

Jan Tatoń

Profesjonalna edukacja terapeutyczna przewlekle chorych w personalistycznej opiece medycznej: postulat zawodowej specjalizacji

*Dasz człowiekowi rybę, pożywi się jeden dzień;
nauczysz go łowić ryby, ma pożywienie na całe życie*
Maimonides (1135–1204)

Wprowadzenie

Inspiracją do opracowania przedstawionego poniżej współczesnego ujęcia edukacji terapeutycznej w chorobach przewlekłych są następujące cztery okoliczności.

Po pierwsze: Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization – WHO) stwierdziła w specjalnym raporcie, że wiek XXI jest erą epidemii chorób przewlekłych na całym świecie¹. Pojęcie choroby przewlekłej obejmuje zaburzenia zdrowia, których nie można wyleczyć (usunąć), ale które – w wyniku dostępnych obecnie metod leczenia – można ograniczyć, zapobiec ich działaniu jako przyczynie zgonu. Do przykładów tego rodzaju chorób należy zaliczyć: różnego rodzaju wady genetyczne, choroby zwyrodnieniowe (jak np. osteoporoza), choroby metaboliczne (jak otyłość, cukrzyca), choroby sercowo-naczyniowe (takie jak miażdżycy, nadciśnienie tętnicze), inne choroby (typu astma), niektóre nowotwory itd. Sposób leczenia tych chorób umożliwia uzyskanie stanu względnego zdrowia, uwarunkowanego ciągłym leczeniem. Osiąga się to najczęściej dzięki codziennie stosowanej terapii, samokontroli i samoobserwacji dokonywanych przez pacjentów. Takie ujęcie samoopiekuńczej aktywności wymaga od pacjentów odpowiedniego przygotowania

¹ World Health Organization, *Global status report on noncommunicable diseases 2010*, Geneva 2011; https://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/; dostęp: czerwiec 2019.

medycznego, psychologicznego i społecznego. Do tych celów powstaje profesjonalna edukacja terapeutyczna chorych jako wyodrębniająca się specjalność medyczna.

Po drugie: do praktyki opieki medycznej, także w chorobach przewlekłych, wprowadzono zasadę indywidualizacji terapii i samoopieki. Jest to opieka skupiona na pacjencie, jego potrzebach i możliwościach (ang. *patient-centred care*), a także uwzględniająca uwarunkowania społeczno-demograficzne, takie jak: wiek, klasa społeczna, wykształcenie, specyficzne wartości życiowe.

Po trzecie: postępy kliniczne, technologiczne oraz informatyczne w praktyce opieki medycznej upowszechniane są szybciej. Edukacja terapeutyczna zwiększa ich wykorzystywanie przez pacjentów.

Wreszcie **czwarta okoliczność** to dostrzegalne współcześnie istotne przekształcenia w zasadach relacji i komunikacji lekarza z osobami przewlekle chorymi: szczególne znaczenie ma przyjęcie zasady aktywnego partnerstwa pacjentów w praktyce realizowania lekarskich zaleceń². **Lekarz i pacjent razem są silniejsi.**

Wiele specjalistycznych opracowań, w tym raport Najwyższej Izby Kontroli, oceniający jakość profilaktyki i leczenia przyjętej za wzorzec choroby przewlekłej cukrzycy typu 2, wskazuje, że edukacja terapeutyczna w Polsce jest realizowana w sposób niedostateczny³. Opieka medyczna zawsze wymaga bezpośredniej lub pośredniej partnerskiej współpracy dwóch stron: pacjenta i jego bliskich oraz lekarza i zespołu medycznego. Urzeczywistnia się ona za pomocą profesjonalnej komunikacji, odpowiadającej nie tylko celom i metodom medycznej opieki, lecz także uwarunkowaniom społecznym, psychoemocjonalnym i ekonomicznym pacjenta – w myśl zasady *salus aegroti suprema lex*⁴.

Opisowa definicja profesjonalnej edukacji terapeutycznej w chorobach przewlekłych

Choroby przewlekle wymagają długich lat aktywnego leczenia, zmuszają chorego do korzystania z różnych metod terapeutycznych i do regularnych kontaktów z wieloma, często zmieniającymi się osobami tworzącymi zespół medyczny. Efekty leczenia są mimo to względnie małe, zawodzą oczekiwania chorych. Należy podkreślić, że w osiągnięciu lepszej jakości wyników leczenia i życia chorych duże znaczenie ma także ich umiejętność współpracy z lekarzem. Warunkiem poprawy stanu zdrowia

² Zob. T. Dunning, *Diabetes Education – Art, Science and Evidence*, Chichester 2013.

³ Zob. Najwyższa Izba Kontroli, Departament Zdrowia, *Profilaktyka i leczenie cukrzycy typu 2*, KZD.430.007.2017, Warszawa 2018; www.nik.gov.pl/plik/id,16361,vp,18887.pdf; dostęp: czerwiec 2019.

⁴ Zob. D. Young-Hyman, *Psychosocial factors effecting adherence, quality of life, and well-being: helping patients cope*, [w:] *Medical Management of Type 1 Diabetes*, ed. B.W. Bode, 4th ed., Alexandria 2004, s. 162–182.

są także stałe, codzienne starania ze strony pacjenta i jego umiejętne przystosowanie do własnych ograniczeń. W sytuacji choroby przewlekłej warunkami skuteczności opieki medycznej są: przekazanie osobom chorym potrzebnego odpowiedniego zasobu wiedzy zdrowotnej, wyposażenie ich w umiejętności wykorzystania tej wiedzy w codziennej samoopiece oraz pobudzenie psychologicznych mechanizmów motywacyjnych. Sam chory dzięki prowadzonej samoobserwacji i samokontroli oraz umiejętnej analizie codziennie zbieranych informacji zdolny jest zwiększać efektywność działań lekarza. Właściwie dobrany zasób informacji (o chorobie, metodach jej codziennej kontroli i leczenia, o prowadzeniu aktywnego trybu życia) umożliwia choremu poprawę funkcjonowania w różnych sferach życia (rodzina, praca, rozwój własnych zainteresowań) oraz realizowanie się w wielu rolach społecznych⁵.

Informacje te chory otrzymuje od poszczególnych członków zespołu terapeutycznego w formie edukacji terapeutycznej oraz od instytucji leczącej jako całości. Stają się one jednak użyteczne dopiero wtedy, kiedy są zrozumiane przez pacjenta i odpowiadają jego możliwościom realizacyjnym.

Przepływ informacji między pacjentem a lekarzem musi być dwukierunkowy: od lekarza lub innej osoby z zespołu leczącego do chorego i od chorego do członków zespołu. Warunkami takiego obiegu informacji są: zaufanie, szczerłość i umiejętność słuchania partnera. Metod budowania odpowiedniej relacji między edukatorem a pacjentem jest wiele. Są to np.: słowa i sposób ich wypowiedzania, gesty, wizualizacja obrazowa, zapisy głosowe, podawanie symboli, narracje, „coaching” (wspieranie zrozumienia tematu edukacji przez pacjenta)⁶.

We wprowadzeniu do podjętej tematyki należy podkreślić, że koncepcja edukacji terapeutycznej w chorobach przewlekłych odnosi się do polepszenia możliwości przystosowania się pacjenta do przewlekłej choroby. Jest to adaptacja do życia z chorobą i ze stresem związanym z jej codziennym leczeniem, to także akceptacja konieczności regularnych badań, pewnych ograniczeń życiowych i częściowej społecznej izolacji. W przystosowaniu się do takiego życia pomagają następujące czynniki, które składają się na edukację terapeutyczną:

- zrozumienie choroby i sposobów jej kontrolowania (działania edukatorów nakierowane na rozwój wiedzy pacjenta),
- wykorzystanie przez chorego wszelkich możliwości technicznych kontroli (działania mające na celu rozwijanie umiejętności pacjenta),
- wzbogacanie osobowości, zaszczepianie nowych wartości i celów życiowych, zachowań społecznych (działania edukacyjne nakierowane na rozwój motywacji „sił życiowych” pacjenta – ang. *empowerment*)⁷.

⁵ Zob. R.E. Davidson, M. Goldstein, R.M. Kaplan et al., *Evidence-based behavioral medicine: what is it and how do we achieve it*, „Annals of Behavioral Medicine” 2003, vol. 26, s. 161.

⁶ Zob. B.K. Redman, *The Practice of Patient Education*, 9th ed., St Louis 2001, s. 27.

⁷ Zob. T. Bodenheimer, K. Long, H. Holman et al., *Patient self-management of chronic diseases in primary care*, „The Journal of the American Medical Association” 2002, vol. 2, s. 2469.

Cele edukacji terapeutycznej

Można sformułować wiele podstawowych założeń terapeutycznej i psychospołecznej edukacji, z których wynikają praktyczne cele tej działalności. Na szczególne wyróżnienie zasługują trzy przesłanki. Po pierwsze: zdrowie fizyczne i psychoemocjonalne jest całością; choroba przewlekła dotyczy wszystkich aspektów życia pacjenta, w edukacji należy uwzględnić jej holistyczny charakter. Po drugie: edukacja prowadzona wyłącznie w zakresie umiejętności technicznych jest mniej skuteczna; holistyczna edukacja powinna także wzbogacać osobowość pacjenta. I po trzecie: u podstaw prozdrowotnych zmian w osobowości chorego znajduje się intelektualna i emocjonalna motywacja jego życiowych zachowań. Po odpowiedniej edukacji pacjent staje się partnerem profesjonalnego zespołu leczącego (tabela 1).

Tabela 1. Składniki edukacji terapeutycznej

Adresat edukacji	Cele edukacji terapeutycznej
Pacjent	wiedza umiejętności motywacja zmiany behawioralne autonomia stylu życia, liberalizacja stylu życia
Zespół leczący	indywidualizacja celów leczenia medycznego dążenie do prawie normoglikemii zapobieganie powikłaniom minimalizacja niepożądanego działania leczenia wzmacnianie psychiczne pacjenta
Uwarunkowania ekonomiczne	zmniejszenie liczby dni hospitalizacji ograniczanie dodatkowej chorobowości, inwalidztwa, umieralności zwiększenie sprawności społecznej i zawodowej pacjenta

Edukacja terapeutyczna jest udoskonalonym sposobem komunikacji między lekarzem i pacjentem, służy podniesieniu skuteczności i kultury opieki zdrowotnej. Obejmuje ona: przekazanie wiedzy, budowanie motywacji i technicznych umiejętności za pomocą profesjonalnych metod pedagogiki, a także oddziaływanie wzmacniające osobowość pacjentów, zwiększające ich odporność na stres chorowania oraz wspierające społeczną emancypację. Edukacja terapeutyczna jest ściśle skojarzona z ogólnymi zadaniami opieki medycznej⁸.

⁸ Zob. B.J. Felton, T.A. Revenson, *Coping with chronic illness: a study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology” 1984, vol. 52, s. 343–353.

Z takich ogólnych przesłanek edukacji terapeutycznej wynikają praktyczne cele, jakie mają zostać zrealizowane. Są one następujące:

- przekazanie wiedzy, umiejętności i wypracowanie psychoemocjonalnej motywacji, które umożliwiają partnerską interakcję pacjenta i lekarza oraz skuteczniejsze leczenie;
- wskazanie, że umiejętnie kontrolowana choroba przewlekła może stać się szansą racjonalnej przebudowy osobowości pacjenta w kierunku tworzenia nowych życiowych wartości (tworzy to podstawy do przeciwdziałania lękowi, znużeniu, depresji, frustracji, zagubieniu sensu życia z powodu przewlekłej choroby);
- zwiększenie psychicznej odporności pacjenta dzięki uświadomieniu mu mechanizmów zjawisk związanych z chorobą, wyzwolenie większej kreatywności w stosunku do samego siebie;
- zbudowanie i wzmocnienie kontaktu chorego z otoczeniem, nastawienia na współdziałanie w kontroli skutków choroby;
- umożliwienie podejmowania zadań ważnych z punktu widzenia społecznej roli pacjenta, osiąganie poczucia lepszej jakości życia, godności i autonomii, eliminacja poczucia dyskryminacji społecznej i autodyskryminacji⁹.

Opisanie edukacji za pomocą zadań, jakie ma ona spełnić, pokazuje, że oprócz celów operacyjnych, umożliwiających skuteczniejsze kontrolowanie choroby, edukacja powinna powodować u pacjenta wytworzenie nowych wartości osobowościowych i moralnych¹⁰. Edukacja lub wychowanie zdrowotne w zakresie udziału chorego w kontroli choroby przewlekłej jest więc nie tylko działalnością wspomagającą leczenie. Jest samym leczeniem, zasadniczą częścią tego procesu, warunkującą powodzenie wszystkich innych terapeutycznych metod. Z tego względu wprowadzenie programów edukacji terapeutycznej do codziennej praktyki medycznej zwiększa liczbę chorych spełniających kryteria lepszej jakości leczenia. Przyczynia się to do ograniczenia liczby hospitalizacji i wizyt ambulatoryjnych. Dzięki edukacji uzyskuje się także racjonalizację samooceny i samokontroli chorego, oddziałuje się psychoterapeutycznie, przebudowuje osobowość i doprowadza do tego, że pacjent staje się bardziej autonomiczny¹¹.

Osobnym problemem w relacjach z pacjentem – szczególnie z pacjentem przewlekłe chorym – jest hierarchia jego życiowych wartości. Lekarz sądzi, że życie i zdrowie należą do wartości najwyższych. Może się jednak mylić. W pewnych sytuacjach, w warunkach kryzysowych, mogą one schodzić w świadomości pacjenta na dalszy plan. Są to problemy, na które lekarze powinni być uwrażliwieni. Jeśli będą

⁹ Zob. M. Stewart, J.B. Brown, A. Donner et al., *The impact of patient-centered care on outcomes*, „The Journal of Family Practice” 2000, vol. 49, s. 796; R. Griffiths, R. Jayasuriya, M. Jamieson, *Development of a patient-generated quality of life measure for non-insulin dependent diabetes*, Australian Diabetes Educators Association Annual Scientific Meeting 1997, Canberra.

¹⁰ Zob. I. Heszen, *Psychologiczna problematyka relacji lekarz – pacjent*, [w:] *Psychologia kliniczna*, red. H. Sęk, Warszawa 2013, s. 235.

¹¹ Zob. *Ibidem*.

pracować z pacjentami w poczuciu, że każdy z nich ma rutynowy system wartości, to mogą osłabiać indywidualną motywację chorego, który myśli inaczej.

Zadania, które realizuje edukacja terapeutyczna osób z chorobą przewlekłą, są w swej istocie bardzo wymierne: od medycznych aż po społeczne i ekonomiczne. Dzięki odpowiednio prowadzonej edukacji można uzyskać także zwiększenie społecznej emancypacji pacjenta. Sposoby realizacji tego rodzaju edukacji terapeutycznej przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Taktyka i sposoby edukacji terapeutycznej osób przewlekle chorych

Taktyka	Sposoby
Nauczanie przez zawodowych nauczycieli metod postępowania zdrowotnego Samonauczanie Działanie edukacyjne w stosunku do rodziny i najbliższego otoczenia (środowiska) Stowarzyszenia chorych Programy sanatoryjne	Nauczanie w małych grupach – szkoła dla chorych Strukturalne programy edukacyjne Pomoce audiowizualne, poradniki i poradnictwo, ćwiczenia umiejętności Grupy samopomocy, wsparcie i społeczne korelacje ze wskaźnikami jakości życia
Działania, w które chory jest bezpośrednio zaangażowany	
Organizacja nauczania, gromadzenia i dystrybucji pomocy do samokontroli Wymiana praktycznych informacji o żywieniu, sposobach i środkach leczenia, przepisach prawnych i administracyjnych Organizacja samopomocy, wizyt w domu chorych, którzy nie mogą opuszczać mieszkania Organizacja wypoczynku, imprez kulturalnych itd. Dostarczanie informacji o trudnościach w dostępności metod i środków leczenia swojemu zespołowi leczącemu, władzom administracyjnym	

Wśród celów edukacji terapeutycznej należy wymienić także potrzebę wytworzenia relacji między wcześniej nabytymi przez pacjentów informacjami o chorobie a programem aktualnej edukacji. Dotyczy to szczególnie parametrów domowej kontroli choroby, ich interpretacji oraz umiejętności posługiwania się nowymi instrumentami określającymi te parametry¹².

Jak już wcześniej wspomniano, niezwykle ważnym elementem każdej edukacji terapeutycznej jest zwiększenie odporności pacjenta na stres związany z chorowaniem (ang. *empowerment*). Zespół terapeutyczny zawsze powinien zwiększać psychiczną odporność pacjentów. Można wymienić następujące sposoby takiego oddziaływania za pomocą edukacji terapeutycznej:

¹² Zob. J. Tatoń, A. Czech, M. Bernas, Z. Szczeklik-Kumala, E. Biernacka, *Socjologia cukrzycy*, Łódź 2013.

- wyjaśnienie pacjentowi, na czym polega choroba, opisanie jej objawów i celów leczenia;
- ocena ograniczeń życiowych narzuconych przez chorobę;
- wyjaśnienie, które strefy życia osobistego pacjenta nie są dotknięte przez chorobę;
- przekazanie schematów, umiejętności i motywacji do działań na rzecz celów leczniczych (są to programy edukacji zdrowotnej, samokontroli, rehabilitacji, samopomocy i inne);
- wytworzenie w strukturze myślenia chorych dominujących idei związanych z głównymi celami żywymi i leczniczymi;
- ukierunkowanie osobowości pacjenta w kierunku prospołecznym, wytworzenie gotowości dodawania odwagi innym;
- nastawienie zadaniowe motywacji;
- wyuczenie zabiegów służących leczeniu (wstrzyknięcia, testowanie, sporządzanie diety itp.);
- wyćwiczenie realizacji reżimu leczniczego, spełniania funkcji leczniczej, asymilacji zachowań leczniczych przez członków rodziny;
- zbudowanie korzystnej, stabilnej relacji chorego i rodziny z fachowymi, medycznymi opiekunami;
- rozwijanie „normalności” w kształtowanym – ciągle na nowo – układzie behawioralnym, psychicznym, intelektualnym; rozwijanie zdolności i poczucia własnej wartości, zwiększanie odczuwania jakości życia.

Szczególna przydatność profesjonalnej edukacji terapeutycznej w kształtowaniu współpracy lekarza z pacjentem w chorobach przewlekłych: nowe ujęcie komunikacji medycznej

Zachorowanie na przewlekłą chorobę oznacza wejście chorego w tygiel zjawisk przystosowawczych o dużej intensywności. Psychoemocjonalna, społeczna i biologiczna wytrzymałość chorego zostaje poddana ciężkiej próbie nadzwyczajnego stresu. Jest w tym także ciągle, niestety, aktualny element braku nadziei na zupełne wyleczenie, ustąpienie choroby w najbliższej przyszłości. Największym wyzwaniem dla osób przewlekle chorych i z niepełnosprawnościami jest uzyskanie umiejętności kształtowania stylu życia i realizowania codziennego leczenia. Tego rodzaju okoliczności oraz potrzeby medyczne i socjalne są uwarunkowane odpowiednią, partnerską, opartą na empatii komunikacją lekarza z przewlekle chorym pacjentem.

Włączenie edukacji terapeutycznej do praktyki leczenia i życia przewlekle chorych wymaga wczesnego rozpoznania i uwzględnienia w metodyce edukacyjnej nie tylko szczególnych cech choroby, lecz także indywidualnych, psychologicznych i socjologicznych uwarunkowań życia danego pacjenta (istotnym czynnikiem w pro-

cesie leczenia jest wsparcie rodziny i środowiska społecznego)¹³. Jest to zadanie zarówno dla podstawowej, jak i specjalistycznej opieki zdrowotnej – profesjonalna terapeutyczna edukacja pacjenta (jako składowa opieki medycznej) powinna być prowadzona przez wszystkie osoby zaangażowane w leczenie: lekarza, pielęgniarki i specjalistów edukatorów terapeutycznych.

Edukacja terapeutyczna osób przewlekle chorych obejmuje zatem wiele kierunków działań. Jest nauczaniem zasad samoobserwacji i samokontroli wskaźników skuteczności leczenia, technologii zabiegów terapeutycznych, umiejętności podejmowania przez pacjentów korekcyjnych decyzji terapeutycznych i prowadzenia domowej dokumentacji tych czynności oraz sprawności w komunikacji z lekarzem we wszystkich tych zakresach¹⁴. Osobnym nurtem edukacji terapeutycznej jest umacnianie osobowości pacjenta, czyli budowanie szczególnych wartości psychologicznych, kulturowych i socjalnych potrzebnych w usprawnianiu zdrowotnych zachowań¹⁵. Ważnym problemem jest także ułatwienie pacjentom udziału w życiu społecznym, także na rynku pracy. Wszystkie wymienione powyżej składniki edukacji terapeutycznej podlegać powinny monitorowaniu w zakresie sprawności ich wykonywania.

Czynnikiem wpływającym na skuteczność leczenia, który powinien być uwzględniany w planowaniu edukacji terapeutycznej, jest poziom współpracy z lekarzem. Wyniki badań, zajmujących się analizą związku między ilością i jakością wiedzy chorych o ich chorobach przewlekłych a jakością wyników leczenia, nie są jednoznaczne. Wykazano istnienie zarówno dodatnich, jak i negatywnych relacji. Skuteczny program działania pedagogicznego dla prewencji i dla terapii wymaga przekonania o jego celowości ze strony chorego – musi on akceptować metody działania nakreślone przez lekarza. Wiele doniesień wskazuje na małą współpracę chorych w tym zakresie. Przyпуска się, że co najmniej połowa chorych z różnych względów nie współpracuje właściwie z lekarzem.

Brak współpracy ze strony chorych najczęściej wynika po prostu z ich niewiedzy. Aby właściwie prowadzić przepisane leczenie, chorzy powinni otrzymać niezbędny zasób informacji dotyczących tego, jak i dlaczego mają wykonywać zalecenia. Wykazano też, że nawet chorzy z dużą wiedzą na temat swojej choroby często nie umieją zastosować jej do rozwiązywania konkretnych problemów. Samo posiadanie informacji nie gwarantuje, że chorzy będą je prawidłowo wykorzystywać¹⁶.

¹³ Zob. I. Heszen, *op. cit.*, s. 235.

¹⁴ Zob. A. Włoszczak-Szubzda, M.J. Jarosz, *Selected aspects of a professional doctor-patient communication – education and practice*, „Annals Of Agricultural Environmental Medicine” 2013, vol. 20, s. 373–379; Z. Śliwińska, M. Makara-Strudzińska, Z. Śliwiński, *Relacja lekarz – pacjent*, „Medical Studies” 2015, nr 31, s. 223–228; <http://doi.org/10.5114/MS.2015.54764>; dostęp: czerwiec 2019.

¹⁵ Zob. K.T. Elbert, *Problems in Communications*, [w:] *Palliative medicine*, ed. D. Walsh, Philadelphia 2008, s. 625–629.

¹⁶ Zob. T. Bodenheimer, K. Long, H. Holman et al., *op. cit.*, s. 2469.

Przy planowaniu efektywnego nauczania chorych należy mieć stale w pamięci, że:

- zdolność do zapamiętywania u pacjentów jest niewielka (np. są oni zdolni powtórzyć jedynie połowę informacji, jakie otrzymują od lekarza już w 5 minut po wizycie);
- jedynie około jednej trzeciej informacji medycznych, otrzymywanych w czasie pierwszej wizyty, jest dobrze zapamiętana;
- dostarczanie pacjentowi informacji ogólnych (np. dotyczących koncepcji choroby) nie powoduje zwiększenia zdolności chorego do prawidłowego współdziałania z lekarzem;
- bardzo wielu pacjentów nie rozumie najprostszych wyrażeń medycznych (np. *metabolizm lipoprotein, hiperglikemia* itd.).

Badania wykazały, że wiedza otrzymana podczas zajęć prowadzonych w ośrodkach klinicznych pozostaje w pamięci pacjentów jeszcze po 8–12 miesiącach, ale pozytywny wpływ zdobytych informacji na ich zachowanie zdrowotne i styl życia utrzymuje się po tym okresie tylko częściowo lub zupełnie zanika¹⁷. Zależy to często od sytuacji rodzinnej, koniecznej do prawidłowego stosowania zaleceń (np. dietetycznych), jak i od wielu innych czynników (np. trudności materiałowych i zaopatrzeniowych).

Z tych obserwacji wysuwają się praktyczne wnioski: potrzebna jest ciągłość w kształceniu przewlekle chorych. Nie chodzi tu jednak o dokładanie nowych informacji dotyczących np. postępu w leczeniu choroby, ale o ciągle przypomnienie nabytych już wcześniej informacji w celu ich utrwalenia. Ma to szczególne znaczenie dla kręgu najczęściej spotykanych zagadnień, np. infekcji, pielęgnacji stóp, zaprzestania palenia tytoniu, kontroli masy ciała, leczniczych ćwiczeń fizycznych. Wyniki leczenia zazwyczaj zależą od umiejętności zbudowania trwałej motywacji pacjenta do wprowadzenia zmian w trybie życia. Lekarz nigdy nie może zrezygnować z motywowania chorego, jego rodziny, przyjaciół, pracodawców, a także nauczycieli opiekujących się chorymi uczniami lub studentami¹⁸. Jest to również droga do umocnienia wiary chorego w samego siebie.

Diagnostyka potrzeb edukacyjnych pacjentów

Diagnostykę w zakresie potrzeb edukacji terapeutycznej można podzielić na cztery etapy:

1. ocena przygotowania pacjenta do edukacji,
2. ustalenie programu i planu,

¹⁷ Zob. B.K. Redman, *op. cit.*

¹⁸ Zob. J. Tatoń, *Kultura zawodu lekarza w XXI wieku*, Działdowo 2018; www.kultura-medyczna.pl; dostęp: czerwiec 2019.

3. realizacja programu,
4. ocena wyników stosowania edukacji w praktyce życiowej pacjentów.

Ocena indywidualnych potrzeb edukacyjnych przewlekle chorego pacjenta zaczyna się od wytworzenia przyjaznej relacji z lekarzem, tak aby pacjent w sposób pełny i swobodny przedstawił swoje potrzeby zdrowotne, motywacje i emocje. Korzystne jest także uzyskanie opinii bliskich chorego. Warto w tym celu zadać pacjentowi następujące pytania:

- czy pacjent docenia możliwości edukacji (i czy podobnie myślą jego bliscy)?
- czy pacjent ma zdolność do realizacji zaleceń edukacyjnych?
- czy pacjent ma wystarczające zdolności poznawcze w zakresie potrzebnego programu edukacji?
- jakie są szczególne kliniczne ustalenia dotyczące choroby pacjenta?

W dążeniu do uzyskania odpowiedzi na te pytania wskazane jest stosowanie odpowiednich metod pedagogicznych, dostosowanie sposobu sformułowania pytań do możliwości i potrzeb danego pacjenta (z uwzględnieniem jego wykształcenia, wieku, stanu klinicznego itd.). Do przededukacyjnej oceny przewlekle chorej osoby stosuje się różne metody. Jest to odpowiednio zaplanowana rozmowa z pacjentem (i niekiedy z jego rodziną lub opiekunami), oceniająca psychospołeczną sytuację i dotychczas nabytą wiedzę w zakresie leczenia i stylu życia. Wykorzystuje się różne ankiety z odpowiednimi opisami sytuacji zdrowotnych, próby stosowania różnych instrumentów potrzebnych do terapii.

Po sformułowaniu wniosków wynikających z takiej przededukacyjnej oceny przechodzi się do drugiego etapu – do zaplanowania programu i metod edukacji. Ogólną zasadą planu jest stwierdzenie, że edukacja ma być skoncentrowana na indywidualnych potrzebach pacjenta. Plan obejmuje ustalenie celów edukacji i oczekiwanych wyników, zakres merytoryczny, potrzeby motywacyjne i psychospołeczne danego pacjenta. Zawsze powinien uwzględniać kulturowe i życiowe wartości pacjenta.

Odpowiednio do potrzeb planu edukacji i indywidualnych cech chorego wybiera się metody prowadzenia edukacji. Celowe jest przygotowanie dokumentu realizacji planu. Mogą to być indywidualne rozmowy, edukacja w małych grupach pacjentów (szkoła edukacji terapeutycznej), ćwiczenia w stosowaniu przyrządów do domowej terapii, sposób dokumentacji samokontroli¹⁹. Dostępność różnych technologii komunikacyjnych, jakie stwarza informatyka, jest bardzo użyteczna, ale jednocześnie wytwarza szersze ryzyko wystąpienia błędów.

Trzecim etapem edukacji jest jej praktyczne wykonywanie. W realizacji programu można stosować standardy edukacji terapeutycznej ustalone przez uprawnione do tego organizacje. Są to m.in. następujące wytyczne²⁰:

¹⁹ R.C. Smith, *Patient-Centered Interviewing. An Evidence-Based Method*, 2 wyd., Filadelfia 2002.

²⁰ Zob. International Diabetes Federation Consultative Section on Diabetes Education, *International Standards for Medical Education*, Brussels 2003.

- zorganizowanie odpowiednich warunków lokalowych;
- przygotowanie pomocy dydaktycznych i materiałów dla edukowanych pacjentów, odpowiednio do ich wykształcenia, zdolności fizycznych, wieku, kultury (materiały pisane, audiowizualne, komputery, materiały medyczne);
- zapewnienie kierunku przekazu edukacji: od informacji i umiejętności podstawowych do ich bardziej zaawansowanych treści;
- ćwiczenie umiejętności samodzielnego rozwiązywania codziennych problemów terapeutycznych.

Czwarty etap, czyli ocena wyników prowadzenia edukacji terapeutycznej, to przede wszystkim zestawienie oczekiwanych i uzyskanych przez lekarza i edukatora terapeutycznego oraz pacjentów wyników edukacji w zakresie wiedzy, umiejętności, cech behawioru pacjentów oraz ich motywacji (mogą one dotyczyć żywienia, aktywności fizycznej, monitorowania objawów, dokładności wykonywania zaleceń medycznych, stosunku pacjentów do swojej sytuacji życiowej).

Edukacja terapeutyczna jako czynnik sprzyjający budowaniu pozytywnych, psychoemocjonalnych i motywacyjnych zmian osobowości osób przewlekle chorych

Istnieje kilkadziesiąt stanów emocjonalnych lub uczuciowych, których doświadcza osoba z przewlekłą chorobą, m.in. strach, lęk, przygnębienie, gniew, radość, rozpacz, wstyd, przerażenie, wdzięczność, przyjaźń, miłość. Do typowych przeżyć towarzyszących przebiegowi przewlekłych chorób można zaliczyć: poczucie winy lub kalectwa, reakcje na poczucie zagrożenia egzystencji, bezradność i cierpienie, reakcje na zmniejszenie odczuwania własnej wartości i zwiększenie zależności od osób drugih, obawę przed sprawianiem bólu rodzinie i bliskim, stany depresyjne związane z rozpoznaniem klinicznym i z niepewnością rokowania.

Silne emocje z reguły łączą się ze zmianami w aktywności układu nerwowego ośrodkowego, szczególnie autonomicznego. Mogą one wywoływać zmiany w percepcji bodźców zespółowych, w ruchliwości, zmieniać czynność serca i tętnic, pobudzać katabolizm, sprzyjać glikogenolizie, zmieniać glikemię itd. Są to sposoby ekspresji emocji. Stan emocjonalny jest neurofizjologiczną miarą wyrażania stosunku podmiotu (chorego) do siebie, do swojego organizmu, do własnego działania, do innych ludzi, zjawisk, rzeczy lub wydarzeń. Ma on swoje wykładniki psychologiczne i fizjologiczne, wywiera wpływ na motywy i zdolność do działania. Głębsze emocje są silnym czynnikiem motywacyjnym. Skłaniają do nasilenia aktywności lub ją porażają (wynika to z treści emocji oraz jej dodatniego lub ujemnego charakteru)²¹.

²¹ Wspomniane tu zaburzenia emocjonalne można rozpoznawać i oceniać za pomocą np. specjalnych ankiet i kwestionariuszy. Por. J. Campinha-Bacote, *The process of cultural competence*

Odpowiednio poprowadzona edukacja terapeutyczna – także na poziomie emocjonalnym – może tę motywację wzmacniać.

Osobnym problemem psychicznej realizacji edukacji terapeutycznej są związane z naturą choroby zaburzenia osobowości pacjentów przewlekle chorych. W zakres osobowości wchodzi także przekonania, a więc osobiste, zabarwione emocjonalnie opinie, poglądy, również opinie bardziej zobiektywizowane i postawy, tj. trwałość gotowości do reagowania w określony sposób, predyspozycja do określonych zachowań. Są to mechanizmy widzenia siebie i świata. Ulegają one oczywiście przemianom, gdyż osobowość jest strukturą dynamiczną. Zmienia się w wyniku integrowania różnych poznawczych i emocjonalno-motywacyjnych mechanizmów regulujących stosunek jednostki do siebie, do swojej choroby, do swojego zdrowia i otoczenia oraz kontrolę własnego działania. Pochodną osobowości jest hierarchia wartości i celów²².

Edukacja terapeutyczna może w tym zakresie umożliwić lepsze psychospołeczne przystosowanie jednostki. Jak wiadomo, przystosowanie tego rodzaju ma z reguły charakter regulacji egocentrycznej, a więc takiej, która zmierza wyłącznie do ochrony samego siebie. Swoiste dla tej sytuacji jest uczucie zagrożenia, utraty sprawności życiowej, roli społecznej, stanowiska, zaufania otoczenia i prestiżu. Stan ten może powodować powstawanie agresywnych form obrony, np. w postaci nadmiernych reakcji emocjonalnych (np. gniewu, drażliwości, podejrzliwości, abnegacji)²³. Problemy te powinna obejmować odpowiednia edukacja terapeutyczna.

Przewlekle choroby łączą się z silnym stresem, depresją lub lękiem, nadmierną pobudliwością, z fobiami, zubożeniem, zaburzeniami psychoruchowymi, a także z obniżeniem samooceny i zaniechaniami kulturowymi. W tym zakresie konieczne jest także pozytywne oddziaływanie na pacjenta w ramach programów i metod edukacji terapeutycznej, np. poprzez przekazanie chorym konstruktywnych schematów poznawczych, umiejętności i motywacji do działań leczniczych. Potrzebne jest wytworzenie w strukturze myślenia chorych dominujących idei związanych z głównymi celami życiowymi i leczniczymi. Można to osiągnąć za pomocą etapowych, kolejnych zaleceń edukacyjnych. Metody te mogą posłużyć także do oceny jakości i skuteczności wsparcia społecznego dla przewlekle chorych (np. w zakresie organizacji stylu życia, problemów bezrobocia, transportu, dostępności do pomocy społecznej, do instytucji kształcenia)²⁴.

in the delivery of healthcare services: a model of care, „Journal of Transcultural Nursing” 2002, vol. 13, s. 181; J. Tatoń, *Diagnostyka internistyczna*, wyd. 2, Warszawa 2005.

²² A. Bartoszek, *Opieka duchowa nad rodziną terminalnie chorego*, [w:] *Eukrasia. Rodzina: opieka nad chorym*, red. L. Nieborójk, M. Kosińska, Katowice 2003, s. 139–145.

²³ Zob. H. Sęk, *Rola wsparcia społecznego w sytuacjach stresu życiowego. O dopasowaniu wsparcia do wydarzeń stresowych*, [w:] *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, red. H. Sęk, R. Cieślak, Warszawa 2004.

²⁴ Zob. M. Bernas, J. Tatoń, Z. Szczeklik-Kumala, *Socio-economic impact on the quality of diabetes mellitus type 2 care: can we improve the outcomes?*, [abstrakt w:] *46th EASD Annual Meeting*

Przykładem tego rodzaju diagnostycznej metody jest wywiad motywacyjny do celów edukacji terapeutycznej. Obejmuje on następujące elementy:

- przedstawienie celów edukacji, podkreślenie znaczenia współpracy i skutecznego porozumienia;
- wyodrębnienie celów i potrzeb współpracy pacjenta o indywidualnym, praktycznym charakterze;
- rozmowę nakierowaną na ustalenie sposobów i metod realizacji celów pacjenta, wysłuchanie jego propozycji, przezwycięzenie oporu emocjonalnego przy jednoczesnym poszanowaniu autonomii pacjenta, jego osobistych przekonań i sugestii;
- zwiększanie poczucia „samoskuteczności” osiąganego w terapii (samoobserwacja i samokontrola);
- ustalenie wniosków z wywiadu motywacyjnego w celu „zawarcia umowy” z pacjentem dotyczącej efektywnej realizacji postulatów edukacji terapeutycznej²⁵.

Wykształcenie silnych mechanizmów motywacyjnych do codziennej realizacji zaleceń lekarskich staje się w tej sytuacji warunkiem skuteczności działania. W środowisku medycznym panuje coraz większe zrozumienie idei partnerstwa lekarza i pacjenta w leczeniu chorób przewlekłych. Partnerstwo zwiększa bowiem motywację do leczenia. W ten sposób poprawia jego skuteczność (ang. *adherence*). Rzeczywistość pokazuje jednak, że bardzo często daleko jest do praktycznej realizacji tej idei. Zakłada ona bowiem złożony proces przekształcenia zachowań człowieka (w sferze życia rodzinnego, w pracy itd.) w celu podtrzymania zdrowia, ograniczenia skutków choroby. Wzorzec zachowań formuje rodzina, szkoła, środowisko. W obecnych czasach przyspieszonego obiegu informacji słabnie więź grupowa i rodzinna, maleje przywiązanie do tradycji. Sytuacja ta stwarza jednak nowe szanse wytwarzania zachowań celowych z punktu widzenia terapii²⁶.

Pedagogiczne metody oddziaływania terapeutycznego w chorobach przewlekłych

Nauczanie pacjenta jest narzędziem terapeutycznym. Jego głównym celem jest prozdrowotna zmiana zachowania, prozdrowotne wzbogacenie osobowości, umocnienie motywacji do realizacji zaleceń leczniczych oraz przekazanie wiedzy i doskonalenie umiejętności koniecznych do samokontroli i samoopieki. Edukacja pacjenta może być prowadzona indywidualnie (jako integralna część osobistych kontaktów między pacjentem a lekarzem) lub grupowo. Lekarz powinien rozważyć korzyści

of the European Association for the Study of Diabetes Stockholm, Sweden, 20 – 24 September 2010, „Diabetologia”, vol. 53, suppl. 1, s. 20.

²⁵ Zob. J. Tatoń, A. Czech, *Podręcznik edukacji terapeutycznej w cukrzycy – nauczanie samoopieki*, Warszawa 2000.

²⁶ Zob. J. Tatoń, *Kultura zawodu lekarza...*

i wady każdego z typów nauczania przed wyborem rodzaju szkolenia dla każdego pacjenta indywidualnie²⁷.

• Edukacja indywidualna

KORZYŚCI. Program edukacyjny może być dostosowany do indywidualnych potrzeb, umiejętności, zainteresowań i wiedzy pacjenta, a edukacyjny dialog dostarcza okazji do bezpośredniego kontaktu i wymiany opinii między lekarzem a pacjentem. Ma on emocjonalne zabarwienie. Ułatwia także przybliżenie tematów, których pacjent nie chce poruszać publicznie. Nauczyciel musi umieć skutecznie się komunikować. Język powinien być prosty i konkretny, należy stosować wiele przykładów. Wskazane są powtórzenia.

WADY. Indywidualna nauka pochłania dużo czasu. Pacjenci często się spieszą, mogą nie być skłonni do słuchania i nauki podczas rutynowych wizyt. Lekarze tymczasem nie zawsze chętnie podejmują się prowadzenia nauczania z powodu znacznego obciążenia pracą.

WSKAZANIA. Indywidualna edukacja jest prawdopodobnie najbardziej odpowiednia jako swojego rodzaju pierwsza pomoc w momencie rozpoznania choroby. Indywidualne podejście jest także ważne dla ulepszania i powtarzania edukacji w ciągu dalszej obserwacji pacjenta. Wiedza o różnych aspektach opieki diabetologicznej powinna być kontrolowana podczas każdej wizyty, a informacje aktualizowane lub adaptowane do zmieniających się okoliczności (jak np. ciąża, rozwój powikłań lub współistniejąca choroba).

Nauczanie indywidualne powinno opierać się na intensywnym programie jednodziennym. Może to być kilka godzin nauczania dziennie przez różnych członków zespołu terapeutycznego. Alternatywą są dwie, trzy sesje w tygodniu przez trzy miesiące.

• Edukacja grupowa

KORZYŚCI. Pacjenci w sytuacji specjalnie przygotowanej do edukacji (np. w szkole) oczekują nauczania i lepiej rozumieją cel spotkań. Obecność innych uczestników szkolenia sprzyja wymianie wiedzy i doświadczenia, co jest dodatkowym ważnym narzędziem edukacyjnym. Jak się czujesz, jak sobie radzisz? – takie pytania stymulują przepływ wiedzy pacjentów. Przynależność do grupy chorych na cukrzycę ułatwia emocjonalne dojrzewanie pacjentów i ich rodzin, pomaga im się oswoić z chorobą na przykładzie innych. Ten typ szkolenia oszczędza czas. Może być ono prowadzone według strukturyzowanego (formalnego) planu zajęć i lekcji oraz dobrze nadaje się do ewaluacji²⁸.

²⁷ Zob. T. Dunning, *op. cit.*

²⁸ Zob. R. Charon, *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*, Oxford 2008.

WADY. Nauczyciel musi nabyć specyficzną umiejętność komunikowania się z grupą, stać się też aktywnym pośrednikiem w kontaktach między członkami grupy. Wymaga to profesjonalnego przygotowania pedagogicznego. Program i prezentacje tematów dość trudno jest przystosować do poziomu pacjentów o różnym zakresie wiedzy. Nie zawsze możliwy jest dobór pacjentów z podobnymi problemami zdrowotnymi, o podobnym stopniu wcześniejszego przygotowania. Nieregularność uczestniczenia w lekcjach i spóźnianie się też mogą przysporzyć kłopotów.

WSKAZANIA. Grupowa edukacja jest prawdopodobnie najbardziej odpowiednia do planowanego pogłębienia wiedzy. Jest skuteczna w celu osiągnięcia zmiany zachowań. Najlepszym terminem dla systematycznej pracy w szkole chorych na cukrzycę jest okres, kiedy pacjent zdążył się już oswoić z chorobą, co zwykle zajmuje kilka miesięcy. Najlepsze rezultaty można osiągnąć w niedużym, dobrze skoordynowanym zespole zaangażowanym w doskonaleniu leczenia pacjentów. Nauczający powinien być gotowy do zmodyfikowania programu, jeśli wskazują na to potrzeby pacjentów lub ich słabe wcześniejsze przygotowanie. Tworzy się grupy nie większe niż dziesięcioosobowe. Grupy formowane są w zależności od typu cukrzycy lub problemów z nią związanych. W tworzeniu grup celowe jest uwzględnienie różnic etnicznych i kulturowych, a także wieku. Spośród możliwych do stosowania form dydaktycznych wymienić można konkretne instrukcje lub też dyskusje grupowe z analizą doświadczeń poszczególnych członków grupy. Należy się wówczas posługiwać otwartymi pytaniami, np. *Czym dla Państwa jest cukrzyca? Jak czuli się Państwo, gdy po raz pierwszy pojawiły się objawy cukrzycy, a jak czują się Państwo teraz?* Indywidualne problemy można opisywać na kartkach papieru, które wrzuca się do skrzynki, a następnie omawia w grupie. Należy też prosić pacjentów o pisemną odpowiedź na pytanie: *Czego oczekują Państwo od tego programu edukacyjnego?*, a na koniec kursu zapytać: *Jakie poszczególne punkty tego kursu były najważniejsze?*²⁹.

• Asysta edukacyjna i edukacyjni asystenci

Doświadczenie pracy z pacjentami pokazuje, że warto stosować specjalną formę terapeutycznej edukacji, którą nazwać można asystą edukacyjną. Jest to organizowanie w ramach zajęć spotkań z asystentami edukacyjnymi, czyli z działającymi na zasadzie wolontariatu pacjentami mającymi już duże doświadczenie w życiu z chorobą przewlekłą. Są oni przygotowani do prowadzenia z uczestnikami zajęć rozmów i dyskusji dotyczących praktycznych aspektów sprawnej samokontroli i samoopieki, a także rozwiązywania istotnych problemów życiowych związanych z chorobą.

Tego rodzaju komunikacyjne działanie w języku angielskim określa się mianem *coaching* lub *peer leadership* – zwykle, przyjacielskie rozmawianie³⁰. Edukacja

²⁹ T. Dunning, *op. cit.*

³⁰ *Ibidem.*

taka ma formę dialogu, może odbywać się w domu pacjenta, a także na zebraniach stowarzyszeń pacjentów, w szkołach, przez telefon, e-maile lub w miejscu pracy. Doświadczeni w życiu z przewlekłą chorobą pacjenci dyskutują z pacjentami, którzy rozpoczynają swoją „życiową podróż z chorobą” – bez barier, presji lub nakazów, ale z empatią i przyjaźnią. Wspomagają w ten sposób edukację terapeutyczną realizowaną przez profesjonalnych edukatorów. Coaching staje się w ten sposób metodą asysty edukatorów³¹. Udział asystentów edukacji terapeutycznej wprowadza samocenę terapeutycznych zachowań dokonywaną przez samych pacjentów albo ich bliskich. Edukacja staje się bardziej osobista. Daje dobry wzorzec postępowania reprezentowany przez asystenta edukacji.

• Edukacja w środkach masowego przekazu

Ten rodzaj edukacji wpływa na kształtowanie opinii publicznej i może zwiększać świadomość w zakresie wybranych problemów zdrowotnych. Z natury rzeczy jest to edukacja bardzo ogólna, obejmująca zasadnicze wiadomości, mniej nadające się do kształtowania umiejętności i motywacji.

WADY. Edukacja prowadzona przez środki masowego przekazu wyłącza możliwość komunikacji interpersonalnej. Jest wątpliwe, aby mogła zmienić zachowanie chorego, jeśli wcześniej nie miał on już odpowiedniej motywacji.

WSKAZANIA. Środki masowego przekazu mogą pomagać w edukacji pacjentów (szczególnie z niższych warstw ekonomiczno-społecznych), nakłaniać ich do poszukiwania podstawowej pomocy i opieki. Mogą np. wzmocnić prozdrowotne nastawienie w grupie pacjentów z cukrzycą typu 2. Środki masowego przekazu bardzo silnie oddziałują na świadomość, dlatego nie mogą być propagatorem fałszywych informacji³².

Przygotowanie i formy zajęć edukacyjnych w zakresie terapii chorób przewlekłych

Program edukacji terapeutycznej powinien być dopasowany do danego pacjenta i jego choroby, powinien być zindywidualizowany. Aby to osiągnąć, należy słuchać pacjenta, poznać jego problemy, sytuację życiową i punkt widzenia. Przygotowując program edukacji, należy uwzględnić następujące kroki:

³¹ Zob. M. Driscoll, *How people learn and what technology might have to do with it*, Eric Digest Clearinghouse on Information and Technology, Syracuse 2002; M. Cordella, *The Dynamic Consultation. A Discourse Analytical Study of Doctor-Patient Communication*, Amsterdam–Philadelphia 2004.

³² Zob. J. Tatoń, *Kultura zawodu lekarza...*

- określić stosunki socjalne (relacje rodzinne, poziom wykształcenia chorego i jego rodziny, warunki materialne i mieszkaniowe, sytuację życiową, warunki w miejscu pracy, w szkole, dzielnicy), a także oddziaływanie tych czynników na proces leczenia;
- w przypadku dzieci w wieku szkolnym zaplanować (w porozumieniu z nauczycielami) zajęcia edukacyjne związane z leczeniem w godzinach pozalekcyjnych; w przypadku młodszych dzieci przygotować przedszkolanki do prowadzenia takich zajęć;
- angażować do procesu uczenia pozostałych członków rodziny chorego;
- wytworzyć u chorego nawyki w zakresie realizowania programu dnia, ruchu, pracy i w wolnym czasie wykonywania ćwiczeń;
- ustalić sposób wpływania na stan duchowy, chęć do uczenia się kontroli swoich emocji;
- określić dotychczasowy poziom wiedzy o chorobie (np. o cukrzycy).

Wszystkie działania edukacyjne nakierowane na indywidualnego pacjenta powinny być oceniane przez edukatorów terapeutycznych: lekarzy i innych członków personelu medycznego. Należy w tym zakresie stosować odpowiednie diagnostyczne ankiety. Umożliwiają one ocenę zarówno nauczania wiedzy, umiejętności, jak i redukcję negatywnych emocji i zachowań wywołanych przez stres. Badania dowodzą, że w edukacji osób przewlekle chorych często potrzebna jest pomoc psychologa lub socjologa; wsparcie specjalistów z tych dziedzin zwiększa skuteczność edukacji terapeutycznej przez jej spersonalizowanie, czyli przystosowanie do indywidualnej charakterystyki pacjenta³³. Takie działania w ramach edukacji terapeutycznej mają na celu: indywidualne wyodrębnienie i kontrolę czynników ryzyka powikłań, wdrożenie profilaktycznych działań w zakresie ogólnego stanu zdrowia pacjenta (higieny, leczenia dodatkowych chorób) oraz zwiększenie indywidualnie ukierunkowanych, dodatkowych działań edukacyjnych.

Wymienione czynniki składają się na ogólną zdolność pacjenta do akceptacji i realizacji zasad przedstawionych w programach edukacji terapeutycznej³⁴.

³³ J. Doroszewski, *Podstawy współczesnej komunikacji medycznej*, [w:] *Porozumienie z pacjentem. Relacje i komunikacja*, red. J. Doroszewski, M. Kulus, A. Markowski, Warszawa 2014; W.R. Miller, S. Rollnick, *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*, 2nd ed., New York 2002.

³⁴ American Academy of Family Physicians Foundation, *Peer for Progress. Peer Support in Health and Health Care: A Guide to Program Development and Management*, Tupelo–Leawood 2010; H. Holman, K. Lorig, *Advances in managing chronic disease*, „British Medical Journal” 2000, vol. 320, s. 525–526; M. Kaczmarek, *Komunikacja z pacjentem przewlekle chorym – wskazówki praktyczne*, „Przewodnik Lekarza” 2009, nr 1, s. 212–221.

Techniczne zasady realizowania edukacji terapeutycznej

Cele i treści edukacji terapeutycznej mogą być trudne do pełnego przyjęcia przez pacjentów z przewlekłą chorobą oraz przez ich rodziny i środowiska³⁵. Z tych względów wymagają specjalnych sposobów realizacji, których przykłady przedstawiono poniżej w schematach 1–10.

1. Metody pedagogiczne – problemy ogólne

- Wykłady < 15 min
- Dyskusja – dialog, „przełamanie lodów”
- Prezentacja problemów własnych osób z cukrzycą
- „Szepczące” podgrupy – dłaczego?, zwierzenia
- Burze mózgów, plany osobiste, normy i kryteria
- Minieksperymenty z samokontrolą, przykłady
- Plansze do wypełniania i dyskusji
- Metaplan, przerywane taśmy i filmy, scenopisy
- Techniki informatyczne, teledukacja

2. Techniki pedagogiczne – instrumenty edukacyjne

- Ćwiczenia praktyczne, symulacje, dystraktory
- Oceny nauczyciela i samooceny
- Głosowania
- Pomiary edukacyjne, testy, eseje, pytania wielorakiego wyboru
- Instrumenty audiowizualne
- Komputer, Internet

3. Czego i jak nauczać? Metoda opisowa vs metoda refleksyjna

- Przystosowanie programów i form edukacji terapeutycznej do wyników wcześniejszej diagnostyki potrzeb pacjenta
- Zwiększanie udziału refleksyjnych ocen w stosunku do ocen podawanych opisowo

4. Uwaga: sztuczny autorytet

- Edukator terapeutyczny szkodzi skuteczności edukacji, jeśli podkreśla w formalny sposób autorytet nauczyciela
- Ważniejszy jest dobry bezpośredni kontakt, szacunek, wykazanie troski i przyjaźni

5. Uwaga: zwięzłość wypowiedzi

- Edukator może sprawdzić swoją zdolność w tym zakresie, pisząc np. treść 30-minutowego wykładu na 1 stronie formatu A4, wyobrażając sobie jednocześnie reakcję słuchaczy
- Powinien umieć odróżniać zdania i słowa aktywne, obojętne, zbędne, dygresyjne i nietrafiające w sedno

³⁵ A. Doroszewska, *Wpływ internetu na zachowania w zdrowiu i chorobie*, [w:] *Zdrowie i choroba w kontekście psychospołecznym*, red. K. Popielski, M. Skrzypek, E. Albińska, Lublin 2010, s. 299–314.

6. Wspólny „edukacyjny marsz” – takie samo tempo edukacji i pojmowania jej treści przez pacjentów

- Nauczyciel musi prowadzić edukację (wykład, ćwiczenie, rozmowa) w harmonii z postępowaniem rozumienia problemu przez pacjenta
- Nie powinien przyspieszać, odwołać się do zrozumienia (z różnych przyczyn)

7. Szkodliwy pośpiech nauczyciela

- Edukator terapeutyczny nie może być nadgorliwy, nie może się spieszyć, nie może podpowiadać własnej odpowiedzi, uznając ją za odpowiedź pacjenta

8. Uwaga: klarowność nauczania

- Nauczanie powinno uporządkować zjawiska, które na początku i z pozoru wydają się chaosem: pojęciowo, technicznie, życiowo
- Należy wykorzystać zrozumienie przez chorego zależności do polepszenia jego codziennej zdolności życiowej

Jak uzyskać dobre efekty w 15-minutowym wykładzie?

- Poglądowość – wykazywanie najważniejszych cech w celu ułatwienia zrozumienia
- Konkretność – zbliżenie do realnego przedmiotu, stosowanie modeli, praktycznych sytuacji
- Ścisłość – wykazywanie rzeczywistego znaczenia zjawiska lub jego symbolu

9. Uwaga: różne znaczenia słów, różne skojarzenia

- Przykład:
rower (ale jaki?) – turystyczny, wyścigowy, damski, dziecienny, górski, motorower, dobry, mały, ciężki, nowy, bezpieczny itd.
ser (ale jaki?) – biały, żółty, pleśniowy, smaczny, oficjalnie rekomendowany, o znanej recepturze, tani, świeży itd.

10. Czas, stres i warunki nauczania pacjentów

- Niewłaściwy plan zajęć edukacyjnych skutkuje brakiem czasu na refleksję i dyskusję
- Należy eliminować zdarzenia odwracające uwagę
- Złe warunki organizacyjne i logistyczne powodują zaniedbania ze strony nauczyciela, jego bierność pedagogiczną

Warto jeszcze zwrócić uwagę na szczególną rolę Internetu w edukacji terapeutycznej. Współcześnie stosuje się wiele form opieki medycznej wykorzystujących technologie informatyczne³⁶. Te przeznaczone dla lekarzy to m.in.: elektroniczna

³⁶ Zob. G. Pare, J. Mirou, C. Sicotte, *Systematic review of home telemonitoring for chronic diseases: The evidence base*, „The Journal of the American Medical Association” 2007, vol. 14,

historia choroby, rejestr chorobowy, zapis badań kontrolnych, możliwość przekazywania zaleceń i przeprowadzania konsultacji czy oceny drogą elektroniczną. Do technologii wykorzystywanych przez pacjentów zaliczyć można m.in.: testy do oceny ryzyka zachorowania, praktykę samokontroli objawów choroby, zdalne monitorowanie i przekazywanie własnych obserwacji, prowadzenie własnej („domowej”) dokumentacji, zapisy metod wsparcia w leczeniu. Dane te łatwo się przechowuje, można je przekazywać lekarzom i instytucjom, a także samemu analizować.

Innowacje w zakresie technologii komunikacji i technicznych metod edukacji terapeutycznej muszą być racjonalne i odpowiedzialne w odniesieniu do realnie ustalonych celów medycznych i społecznych – zgodnie z promowanymi w Unii Europejskiej postulatami ruchu Responsible Research and Innovation.

Standardy edukacji terapeutycznej w chorobach przewlekłych

Ponizej wymienione są standardy edukacji terapeutycznej dla osób przewlekle chorych, odnoszące się do organizacji celów i metod edukacyjnych. Wynikają one w dużej mierze z własnego doświadczenia autora w zakresie realizowania edukacji terapeutycznej dla osób z cukrzycą, a wsparte są literaturą³⁷. Standardy te odnoszą się w pierwszym rzędzie do edukacji terapeutycznej w formie grupowej, określonej mianem „szkoły edukacji terapeutycznej”, a następnie do celów i metod o bardziej ogólnym charakterze.

I. Szkoła edukacji terapeutycznej – edukacja grupowa

- Miano „szkoła” odnosi się do edukacji grupy przewlekle chorych, którzy są obciążeni zbliżonymi okolicznościami medycznymi, społecznymi i psychoemocjonalnymi, wymagają zbliżonych zasad w umocnieniu ich współpracy z lekarzem, a także samoobserwacji, samokontroli i samodzielnej realizacji zaleceń terapeutycznych w ramach codziennego stylu życia.
- Program edukacji terapeutycznej optymalnie jest realizowany w cyklach 5-dniowych za pomocą zajęć trwających 4–5 godzin dziennie.

s. 269–277; E. Murray, *Internet-delivered treatment for long-term conditions: Strategies, efficiency and cost-effectiveness*, „Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research” 2008, vol. 8, s. 261–272; International Diabetes Federation, *International Standards for Diabetes Education*, Brussels 2003.

³⁷ A. Czech, *Propozycje standardów edukacji terapeutycznej dla edukatorów osób z cukrzycą przedstawione przez Towarzystwo Edukacji Terapeutycznej (Warszawa)*, „Medycyna Metaboliczna” 2012, t. XXI, nr 3; Polskie Towarzystwo Diabetologiczne, *Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę*, „Diabetologia Praktyczna” 2018, t. 4, nr 1; American Diabetes Association, *Standards of Medical Care in Diabetes*, „Diabetes Care” 2018, vol. 41, suppl. 1.

- Tematyka zajęć obejmuje na wstępie zagadnienia o bardziej ogólnym charakterze, a później powinna się odnosić do problemów szczegółowych, w tym zgłaszanych przez uczestników szkoły. (Tabele 3 i 4 przedstawiają przykłady organizacji szkoły edukacji terapeutycznej przeznaczonych dla osób z cukrzycą typu 1 i typu 2).

Tabela 3. Program i plan zajęć w „szkole” edukacji terapeutycznej: przykład dla osób z cukrzycą typu 1

Dzień tygodnia	Plan zajęć
Poniedziałek	<ul style="list-style-type: none"> • Powitanie i omówienie organizacji zajęć • Test wstępny (ankieta) • Ogólne wiadomości o cukrzycy • Samokontrola: podstawy teoretyczne i zajęcia praktyczne
Wtorek	<ul style="list-style-type: none"> • Samokontrola: podstawy teoretyczne i zajęcia praktyczne <ul style="list-style-type: none"> – demonstracja suchych testów i glukometrów – wykonywanie oznaczeń glukozy we krwi i w moczu – dziennik samokontroli • Dyskusja
Środa	<ul style="list-style-type: none"> • Żywnienie w cukrzycy <ul style="list-style-type: none"> – podstawy teoretyczne: skład pożywienia, WW*, sztuczne środki słodzące – zajęcia praktyczne: obliczanie kaloryczności i składu jakościowego posiłków, układanie jadłospisów • Dyskusja
Czwartek	<ul style="list-style-type: none"> • Insulina: wiadomości ogólne • Preparaty insuliny <ul style="list-style-type: none"> – rodzaje insulinoterapii, intensywne leczenie, korzyści i ryzyko – kryteria wyrównania cukrzycy – dostosowywanie dawek insuliny – zajęcia praktyczne: strzykawki, peny, nabieranie i mieszanie oraz prawidłowe wstrzykiwanie insuliny, pompy insulinowe • Dyskusja
Piątek	<ul style="list-style-type: none"> • Ostre powikłania cukrzycy <ul style="list-style-type: none"> – hipoglikemia – kwasica ketonowa • Przewlekłe powikłania cukrzycy • Problemy specjalne: ciąża, praca zawodowa itp. • Test końcowy

* WW = wymiennik węglowodanowy

Tabela 4. Program i plan zajęć w szkole edukacji terapeutycznej; przykład dla osób z cukrzycą typu 2

Godziny	1. dzień Lekcja 1	2. dzień Lekcja 2	3. dzień Lekcja 3	4. dzień Lekcja 4	5. dzień Lekcja 5
9.00–13.00 z przerwami na posiłki; zgodnie z indywidualnymi życzeniami	<p>Powitanie</p> <p>Organizacja zajęć</p> <p>Wstępny sprawdzian wiedzy i umiejętności uczestników</p> <p>Objawy cukrzycy, cele leczenia</p> <p>Hipoglikemia i hiperglikemia</p> <p>Dziennik samokontroli</p> <p>Pytania i dyskusja</p> <p>Omówienie zadań</p> <p>– wykonywanie i zapisywanie wyników samokontroli w dziennikach</p> <p>Wstępne omówienie planu 2. dnia</p>	<p>Powitanie</p> <p>Powtórzenie lekcji 1</p> <p>Sprawdzenie oznaczeń domowych</p> <p>Właściwe żywienie</p> <p>Działanie insuliny</p> <p>Oddechowanie masy ciała</p> <p>Ćwiczenia praktyczne w kompozycji diety</p> <p>Wstępne omówienie planu 3. dnia</p>	<p>Powitanie</p> <p>Właściwe żywienie cd.</p> <p>Pielęgnacja stóp</p> <p>Wysiętek fizyczny</p> <p>Ćwiczenia praktyczne</p> <p>Dziennik samokontroli (zajęcia domowe)</p> <p>Dyskusja grupowa</p> <p>Doustne leki zmniejszające stężenie glukozy we krwi (hipoglikemizujące)</p> <p>Omówienie planu 4. dnia</p>	<p>Powitanie</p> <p>Nauczanie zapobiegania przewlekłym powikłaniom cukrzycy</p> <p>Mikroangiopatia</p> <p>– objawy</p> <p>– rodzaje</p> <p>– zapobieganie</p> <p>Miażdżyca tętnic</p> <p>– objawy</p> <p>– czynnik ryzyka</p> <p>– zapobieganie</p> <p>Neuropatia cukrzycowa</p> <p>– objawy</p> <p>– zapobieganie</p> <p>Dyskusja grupowa</p> <p>Wnioski z całej lekcji dla praktyki dnia codziennego pacjentów w ich własnej opinii</p> <p>Omówienie planu lekcji 5 (specjalnej)</p>	<p>Powitanie</p> <p>Powtórzenie materiału kolejno z lekcji 1–4 wg plansz</p> <p>Omówienie barier, jakie mogą spotkać uczestnicy w realizacji wytycznych kursu</p> <p>Zaplanowanie dalszych kontaktów</p> <p>Pozegnanie</p>

- Nauczanie powinno odbywać się na podstawie strukturalnego planu, który wprowadza koordynację działań edukacyjnych i zalecenia odnoszące się do metod edukacji oraz sprawdzania ich wyników. Plany tego rodzaju uwzględniać muszą nie tylko wiedzę i umiejętności, lecz także okoliczności behawioralne, emocjonalne i społeczne osób przewlekle chorych – uczestników szkoły.
- Realizacja zadań szkoły edukacji terapeutycznej wymaga odpowiednich warunków: przystosowanego lokalu, pomocy dydaktycznych (m.in. komputer, rzutnik, filmy, instrumenty do demonstracji, materiały pisane i dokumentację, ankiety).
- Zespół nauczający powinien składać się z: lekarza, pielęgniarki, dietetyka, psychologa, pedagoga.
- Zalecane formy edukacji to: krótkie wykłady, dyskusje w małych grupach, dyskusje panelowe, wykorzystywanie informacji internetowych (zamieszczanych m.in. na blogach), inscenizacje, głosowania, demonstracje i doświadczenia samokontrolne, testy.

II. Ogólne standardy edukacji terapeutycznej

STANDARD 1

Osoby z chorobami przewlekłymi nabywają wiedzę w sposób odpowiedni do ich zdolności percepcyjnych:

- jak zmiany powodowane przez ich chorobę wpływają na organizację leczenia i życia;
- jak osiągnąć leczeniem lepszą kondycję życiową za pomocą indywidualnej samoopieki.

STANDARD 2

Osoby z przewlekłą chorobą otrzymują wiedzę o czynnikach ryzyka powikłań i możliwych działaniach prewencyjnych.

STANDARD 3

Środowisko, w którym żyją osoby z przewlekłą chorobą, poznaje ich potrzeby życiowe i udziela aktywnego wsparcia.

STANDARD 4

Osoby z przewlekłą chorobą stosują dostępne środki terapeutyczne w sposób optymalny, dążąc do osiągnięcia odpowiedniej jakości w realizowaniu zaleceń (ang. *adherence*).

STANDARD 5

Edukacja terapeutyczna powinna się opierać na bieżącej ocenie konkretnych potrzeb osób z chorobą przewlekłą w zdefiniowanym środowisku.

STANDARD 6

Organizatorzy edukacji terapeutycznej i psychospołecznej współpracują z innymi instytucjami i osobami, które mogą wesprzeć osoby z przewlekłą chorobą. Edukacja terapeutyczna powinna uwzględniać metody działań w tym zakresie.

STANDARD 7

Edukacja terapeutyczna osób przewlekle chorych powinna być uznana za metodę leczenia i odpowiednio finansowana przez ubezpieczyciela (Narodowy Fundusz Zdrowia).

STANDARD 8

Instytucje opieki medycznej powinny być zobowiązane do zapewnienia odpowiednich pomieszczeń i środków do realizacji edukacji terapeutycznej jako ich rutynowego obowiązku.

Edukacja terapeutyczna jest również wspierana przez lokalne społeczności oraz instytucje administracyjne, także spoza opieki medycznej.

STANDARD 9

Cele, treści i metody edukacji terapeutycznej powinny realizować trzy główne zasady opieki medyczno-społecznej:

1. Patient-Centred Care (opieki skupionej na potrzebach zdrowotnych indywidualnych pacjentów);
2. Evidence-Based Medicine (treści edukacyjne muszą być obiektywnie udowodnione);
3. Precision Medicine (informacje należy przekazywać w dokładny wykonawczy sposób).

STANDARD 10

Treści i metody edukacji terapeutycznej nie mogą być poddawane presjom reklamowym lub hipotezom bez wystarczających dowodów.

Edukacja terapeutyczna osób przewlekle chorych jest działalnością dynamiczną. Jej treści i metody są ciągle ulepszone przez postęp naukowy, a także zmiany w systemach opieki zdrowotnej. Edukatorzy terapeutyczni są zobowiązani do uwzględniania pozytywnych dla pacjentów zmian w programach edukacji oraz do współdziałania z pacjentami. Właściwie realizowana edukacja terapeutyczna obejmuje informacje oraz oddziaływania psychoemocjonalne i społeczne, ukierunkowane bezpośrednio na potrzeby pacjentów. Są one podawane w sposób zrozumiały i motywacyjny do samokontroli i precyzyjnego wykonywania zaleceń medycznych w warunkach codziennego życia pacjentów – osób o różnych zdolnościach do nauki, zróżnicowanych poziomach motywacji, zróżnicowanych potrzebach edukacyjnych i kulturze.

Edukację terapeutyczną wykonuje się za pomocą różnych metod, które należy oceniać, powtarzać i ulepszać³⁸.

Podsumowanie

Wiek XXI jest i będzie erą dominacji przewlekłych nieinfekcyjnych chorób, szczególnie występujących jako genetyczne wady lub choroby zwyrodnieniowe. Są to choroby, których nie można wyleczyć, ale dzięki stosowaniu ciągłej kontroli i leczenia można znacznie odsunąć związane z tymi chorobami zagrożenie śmierci. Leczenie daje względną kondycję i zdrowie za sprawą codziennie realizowanej przez pacjentów domowej samoobserwacji i samokontroli.

Pierwszym celem edukacji terapeutycznej jest przekazanie wiedzy – przewlekle chorzy pacjenci powinni umieć odpowiednio ocenić objawy choroby oraz odpowiednie parametry skuteczności terapii. Jest ich coraz więcej, są to np. pomiary ciśnienia tętniczego, ocena rytmu serca i domowy elektrokardiogram, pomiar objętości oddechowej, stężenia glukozy we krwi lub płynie śródkomórkowym i inne. Pomiary te pacjent wykonuje samodzielnie, ich wyniki umieszcza w dokumentacji, interpretuje i stosuje zalecone przez lekarza zmiany w zachowaniu i stylu życia oraz w zakresie stosowania leków. Możliwość samoobserwacji, samokontroli i samoleczenia pacjent może zdobyć tylko za pomocą profesjonalnej edukacji terapeutycznej.

Drugim celem edukacji terapeutycznej jest umocnienie osobowości pacjenta, uformowanie zrównoważonej emocjonalności i odporności na stres wynikający z chorowania oraz ukształtowanie motywacji do prozdrowotnych zachowań. Zwiększa się wtedy poziom skutecznego zaufania i współdziałania w zakresie terapii i życia pacjentów przewlekle chorych. Profesjonalna edukacja terapeutyczna staje się w ten sposób merytoryczną formą komunikacji lekarza z pacjentem. Profesjonalna edukacja terapeutyczna – jako wyodrębniająca się obecnie specjalizacja – wymaga kształcenia edukatorów i zapewnienia odpowiednich warunków organizacyjnych, społecznych i ekonomicznych.

Bibliografia

- American Academy of Family Physicians Foundation, *Peer for Progress. Peer Support in Health and Health Care: A Guide to Program Development and Management*, Tupelo–Leawood 2010.
- American Diabetes Association, *Standards of Medical Care in Diabetes*, „Diabetes Care” 2018, vol. 41, suppl. 1.

³⁸ Zob. American Telemedicine Association, *About telemedicine (internet)*, <http://legacy.americantelemed.org/main/about/about-telemedicine/telemedicine-faqs>; dostęp: 4.12.2019; C. Measing et al., *The Art and Science of Diabetes Self-Management Education*, Chicago 2006.

- American Telemedicine Association, *About telemedicine (internet)*; <http://legacy.americantelemed.org/main/about/about-telemedicine/telemedicine-faqs>; dostęp: czerwiec 2019.
- Bartoszek A., *Opieka duchowa nad rodziną terminalnie chorego*, [w:] *Eukrasia. Rodzina: opieka nad chorym*, red. L. Nieboró, M. Kosińska, Katowice 2003, s. 139–145.
- Bernas M., Tatoń J., Szczeklik-Kumala Z., *Socio-economic impact on the quality of diabetes mellitus type 2 care: can we improve the outcomes?*, [abstrakt w:] *46th EASD Annual Meeting of the European Association for the Study of Diabetes Stockholm, Sweden, 20 – 24 September 2010*, „Diabetologia”, vol. 53, suppl. 1, s. 20.
- Bodenheimer T., Long K., Holman H. et al., *Patient self-management of chronic diseases in primary care*, „The Journal of the American Medical Association” 2002, vol. 2, s. 2469.
- Campinha-Bacote J., *The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: a model of care*, „Journal of Transcultural Nursing” 2002, vol. 13, s. 181.
- Charon R., *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*, Oxford 2008.
- Cordella M., *The Dynamic Consultation. A Discourse Analytical Study of Doctor-Patient Communication*, Amsterdam–Philadelphia 2004.
- Czech A., *Propozycje standardów edukacji terapeutycznej dla edukatorów osób z cukrzycą przedstawione przez Towarzystwo Edukacji Terapeutycznej (Warszawa)*, „Medycyna Metaboliczna” 2012, t. XXI, nr 3.
- Davidson R.E., Goldstein M., Kaplan R.M. et al., *Evidence-based behavioral medicine: what is it and how do we achieve it*, „Annals of Behavioral Medicine” 2003, vol. 26, s. 161.
- Doroszevska A., *Wpływ internetu na zachowania w zdrowiu i chorobie*, [w:] *Zdrowie i choroba w kontekście psychospołecznym*, red. K. Popielski, M. Skrzypek, E. Albińska, Lublin 2010, s. 299–314.
- Doroszewski J., *Podstawy współczesnej komunikacji medycznej*, [w:] *Porozumienie z pacjentem. Relacje i komunikacja*, red. J. Doroszewski, M. Kulus, A. Markowski, Warszawa 2014, s. 13–22.
- Driscoll M., *How people learn and what technology might have to do with it*, Eric Digest Clearinghouse on Information and Technology, Syracuse 2002.
- Dunning T., *Diabetes Education – Art, Science and Evidence*, Chichester 2013.
- Elbert K.T., *Problems in Communications*, [w:] *Palliative medicine*, ed. D. Walsh, Philadelphia 2008, s. 625–629.
- Felton B.J., Revenson T.A., *Coping with chronic illness: a study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology” 1984, vol. 52, s. 343–353.
- Griffiths R., Jayasuriya R., Jamieson M., *Development of a patient-generated quality of life measure for non-insulin dependent diabetes*, Australian Diabetes Educators Association Annual Scientific Meeting 1997, Canberra.
- Heszen I., *Psychologiczna problematyka relacji lekarz – pacjent*, [w:] *Psychologia kliniczna*, red. H. Sęk, Warszawa 2013.
- Holman H., Lorig K., *Advances in managing chronic disease*, „British Medical Journal” 2000, vol. 320, s. 525–526.
- International Diabetes Federation Consultative Section on Diabetes Education, *International Standards for Medical Education*, Brussels 2003.
- International Diabetes Federation, *International Standards for Diabetes Education*, Brussels 2003.
- Kaczmarek M., *Komunikacja z pacjentem przewlekle chorym – wskazówki praktyczne*, „Przewodnik Lekarza” 2009, nr 1, s. 212–221.
- Measing C. et al., *The Art and Science of Diabetes Self-Management Education*, Chicago 2006.
- Miller W.R., Rollnick S., *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*, 2nd ed., New York 2002.

- Murray E., *Internet-delivered treatment for long-term conditions: Strategies, efficiency and cost-effectiveness*, „Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research” 2008, vol. 8, s. 261–272.
- Najwyższa Izba Kontroli, Departament Zdrowia, *Profilaktyka i leczenie cukrzycy typu 2*, KZD.430.007.2017, Warszawa 2018; <https://www.nik.gov.pl/plik/id,16361,vp,18887.pdf>; dostęp: czerwiec 2019.
- Pare G., Mirou J., Sicotte C., *Systematic review of home telemonitoring for chronic diseases: The evidence base*, „The Journal of the American Medical Association” 2007, vol. 14, s. 269–277.
- Polskie Towarzystwo Diabetologiczne, *Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę*, „Diabetologia Praktyczna” 2018, t. 4, nr 1.
- Redman B.K., *The Practice at Patient Education*, 9th ed., St Louis 2001, s. 27.
- Sęk H., *Rola wsparcia społecznego w sytuacjach stresu życiowego. O dopasowaniu wsparcia do wydarzeń stresowych*, [w:] *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, red. H. Sęk, R. Cieślak, Warszawa 2004.
- Smith R.C., *Patient-Centered Interviewing. An Evidence-Based Method*, 2nd ed., Philadelphia 2002.
- Stewart M., Brown J.B., Donner A. et al., *The impact of patient-centered care on outcomes*, „The Journal of Family Practice” 2000, vol. 49, s. 796.
- Śliwińska Z., Makara-Strudzińska M., Śliwiński Z., *Relacja lekarz – pacjent*, „Medical Studies” 2015, nr 31, s. 223–228; <http://doi.org/10.5114/MS.2015.54764>; dostęp: czerwiec 2019.
- Tatoń J., *Diagnostyka internistyczna*, wyd. 2, Warszawa 2005.
- Tatoń J., *Kultura zawodu lekarza w XXI wieku*, Działdowo 2018; www.kultura-medyczna.pl; dostęp: czerwiec 2019.
- Tatoń J., Czech A., *Podręcznik edukacji terapeutycznej w cukrzycy – nauczanie samoopieki*, Warszawa 2000.
- Tatoń J., Czech A., Bernas M., Szczeklik-Kumala Z., Biernacka E., *Socjologia cukrzycy*, Łódź 2013.
- Włoszczak-Szubzda A., Jarosz M.J., *Selected aspects of a professional doctor-patient communication – education and practice*, „Annals of Agricultural Environmental Medicine” 2013, vol. 20, s. 373–379.
- World Health Organization, *Global status report on non-communicable diseases 2010*, Geneva 2011; <http://www.who.int/nmb/publications/ned-report2010/en>; dostęp: czerwiec 2019.
- Young-Hyman D., *Psychosocial factors affecting adherence, quality of life, and well-being: helping patients cope*, [w:] *Medical Management of Type 1 Diabetes*, ed. B.W. Bode, 4th ed., Alexandria 2004, s. 162–182.