

## 4. EDUKACIJA

Jana Klavs

Edukacija je pomemben sestavni del oskrbe bolnikov s sladkorno boleznijo in je vseživljenjski proces. Njen cilj je opolnomočen bolnik.

Opolnomočenje je proces, pri katerem bolnik prepozna svojo vlogo v zdravstvenem timu. Bolnik pridobiva znanje in veščine, ter s časom povečuje nadzor nad boleznijo in kakovostjo življenja. V procesu opolnomočenja se vloge zdravstvenega delavca in bolnika prerazporejajo, ob tem postaja bolnik čedalje bolj samostojen. Torej, opolnomočenje bolnikov je proces, ki omogoča osebam, da povečajo nadzor nad svojim lastnim življenjem in ki krepi zmožnost ljudi, da ukrepajo v zvezi z zadevami, ki jih sami prepoznajo kot pomembne.

### PRIPOROČILA

1. Edukacija naj bo dostopna vsem osebam z visokim tveganjem za nastanek sladkorne bolezni in bolnikom s sladkorno boleznijo ves čas zdravljenja, obvezno pa:
  - ob postavitvi diagnoze,
  - ob spremembi načina zdravljenja,
  - ob spremembi življenjskih okoliščin (sprememba življenjskega sloga, upokožitev, ipd.),
  - na željo bolnika oziroma svojca (1-8). (B, I)
2. Presoja o potrebnosti edukacije naj bo vsaj enkrat letno. Zdravstveni tim naj edukacijo načrtuje skupaj z bolnikom, s svojci pa takrat, ko je to za bolnika sprejemljivo ali nujno potrebno. Edukacijo naj izvajajo diplomirane medicinske sestre (DMS) s specialnimi znanji o edukaciji bolnikov s sladkorno boleznijo in ostali ustrezno usposobljeni člani multidisciplinarnega tima, ki morajo biti sposobni posredovati znanje o vseh vidikih sladkorne bolezni. Zaželeno je, da so člani tima ustrezno andragoško-pedagoško usposobljeni in se tudi sami stalno izobražujejo. (E, I)
3. Omogočimo strukturirano edukacijo, ki jo načrtujemo individualno, obvezno skupaj z bolnikom. (A, I) Zaželeno je, da je bolnik vključen v skupinsko edukacijo, kar krepi izkušnjsko učenje in spremembe k navadam. Individualno edukacijo ponudimo bolnikom s specifičnimi težavami (slab sluh, težave v pomnjenju, slabovidni, dementni, ipd.) in tistim, ki jo želijo. (A, I) Zaželeno je, da se v edukacijski proces vključujejo tudi svojci. (E, I)
4. Edukacijo prilagodimo bolnikovim psihosocialnim in fizičnim zmožnostim. Pri tem upoštevajmo bolnikovo dosedanje življenje, delo in razmere, v

katerih živi (E), saj je dobro čustveno počutje povezano z dobro urejenostjo glikemije (3). (C)

5. Edukacijo izvajamo v ustrezno opremljenih prostorih in s sodobnimi, kreativnimi učnimi pripomočki. Bolniku naj bo na voljo tudi strokovno preverjeno edukacijsko gradivo (knjižice, trganke, spletne strani), ki ga posredujemo ob posameznih učnih vsebinah (E, I).
6. Cilj edukacije bolnika s sladkorno boleznijo je opolnomočen bolnik. Le opolnomočen bolnik bo dosegal samozaupanje na podlagi pridobljenega znanja, izkušenj in spretnosti, da bo odločitve glede zdravljenja sprejemal v skladu z zastavljenimi cilji (E).

**Temelji uspešne edukacije:**

- napotitev na edukacijo naj bo pozitivno naravnana,
- sočutno komuniciranje, ki izhaja iz konkretnih težav bolnika,
- edukacija naj bo usmerjena v kakovost življenjskega sloga bolnika,
- bolnik naj bo po možnosti vključen v skupinsko edukacijo (izkušensko učenje),
- zagotoviti ustrezna gradiva, ki se nanašajo na krepitev opolnomočenja in spremembo navad,
- edukacijo načrtujemo timsko.

*Priporočila so pripravljena s pomočjo ADA priporočil iz leta 2015 (4. Foundations of care): Education, Nutrition, PhysicalActivity, Smoking Cessation, PsychosocialCare, and Immunzation, Standards of Medical Care in Diabetes in IDF International Standards for Education 2015. Osnovne vsebine (kurikulum), ki so na voljo za edukacijo, so dostopne na svetovnem spletu na <http://www.zbornica-zveza.si/en/publications/proceedings/kurikulum-za-edukacijo-o-oskrbi-odraslih-bolnikov-s-sladkorno-boleznijo>. (9).*

## UTEMELJITEV

Edukacija bolnika s sladkorno boleznijo je osnova za zdravljenje in uspešno urejenost njegove bolezni. Njen cilj je bolnika opolnomočiti za dejavno sodelovanje pri zdravljenju lastne bolezni, saj to lahko vodi k bolj urejeni presnovi, manjšemu številu akutnih in kroničnih zapletov in manjši potrebi po bolnišničnem zdravljenju. Pomembno je razumeti, da pridobljeno znanje v sklopu edukacije ni dovolj, da posameznik spremeni način življenja in izboljša klinični potek bolezni (1-8). Opolnomočenje je nujno potrebna psihološka komponenta samooskrbe (10). Znano je, da večina samooskrbe temelji na bolnikovih lastnih odločitvah. Zdravstveno osebje praktično nima vpliva na odločitve, ki jih bolnik sprejema med dvema obiskoma. Zato je osnivanje vseživljenjskega edukacijskega procesa, ki bolniku nudi dovoljšno mero znanja, veščin in samozaupanja, ključnega pomena za dobro urejenost sladkorne bolezni. Opolnomočen bolnik bo dosegal boljše stopnjo samozaupanja na podlagi pridobljenega znanja, izkušenj in spretnosti, da bo odločitve glede zdravljenja sprejemal v skladu z zastavljenimi cilji (11, 12).

Raziskave na področju edukacije bolnikov s sladkorno boleznijo se med seboj razlikujejo po svoji zasnovi, trajanju in rezultatih. Rezultati raziskav kažejo, da ima edukacija o diabetični samooskrbi omejen vpliv na sam klinični potek bolezni. Metaanalize večih raziskav kažejo, da ima usmerjena edukacija iz samovodenja sladkorne bolezni ugoden učinek na znižanje HbA1c kot tudi na njegovo dolgoročno vzdrževanje (2-7). Vendar pa zaradi kratkega trajanja raziskav žal še vedno nimamo podatkov o dolgoročnem kliničnem učinku, še posebej na pojavnost kroničnih zapletov (13). Raziskave so tudi pokazale, da edukacija ugodno vpliva na znižanje telesne mase, vendar ta učinek s časom izzveni (1, 2). Podobno so opazali tudi prehodno ugodne učinke na znižanje holesterola v krvi (4).

Analiza večih raziskav pri bolnikih s sladkorno boleznijo je pokazala, da edukacija o sladkorni bolezni izboljša kakovost življenja, vendar pa tudi na tem področju še vedno nimamo trdnejših dokazov o ugodnih dolgoročnih učinkih (3, 4, 6, 13). Ker so bile raziskave, ki so preučevale vpliv edukacije pri bolnikih s sladkorno boleznijo zelo heterogene, trenutno ni mogoče postaviti jasnih priporočil glede pogostosti edukacije. Klinične izkušnje kažejo, da naj bi bila ta stalno dostopna, obvezno pa ob postavitvi diagnoze, spremembi zdravljenja oziroma kadarkoli jo lečeči diabetolog, bolnik oziroma njegovi svojci dodatno želijo. Znano je, da bolnik s sladkorno boleznijo potrebuje poleg osnovnega znanja, ki ga moramo posredovati ob postavitvi diagnoze tudi redno, načrtno izobraževanje vse življenje. To naj bolniku zagotovi, da bo ohranjal osnovno raven znanja in se sproti seznanjal z novimi načeli in postopki v zdravljenju sladkorne bolezni. Zato je priporočeno enkrat letno izvajati osvežitveno edukacijo. Pomembno je, da edukacija vsebuje tudi

psihosocialne teme, saj rezultati raziskav potrjujejo, da je dobro čustveno počutje povezano z boljšo urejenostjo glikemije (14).

Klinična praksa kaže, da je pomembna komponenta pri zagotavljanju edukacije dobro izobraženo zdravstveno osebje, ki naj razvije strukturiran edukacijski program (9). Pri izvajanju je izjemnega pomena zmožnost empatičnega komuniciranja zdravstvenega osebja z bolnikom. Ob tem naj ima vsak član edukacijskega tima pomembno vlogo in jasno opredeljeno področje, za katero je odgovoren. Prav tako mora biti vsak član edukacijskega tima sposoben posredovati osnovno znanje o vseh vidikih sladkorne bolezni. Člani tima morajo biti delovno tesno povezani in morajo poskrbeti za usklajenost nasvetov, ki jih dajejo bolnikom (15-17). Izkušnje tudi kažejo, da je edukacija uspešnejša, če se pri podajanju vsebin uporablja primerne izobraževalne materiale, ki so bolniku razumljivi in če glede na značilnosti bolnika in obravnavano tematiko poteka v skupinah ali individualno (18-20).

## LITERATURA

1. Norris SL, Engelgau MM, Narayan KMV. Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes. A systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes Care*. 2001; 24: 561-87.
2. Norris SL, Lau J, Smith SJ, Schmid CH, Engelgau MM. Self-management education for adults with Type 2 diabetes. A meta-analysis of the effect on glycemic control. *Diabetes Care*. 2002; 25: 1159-71.
3. Gary TL, Genkinger JM, Gualler E, Peyrot M, Brancati FL. Meta-analysis of randomized educational and behavioral interventions in type 2 diabetes. *The Diabetes Educator*. 2003; 29: 488-501.
4. Ellis SE, Speroff T, Dittus RS, Brown A, Pichert JW, Elasy TA. Diabetes patient education: a meta-analysis and meta-regression. *Patient Educ Couns*. 2004; 52: 97-105.
5. Warsi A, Wang PS, LaValley MP, Avorn J, Solomon DH. Self-management education programs in chronic disease. A systematic review and methodological critique of the literature. *Arch Intern Med*. 2004; 164: 1641-49.
6. Polonsky WH, Earles J, Smith S, Pease DJ, Macmillan M, Christensen R, et al. Integrating medical management with diabetes self-management training: a randomized control trial of the Diabetes Outpatient Intensive Treatment Program. *Diabetes Care*. 2003; 26: 3048-53.
7. Funnell MM, Brown TL, Childs BP, Haas LB, Hoseney GM, Jensen B, et al. National standards for diabetes self-management education. *Diabetes Educ*. 2007; 33: 599-614.
8. Funnell MM, Brown TL, Childs BP, Haas LB, Hoseney GM, Jensen B, et al. National standards for diabetes self-management education. *Diabetes Care*. 2007; 30: 1630-7.
9. Kurikulum za edukacijo o oskrbi odraslih bolnikov s sladkorno boleznijo. Dosegljivo 10.11.2016 s spletne strani: <http://www.zbornica-zveza.si/en/publications/proceedings/kurikulum-za-edukacijo-o-oskrbi-odraslih-bolnikov-s-sladkorno-boleznijo>.
10. Anderson RM, Funnell MM, Butler PM, Arnold MS, Fitzgerald JT, Feste CC. Patient empowerment- a result of randomized controlled trial. *Diabetes Care*. 1995; 18: 943-49.
11. Funnell MM, Anderson R. Empowerment and self management of diabetes. *Clinical Diabetes*. 2004; 22: 123-27.

12. Funnell MM, Anderson R. The problem with compliance in diabetes. *JAMA*. 2000; 284: 1709.
13. Deakin T, McShane CE, Cade JE. Review: group based education in self-management strategies improves outcomes in type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005: CD003417.
14. Steed I, Cooke D, Newmann S. A systematic review of psychosocial outcomes following education, self-management and psychological interventions in diabetes. *Patient Educ Couns*. 2003; 51: 5-15.
15. Seley JJ, Weinger K. Executive summary. The State of the Science on Nursing Best Practices for Diabetes Self-Management. *Am J Nurs*. 2007; 107 (Suppl 6): s6-s11.
16. Colagiuri R, Girgis S, Eigenmann C, Griffiths R. Evidenced Based Guideline for Patient Education in Type 2 Diabetes. Diabetes Australia and the NHMRC. 2008.
17. NICE. Technology Appraisal 60. Guidance on the use of patient-education models for diabetes. London, National Institute for clinical Excellence, 2003. Dosegljivo 04.11.2016 s spletne strani: <http://www.nice.org.uk>.
18. Mensing CR, Norris SL. Group education in diabetes: effectiveness and implementation. *Diabetes Spectrum*. 2003; 16: 96-103.
19. Rickheim PL, Weaver TK, Flader JL, Kendall DM. Assessment of group versus individual education. *Diabetes Care*. 2002; 25: 269-74.
20. Langford AT, Sawyer DR, Gioimo S, Brownson CA, O'Toole MI. Patient-centered goal setting as a tool to improve diabetes self-management. *Diabetes Educ*. 2007; (Suppl 6): s139-s44.