik dla nauczycieli wychowania fizycznego w gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych, Wydawnictwo Pedagogiczne ZNP Spółka z o.o., Kielce.

Liczba znaków ze spacjami: 32 235