

Aktywność społeczna seniorów (z cukrzycą), w kontekście edukacji zdrowotnej

The meaning of social activity of elders with diabetes in the context of health education

Słowa kluczowe: edukacja zdrowotna, cukrzyca, starość, aktywność społeczna, towarzyska, kulturalna, rodzinna.

Key words: health education; diabetes; old age; social, sociable, cultural and family activity.

Abstract: Chronic disease influences an everyday life. A classic example of a chronic disease is diabetes. The prevalence of diabetes increases with age. Nowadays, most of diabetic patients are over the age of 60. Dealing with its course and consequences requires the use of different remedial strategies. One of these strategies is health education. It gives the basis for disease prevention and functioning of those having diabetes in everyday life. Research shows that health education has a beneficial effect on patients dealing with the disease and functioning in everyday life.

Wprowadzenie. Rozwój społeczno-gospodarczy i cywilizacyjny, który obserwujemy w ostatnich dziesięcioleciach XX i początku XXI wieku, przynosi wiele pozytywnych jak i negatywnych konsekwencji dla człowieka. Należy do nich zaliczyć wzrost częstości występowania chorób przewlekłych określanymi mianem cywilizacyjnych, których klasycznym przykładem jest cukrzyca. Zgodnie z definicją przyjętą przez Komisję Chorób Przewlekłych (*Commission on Chronic Illness*) za choroby przewlekłe uważane są: *wszelkie zaburzenia lub odchylenia od normy, które posiadają jedną lub więcej z następujących cech charakterystycznych: są trwałe, pozostawiają po sobie inwalidztwo, spowodowane są przez nieodwracalne zmiany patologiczne, wymagają specjalistycznego postępowania rehabilitacyjnego i według wszelkich oczekiwań wymagać będą długiego nadzoru, obserwacji czy opieki* (za: Adamczak 1988, s. 11).

Choroba przewlekła jest stresującym doświadczeniem w życiu człowieka. Radzenie sobie z jej przebiegiem i skutkami wymaga stosowania różnych strategii zaradczych. Jedną z takich strategii jest edukacja zdrowotna.

Specyfika i epidemiologia cukrzycy. Cukrzyca (*diabetes mellitus*) jest chorobą, która trwa od momentu powstania przez całe życie chorego. Jest ona jednym z głów-

nych bezpośrednich i pośrednich sprawców inwalidztwa, wcześniejszej umieralności, a więc wielkich strat indywidualnych i społecznych. Choroba ta jest jednym z głównych i wciąż narastających problemów zdrowotnych w Polsce i na świecie (Wild i in., 2004). Już ponad 371 milionów ludzi cierpi na świecie z powodu cukrzycy (*International...*). Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) uznaje cukrzycę za jedno z najważniejszych zagrożeń naszego wieku. Według jej szacunków między 2005 a 2030 rokiem liczba zgonów w ogólnej populacji podwoi się (WHO, 2011).

W Polsce szacowana liczba chorych na cukrzycę wynosi od 2 do 2,5 mln osób (Karnafel 2009). Ten przewidywany trend wzrostowy będzie w krajach rozwiniętych dotyczyć przede wszystkim populacji ludzi w starszym wieku (*DECODE Study Group 1998*). Obecnie większość chorych na cukrzycę jest w wieku ponad 60 lat. Zachorowalność zwiększa się wraz z wiekiem (Kim i in. 2006). Problem ten dotyczy również polskich seniorów (Szybiński 2001; Polakowska, Piotrowski 2011).

Wzrost wskaźnika zapadalności na cukrzycę przyczynił się do zmiany strategii leczenia z modelu chorobowego na model terapii własnej (Lawrence 1989), a edukacja pacjenta stała się czynnikiem terapeutycznym równie ważnym jak farmakoterapia. W żadnej innej chorobie przewlekłej nie ma tak czynnego udziału pacjenta w procesie leczenia, jak w przypadku cukrzycy (Otto-Buczowska, Jarosz-Chobot 2007).

Od edukacji zdrowotnej do edukacji terapeutycznej. Edukacja zdrowotna nie pozostaje w izolacji, lecz jest częścią wychowania ogólnego wyznaczającego cele życiowe i sposoby ich osiągania, czyli podpowiadającego, po co i jak żyć. Edukacja zdrowotna to proces, którego realizacja ma umożliwić osobie edukowanej nabywanie wiedzy, kształtowanie umiejętności życiowych, przekonań i postaw niezbędnych do zachowania i doskonalenia zdrowia własnego i innych ludzi (Woynarowska, 2000). Przez rozwijanie umiejętności życiowych należy tu rozumieć interakcyjny proces nauczania i uczenia się polegający na uzyskiwaniu wiedzy, kształtowaniu postaw i umiejętności, dzięki którym człowiek bierze większą odpowiedzialność za swoje życie poprzez dokonywanie zdrowych wyborów życiowych (Woynarowska, 2001).

W edukowaniu na rzecz zdrowia można wyróżnić trzy zasadnicze podejścia: promocyjne, profilaktyczne i terapeutyczne. W pierwszym z nich edukacja zdrowotna ukierunkowana jest na zdrowie pozytywne i można ją definiować jako działania świadome i dobrowolne prowadzące do stworzenia sposobności uczenia się zachowań, które sprzyjają zdrowiu lub modyfikowaniu dotychczasowych zachowań (Charońska, 1997). Drugie podejście edukacyjne związane jest ściśle z profilaktyką chorób. Tu punktem wyjścia jest zdrowie negatywne, a celem tak rozumianej edukacji jest uniknięcie zachorowania lub przeciwdziałanie jego odległym skutkom (Woynarowska 2007).

Podejście terapeutyczne (edukacja terapeutyczna, edukacja pacjenta) *powinno umożliwić pacjentom nabycie i utrzymanie zdolności, która pozwoli im kierować własnym życiem w sytuacji choroby. Jest to proces ciągły, zintegrowany z opieką medyczną. Edukacja terapeutyczna skoncentrowana jest na pacjencie. Zawiera ona rozwijanie świadomości, autoedukację i psychospołeczne wsparcie uwzględniające stan choroby, zalecenia stosowania leków lub innych zabiegów terapeutycznych, działania*

opiekuńcze (...). Edukacja terapeutyczna zakłada pomoc pacjentom i ich rodzinom w rozumieniu choroby i terapii, rozwinięcie współpracy z pracownikami ochrony zdrowia, która umożliwi zdrowsze życie i utrzymanie lub udoskonalenie jakości życia (Cylkowska-Nowak, 2008, s. 13–16).

Edukacja zdrowotna stanowi podstawę profilaktyki chorób i funkcjonowania człowieka chorego w życiu codziennym „...*jest ważnym, wspomagającym elementem działań naprawczych (terapii chorób), zapobiegania chorobom oraz promocji zdrowia. Aby ludzie aktywnie uczestniczyli w procesie leczenia chorób, potrafili im zapobiegać oraz kontrolować swoje zdrowie i wzmacniać jego potencjał, muszą wiedzieć, rozumieć, umieć i chcieć to robić*” (Woynarowska 2007, s. 126).

Edukację zdrowotną osób z cukrzycą można określić jako proces dostarczania osobom wiedzy i umiejętności potrzebnych do opieki diabetologicznej, radzenia sobie w kryzysach oraz do wprowadzenia zmian w stylu życia, by pomyślnie radzić sobie z chorobą (Clement 1995). Zgodnie z definicją WHO edukacja terapeutyczna jest procesem ciągłym, stanowiącym integralną część leczenia, której podmiotem jest chory. Powinna umożliwić nabywanie wiedzy i umiejętności, które pozwolą chorym na utrzymanie jak najwyższej jakości życia mimo ich choroby. Obejmuje ona: informację, naukę sprawowania opieki pacjenta nad samym sobą, wspierające działania psychospołeczne dotyczące choroby (Report... 1998). Celem edukacji terapeutycznej jest pomoc chorym i ich rodzinom w utrzymaniu partnerskiej współpracy z pracownikami służb medycznych oraz społeczeństwem (Ruxer i in. 2005).

Edukacja terapeutyczna jest przykładem edukacji nieformalnej, czyli zorganizowanej formy aktywności edukacyjnej odbywającej się poza formalnym systemem instytucji oświatowych (Hejwosz, 2008a). Podejście terapeutyczne powinno być zorientowane na pacjenta, czyli charakteryzować się: partnerskim traktowaniem, respektowaniem wartości, preferencji i potrzeb pacjenta, uwzględnieniem kontekstu społeczno-ekonomicznego chorego, wspólnym określaniem celów, angażowaniem jednostki w proces podejmowania decyzji, wyzwalaniem odpowiedzialności za własne zdrowie, szeroką, rzetelną informacją, wsparciem emocjonalnym, angażowaniem rodziny pacjenta, łagodzeniem lęku, strachu (Hejwosz, 2008b).

Różne podejścia w edukacji zdrowotnej. Ewles i Simnett (2003) wyróżnili pięć podejść w edukacji zdrowotnej: podejście medyczne – ekspozycja medycznej interwencji w zapobieganiu lub zmniejszaniu skutków chorób; behawioralne – zachęcanie do zmiany postaw i zachowań w kierunku prozdrowotnego stylu życia; edukacyjne – informowanie o przyczynach i skutkach czynników zagrażających zdrowiu, kształtowanie umiejętności niezbędnych dla zdrowego życia; zorientowane na jednostkę – pomoc w identyfikowaniu własnych problemów, dokonywaniu wyborów, ponoszenie konsekwencji za swój wybór i podejmowanie działań, upodmiotowienie jednostki, kształtowanie poczucia własnej godności, rozwijanie możliwości twórczych, poczucia i potrzeby sensu godnego życia; środowiskowe – będące odzwierciedleniem traktowania zagadnień zdrowia i choroby w szerszym kontekście uwzględniającym życie rodzinne, społeczne, warunki fizyczne oraz polityczne państwa, zachęcanie do działań politycznych i społecznych w środowisku fizycznym i społecznym.

Wyżej wymienione podejścia są odzwierciedleniem procesu zmian, który przebiegał od podejścia czysto medycznego w edukacji zdrowotnej do jej „demedykalizacji” poprzez wychowanie ukierunkowane na zmianę świadomości człowieka, który jest odpowiedzialny za swoje zdrowie i kształtowanie osobowości sprzyjającej utrzymaniu zdrowia. Dwa z nich wydają się szczególnie pożądane w edukacji osób z cukrzycą: podejście zorientowane na jednostkę i podejście środowiskowe (Michałowska 2008).

Modele edukacji zdrowotnej osób przewlekle chorych. W edukacji zdrowotnej osób przewlekle chorych istotne znaczenie mają relacje między nadawcą (edukatorem) a odbiorcą (pacjentem). Kierując się powyższym kryterium, Ingrosso (1992) dokonał klasyfikacji edukacji zdrowotnej na: edukację autorytatywną, edukację uczestniczącą i edukację promującą.

Edukacja autorytarna – ma charakter instruktażowy. Ten rodzaj edukacji ma emocjonalnie neutralny klimat, a jej rezultaty są niewielkie. W efekcie realizacji tego typu edukacji jednostka zyskuje nową wiedzę, która nie prowadzi do zmian w zachowaniu.

Edukacja uczestnicząca – relacje eksperta i klienta oparte są na empatii i zaufaniu. Proces edukacji oparty na tym modelu zakłada upodmiotowienie klienta, traktowany jest on jako osoba zdolna do oceny oraz wykorzystania rady, którą otrzymał. Celem edukacji w tym modelu jest wyrabianie umiejętności współpracy w celu poprawy możliwości rozwojowych w warunkach ograniczeń jednostki.

Edukacja promująca – oparta na wzajemności i wspólnej współpracy między dwoma uczestnikami procesu edukacyjnego. Celem jest reorganizacja wiedzy osoby edukującej i doświadczeń osoby edukowanej. Ten model edukacji zakłada aktywne uczestnictwo osoby edukowanej. Edukacja odbywa się w klimacie sprzyjającym współpracy i opartym na współnocie. Ten typ edukacji ma doprowadzić do nabycia umiejętności samoorganizacji (za: Słońska 1999).

Choroba przewlekła, jaką jest cukrzyca stawia przed jednostką wiele wymagań. Dla zachowania dobrej kondycji zdrowotnej i satysfakcjonującej jakości życia nie wystarczy przestrzeganie przez pacjenta zaleceń lekarskich w zakresie stosowania leków i/lub insuliny. Prawie zawsze pacjent staje przed koniecznością modyfikacji dotychczasowego stylu życia, która szczególnie w przypadku osób dorosłych i seniorów nie jest sprawą prostą. Człowiek kształtuje swoje zachowania związane z codziennym życiem przez wiele lat. Stają się one jego drugą naturą. Wszelkie zmiany w tym zakresie wymagają zrozumienia i akceptacji jednostki. Pouczanie, instruowanie bez zaangażowania emocjonalnego nie odnosi w tej sytuacji pozytywnych efektów. Z tego właśnie powodu autorytatywny model edukacji zdrowotnej można uznać za najmniej skuteczny w grupie osób dorosłych i seniorów. Uzasadnienie znajduje wykorzystanie modelu uczestniczącego i promującego.

Krótką nota o starości w aspekcie edukacji. Seniorzy stanowią specyficzną grupę. O jej specyfice i różnorodności stanowią granice wiekowe, zmiany biopsychofizyczne w organizmie oraz indywidualne doświadczenia życiowe. Seniorem jest osoba,

która ma 60 lat oraz osoba, która ma 90 lat i więcej. Senior może być osobą niepełnosprawną fizycznie, z demencją starczą, potrzebującą całodobowej opieki oraz osobą sprawną i samodzielną. Pod względem możliwości percepcyjnych seniorzy stanowią różnorodną grupę. Zaawansowany wiek kalendarzowy nie musi oznaczać negatywnych zmian ani fizycznych, ani psychicznych. W sytuacji, gdy starość przebiega bez negatywnych zmian edukacja powinna być prowadzona podobnie jak w przypadku osób młodszych.

Chociaż proces starzenia nie musi oznaczać jednakowego poziomu zaawansowania zmian regresywnych w organizmie dla każdego, to należy pamiętać, że zachodzą one wraz z wiekiem. Często głównym problemem dla jednostki są nie tyle same zmiany starcze, co ich zrozumienie i akceptacja. Wymienione powyżej cechy starości sprawiają, że zagadnienie edukacji zdrowotnej osób starszych to problem wielowymiarowy (Kościńska, 2010).

Założenia metodologiczne badań własnych¹. Badania przeprowadzono w miesiącach czerwiec – wrzesień w 2015 roku w poradniach diabetologicznych w Toruniu. Badaniami objęto 327 osób z rozpoznaniem klinicznym cukrzycy. W grupie badanych było 178 osób uczestniczących w procesie zaplanowanej i systematycznej edukacji zdrowotnej prowadzonej przez wykwalifikowanych pracowników medycznych i 149 osób nieuczestniczących w edukacji. W celu doboru próby badawczej zastosowano dobór celowy (Babbie 2003). Głównym kryterium doboru uczyniono wiek badanych. Dokonując doboru grupy, kierowano się klasyfikacją wiekową proponowaną przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) i do badań zaproszono seniorów w wieku 60 i więcej lat.

W procesie analizy uwzględniony został aspekt obiektywny stylu życia seniorów z cukrzycą wyrażający się w aktywności społecznej, towarzyskiej, kulturalnej i rodzinnej.

Celem badań było poznanie znaczenia edukacji terapeutycznej w kształtowaniu aktywności seniorów z cukrzycą. Główne problemy badawcze określono w formie następujących pytań:

- Jaki poziom aktywności społecznej, towarzyskiej, kulturalnej i rodzinnej przejawiają seniorzy z cukrzycą?
- Jakie znaczenie w przejawianiu aktywności w powyższych aspektach życia seniorów z cukrzycą ma edukacja terapeutyczna?

W celu przeprowadzenia badania posłużono się kwestionariuszem ankiety konstrukcji własnej.

1. Aktywność społeczna osób z cukrzycą. W analizie funkcjonowania społecznego brano pod uwagę uczestnictwo badanych w różnych formach działalności społecznej. Na podstawie uzyskanych wyników badań należy stwierdzić, że respondenci

¹ Prezentowane badania są wycinkiem badań nt „Edukacja zdrowotna jako czynnik modyfikujący styl życia osób z cukrzycą typu 2”. Pierwsze badania na ten temat zostały przeprowadzone przez autorkę w 2003 roku.

wykazali niski poziom aktywności społecznej (śr. 0,33 przy max 2). W całej grupie badanych bardziej aktywni społecznie okazali się mężczyźni (śr. 0,43, kobiety 0,25). Dokonując porównania aktywności społecznej pacjentów edukowanych i nieedukowanych, stwierdzono większą aktywność społeczną wśród edukowanych (śr. 0,47) w porównaniu do nieedukowanych (śr. 0,16) zarówno w grupie kobiet, jak i mężczyzn. Mężczyźni jednak byli bardziej aktywni społecznie niż kobiety (kolejno śr. 0,57; 0,38). Badani realizowali swoją aktywność w: Regionalnym Kole Diabetyków, Związku Emerytów i Rencistów, Związku Nauczycielstwa Polskiego, Organizacjach Osób Niepełnosprawnych.

Tabela 1. Wyniki korelacji pomiędzy funkcjonowaniem w życiu społecznym kobiet i mężczyzn edukowanych i nieedukowanych a zmiennymi socjomedycznymi

Płeć Zmienne	Kobiety		Mężczyźni	
	Edukowane	Nieedukowane	Edukowani	Nieedukowani
Wiek	.19	-.15	.21	.10
Stan cywilny	-.01	.14	.09	-.13
Miejsce zamieszkania	.05	.14	-.00	.01
Wykształcenie	-.01	.14	.19	-.03
Czas trwania choroby	-.06	-.15	.35*	.06
Sposób leczenia	-.17	-.00	-.05	.08

$P < 0,05$

* Zależność istotna statystycznie.

Źródło: Badania własne

Z przeprowadzonych badań wynika, że istnieje tylko jedna zależność istotna statystycznie, którą stwierdzono między aktywnością społeczną a czasem trwania choroby wśród edukowanych mężczyzn. Zależność wskazuje na to, że mężczyźni chorujący dłużej i uczestniczący w procesie edukacji zdrowotnej przejawiali większą aktywność społeczną w porównaniu z mężczyznami nieuczestniczącymi w procesie edukacji. Można zatem przyjąć, że edukacja wpłynęła korzystnie na ten rodzaj aktywności w grupie mężczyzn.

2. Aktywność towarzyska. Badając ten aspekt życia chorych, pytano o to, jak często spotykają się z rodziną, przyjaciółmi, czy i jak często organizują spotkania towarzyskie, podejmują gości, czy odczuwają potrzebę towarzystwa innych osób, czy nawiązują nowe znajomości. Z analizy uzyskanych wyników badań dotyczącej całej grupy wynika, że aktywność towarzyska badanych jest niewielka (śr. 1,10 przy max 4). W całej grupie respondentów nieco większą aktywność towarzyską zaobserwowano wśród kobiet w porównaniu z mężczyznami (kolejno: śr. 1,13; 1,08). Badani uczestniczący w procesie edukacji, w porównaniu z badanymi nieuczestniczącymi deklarowali większą aktywność w życiu towarzyskim (kobiety śr. 1,21 i 1,05, mężczyźni śr. 1,12 i 1,03).

Tabela 2. Wyniki korelacji pomiędzy funkcjonowaniem w życiu towarzyskim kobiet i mężczyzn edukowanych i nieedukowanych a zmiennymi socjomedycznymi

Płeć Zmienne	Kobiety		Mężczyźni	
	Edukowane	Nieedukowane	Edukowani	Nieedukowani
Wiek	-.30*	-.46*	-.19	-.29*
Stan cywilny	-.22*	-.32*	-.13	-.02
Miejsce zamieszkania	-.30*	.23*	.13	.15
Wykształcenie	.19	.49*	.39*	.48*
Czas trwania choroby	-.17	-.35*	-.00	.00
Sposób leczenia	.03	-.01	.19	.01

$P < 0,05$

* Zależność istotna statystycznie.

Źródło: badania własne.

Aktywność towarzyska mężczyzn w obydwu grupach i w grupie kobiet edukowanych bardzo mocno koreluje dodatnio z wykształceniem. Badani posiadający wyższy poziom wykształcenia w porównaniu z badanymi z niższym wykształceniem przejawiali większą aktywność towarzyską. Również silna, istotna statystycznie, ale ujemna korelacja występuje z wiekiem badanych. Aktywność w życiu towarzyskim maleje wraz ze wzrostem wieku respondentów. Istotne znaczenie na aktywność towarzyską kobiet ma również stan cywilny, miejsce zamieszkania i czas trwania choroby. W obydwu grupach badanych większą aktywność w życiu towarzyskim przejawiały kobiety samotne. Wyniki badań pokazują, że aktywność towarzyska kobiet nieedukowanych jest większa wśród mieszkanek miasta, a kobiet edukowanych wśród mieszkanek wsi. Czas trwania choroby ujemnie koreluje z aktywnością towarzyską kobiet. Bardziej aktywne są kobiety, które chorują krócej. Również w tym rodzaju aktywności edukacja ma pozytywne znaczenie.

3. Aktywność kulturalna. Badając aktywność w życiu kulturalnym, pytano badanych o częstość bywania w kinie, teatrze, na koncertach, w muzeach, wykładach, odczytach. Na podstawie analizy uzyskanych wyników badań należy stwierdzić, że życie kulturalne badanych osób nie jest na zbyt wysokim poziomie (śr. 1,58 przy max 4). W całej grupie badanych nieco korzystniej w tym aspekcie życia wypadli mężczyźni w porównaniu z kobietami (kolejno śr. 1,63 i 1,54). Aktywność kulturalna badanych edukowanych i nieedukowanych jest niemal identyczna, z niewielką różnicą na korzyść nieedukowanych (śr. 1,57 i 1,60). Należy zatem stwierdzić, że edukacja zdrowotna pacjentów nie ma wpływu na poziom aktywności kulturalnej badanych.

W obydwu grupach kobiet i w grupie mężczyzn nieedukowanych stwierdzono zależność istotną statystycznie między aktywnością kulturalną a poziomem wykształcenia, z której wynika, że większą aktywność kulturalną przejawiają badani z wyższym poziomem wykształcenia w porównaniu z badanymi z niższym poziomem wykształcenia. Zaangażowanie w życie kulturalne kobiet edukowanych maleje wraz z czasem trwania choroby. W grupie kobiet nieedukowanych większą aktywność kulturalną przejawiają kobiety samotne i mieszkające w mieście. Dla mężczyzn istotnym czynnikiem modyfikującym zaangażowanie w aktywność kulturalną okazał się wiek. W grupie mężczyzn edukowanych udział w tym aspekcie życia wzrasta wraz z wiekiem, a w grupie nieedukowanych maleje wraz z wiekiem.

Tabela 3. Wyniki korelacji pomiędzy funkcjonowaniem w życiu kulturalnym kobiet i mężczyzn edukowanych i nieedukowanych a zmiennymi socjomedycznymi

Płeć Zmienne	Kobiety		Mężczyźni	
	Edukowane	Nieedukowane	Edukowani	Nieedukowani
Wiek	-.10	-.13	.31*	-.33*
Stan cywilny	-.15	-.21*	.05	-.19
Miejsce zamieszkania	.15	.25*	.17	.16
Wykształcenie	.32*	.31*	.01	.33*
Czas trwania choroby	-.20*	-.04	.12	-.12
Sposób leczenia	-.08	-.08	-.09	.20

$P < 0,05$

* Zależność istotna statystycznie

Źródło: badania własne.

4. Aktywność rodzinna. Aby poznać funkcjonowanie osób z cukrzycą w życiu rodzinnym zadano badanym pytania dotyczące: ilości czasu spędzanego razem z rodziną, częstości spożywania wspólnych posiłków, wspólnego spędzania czasu wolnego i urlopu, podejmowania rozmów na temat choroby i innych trudnych tematów, wspólnego rozwiązywania problemów. Na podstawie analizy uzyskanych odpowiedzi należy stwierdzić, że w porównaniu z wcześniej omawianymi formami aktywności, badani wykazali największe zaangażowanie w życie rodzinne. Aktywność rodzinna badanej grupy jest dość intensywna (śr. 2,38 przy max 4). W całej grupie badanych mężczyźni wykazali nieco większą aktywność rodzinną w porównaniu z kobietami (kolejno: śr. 2,43 i 2,34). Edukowani wykazali większą aktywność w porównaniu z nieedukowanymi (śr. 2,49 i 2,25). W tej grupie kobiety deklarowały większą aktywność niż mężczyźni (śr. 2,52 i 2,46). Natomiast w grupie nieedukowanych sytuacja okazała się odwrotna (mężczyźni śr. 2,39, kobiety 2,15). Badani dużo czasu poświęcają swojej rodzinie. Ich zaangażowanie w życie rodzinne przejawia się troską o najbliższych. Dużo czasu spędzają z rodziną, spożywają wspólnie posiłki.

Tabela 4. Wyniki korelacji pomiędzy funkcjonowaniem w życiu rodzinnym kobiet i mężczyzn edukowanych i nieedukowanych a zmiennymi socjomedycznymi

Płeć Zmienne	Kobiety		Mężczyźni	
	Edukowane	Nieedukowane	Edukowani	Nieedukowani
Wiek	-.18	.05	.09	-.09
Stan cywilny	.60*	.52*	.45*	.31*
Miejsce zamieszkania	.03	-.48*	.03	.05
Wykształcenie	-.15	-.44*	.06	.11
Czas trwania choroby	.09	.19	.01	.12
Sposób leczenia	.10	-.06	-.16	-.19

$P < 0,05$

* Zależność istotna statystycznie

Źródło: badania własne.

W każdej grupie badanych intensywność zaangażowania w życie rodzinne uwarunkowana jest istotnie statystycznie ze stanem cywilnym. W przypadku mężczyzn nie stwierdzono istotnych statystycznie zależności z innymi zmiennymi. W grupie kobiet oprócz stanu cywilnego również miejsce zamieszkania i wykształcenie wykazują istotny statystycznie ujemny związek z aktywnością rodzinną. Kobiety mieszkające w mieście w porównaniu z mieszkankami wsi i kobiety posiadające wyższy poziom wykształcenia w porównaniu z kobietami z niższym wykształceniem wykazały mniejsze zaangażowanie w życiu rodzinnym.

Podsumowanie i rekomendacje. Głównym celem edukacji terapeutycznej jest pomoc pacjentom i ich rodzinom w rozumieniu choroby i terapii, rozwinięcie współpracy z pracownikami ochrony zdrowia, która umożliwi zdrowsze życie i utrzymanie lub udoskonalenie jakości życia. Edukacja terapeutyczna daje pacjentom możliwość panowania nad chorobą, osiągnięcia zamierzonych celów życiowych i pełnienia ról społecznych. Skuteczna edukacja to edukacja programowa obejmująca: wyznaczanie celów w oparciu o diagnozę potrzeb edukacyjnych, tworzenia planu edukacji, realizację szkolenia oraz ocenę procesu i uzyskanych wyników. Nie należy rozpatrywać celów edukacji tylko w wymiarze biologicznym, ale uwzględniać również wymiar psychospołeczny. Tak rozumiana edukacja daje osobom z cukrzycą możliwość rozwijania w sobie dynamicznego podejścia wobec choroby, kształtuje postawy odpowiedzialności za swoje zdrowie, świadomego podejmowania decyzji.

Większość badań dotyczące roli edukacji zdrowotnej w cukrzycy prowadzonych w Polsce i za granicą skupia się głównie na jej wpływie na biologiczny wymiar choroby (wyrównanie metaboliczne, profilaktyka powikłań). Istnieje wciąż potrzeba poznawania roli edukacji w wymiarze psychospołecznym, szczególnie dotyczy to seniorów.

Wyniki badań przedstawionych w tym tekście dowodzą, że edukacja zdrowotna wpływa korzystnie na różne formy aktywności starszych osób z cukrzycą. Seniorzy, którzy uczestniczyli w procesie edukacji w porównaniu z seniorami nieuczestniczącymi wykazali większe zaangażowanie w analizowanych zakresach aktywności, wyjątek stanowi aktywność kulturalna.

W związku z faktem, że wyniki badań potwierdzają pozytywny wpływ edukacji na wzrost aktywności w różnych sferach życia seniorów z cukrzycą istotne wydaje się uwzględnienie w jej procesie szerszego wskazywania na związek edukacji z aktywnością osób chorych. Autorzy programów nauczania chorych przewlekłe powinni uwzględniać informacje na ten temat. Należy również podkreślić, że oprócz edukacji także inne zmienne różnicują poziom aktywności seniorów.

Bibliografia

1. Adamczak M., *Wybrane procesy poznawcze i emocjonalne u kobiet po mastektomii*, Wyd. Naukowe Uniwersytetu A.M., Warszawa 1988.
2. Babbie E., *Badania społeczne w praktyce*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2003.
3. Clement S., *Diabetes self-management education*. *Diabetes Care* 1995; 18: 1204–1214.

4. Charońska E., *Zarys wybranych problemów edukacji zdrowotnej*, Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1997.
5. Cylkowska-Nowak M., *Między promocją zdrowia, profilaktyką a terapią – zasadnicze podejścia edukacji na rzecz zdrowia*, (w:) M. Cylkowska-Nowak (red.) *Edukacja zdrowotna. Możliwości, problemy, ograniczenia*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego, Poznań 2008: 13–16.
6. DECODE Study Group on behalf of the European Diabetes Epidemiology Study Group (1998): *Will new diagnostic criteria for diabetes mellitus change phenotype of patients with diabetes?* Reanalysis of European epidemiological data. *BMJ* 317: 371–357.
7. Ewles L., Simmet I., *Promoting health. A practical guide*, Edinburgh, Bailliere Tindall, 2003.
8. Hejwosz D. A., *Edukacja pacjentów a edukacja studentów. Próba zróżnicowania*, (w:) M. Cylkowska-Nowak (red) *Edukacja zdrowotna. Możliwości, problemy, ograniczenia*. Poznań 2008a: 80–91.
9. Hejwosz D. A., *Podejście zorientowane na pacjenta w procesie edukacji*, (w:) M. Cylkowska-Nowak (red.) *Edukacja zdrowotna. Możliwości, problemy, ograniczenia*. Poznań 2008b: 204–207.
10. International Diabetes Federation, *Diabetes Atlas Update 2012 5th Edition*, Brussels, Belgium. Dostęp 17.07.2013: <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/Update2012>
11. Karnafel W., *Przewlekle powikłania cukrzycy i ich zapobieganie*, (w:) *Roczniki Warszawskiej Szkoły Zdrowia, Rok IX*, Warszawa 2009: 73–77.
12. Kim M.J., Rolland Y., Cepeda O., Gammack J.K., Morley J.E., *Diabetes mellitus in older men*. *Aging Male* 2006; 9: 139–147.
13. Kościńska E., *Edukacja zdrowotna seniorów i osób przewlekle chorych*, Wyd. UKW, Bydgoszcz 2010.
14. Lawrence R.D., *The beginning of the diabetic association in England*. [In]: von Engelhardt D, ed. *Diabetes its medical and cultural history*. Springer-Verlong, Berlin-Heidelberg 1989: 451–454.
15. Michałowska D., *Edukacja prozdrowotna – podejścia, modele, metody*. Przegląd Terapeutyczny 2008; 4. Dostęp: 28.03.2016. <http://www.ptt-terapia.pl/przeglad-terapeutyczny/przeglad-terapeutyczny-4/2008>. 26.
16. Otto-Buczowska E., Jarosz-Chobot P. *Wskazówki dotyczące edukacji i samoopieki chorych na cukrzycę typu I ze szczególnym uwzględnieniem chorych młodocianych*. *Family Medicine-&Primary Care Review* 2007; 9(1): 121–125.
17. Polakowska M., Piotrowski W. *Incidence of diabetes in the Polish population: results of the Multi-center Polish Population Health Status Study – WOBASZ*. *Pol Arch Med Wewn*, 2011, 121: 156–163.
18. *Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus*. *Diabetes Care* 1998; 21(Suppl. 2): B1–B167.
19. Ruxer M., Ruxer J., Markuszewski L. *Edukacja terapeutyczna chorych na cukrzycę – rys historyczny*. *Diabetologia Doświadczalna i Kliniczna* 2005; 4(5): 183–186.
20. Słońska Z. (1999), *Edukacja zdrowotna a promocja zdrowia* (w) J.B. Karski (red) *Promocja zdrowia*, Wyd. „Ignis”, Warszawa, 1999: 304–319.
21. Szybiński Z., *Polskie Wieloośrodkowe Badania nad Epidemiologią Cukrzycy (PWBEK)-1998-2000*. *Pol Arch Med. Wewn.* 2001, 106: 751–758.
22. WHO, *Diabetes WHO Fact sheet*, 2011, N° 312, www.who.int/mediacentre/fs312/en/ (12.11.2015).
23. Wild S., Roglic G., Green A., Sicree R., King H., *Global prevalence of diabetes*. *Diabetes Care* 2004; 27: 1047–1053.
24. Woynarowska B., *Edukacja zdrowotna w szkole*, (w:) B. Woynarowska (red), *Zdrowie i szkoła*, Warszawa, 2000: 417–443.
25. Woynarowska B., *Podejście ukierunkowane na rozwijanie umiejętności życiowych i możliwości jego wykorzystania w edukacji zdrowotnej*, (w:) B. Woynarowska, M. Kapica (red) *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. Stan i oczekiwania*, Warszawa 2001, s. 102.
26. Woynarowska B., 2007., *Edukacja zdrowotna, podręcznik akademicki*, PWN Warszawa 2007.

dr Elżbieta KOŚCIŃSKA

UKW Bydgoszcz

Instytut Pedagogiki

Katedra Pedagogiki Społecznej

ellakos@tlen.pl