

Początek cukrzycy: organizacja skutecznej opieki diabetologicznej

Michael A. Weiss i Martha M. Funnell, MS, RN, CDE

Być posłańcem przynoszącym złe wiadomości dla pacjenta to jedna z trudniejszych ról, z którą musi się zmierzyć lekarz. Mimo że istnieją gorsze wiadomości do przekazania niż rozpoznanie cukrzycy, w badaniu Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs (DAWN) aż 85,2% pacjentów doświadczyło negatywnych emocji w momencie rozpoznania choroby.¹ Nawet chorzy z objawami, którzy mogliby doznać uczucia ulgi w związku z rozpoznaniem nie tak ciężkiej i o złym rokowaniu choroby, jakiej się obawiali, ostatecznie doświadczają niepokoju związanego z przewlekłością choroby, jej wpływem na życie codzienne i rodziny.

Pacjenci często zadają pytanie: „Co oznacza cukrzyca?”. Zrozumienie tego pytania z perspektywy chorego ułatwi rozwiązanie problemu, przed którym został postawiony lekarz. Pokusą jest chęć pełnego omówienia cukrzycy, ale pod tym prostym pytaniem kryją się inne: „dlaczego właśnie mnie to spotkało?” i „jak cukrzyca wpłynie na moje życie?”. W momencie rozpoznania choroby większość chorych nie oczekuje zrozumiałego wyjaśnienia biologii trzustki, patogenety i klinicznych aspektów choroby. Należy przedstawić jak najprostszą odpowiedź na pytanie, czym jest cukrzyca i odnieść ją do sytuacji chorego zarówno w kontekście klinicznym, jak i środowiska, w którym funkcjonuje. Opisanie cukrzycy jako sytuacji niedoboru lub niewłaściwego działania insuliny (a nie jako „problem glikozy”) pozwoli wypracować odpowiednią podstawę dla planowanego leczenia.

Należy zaznaczyć, że nie ma jednego ustalonego sposobu postępowania na początku choroby. Trzeba jednak przekazać siedem podstawowych zagadnień, niezbędnych we wczesnym okresie rozpoznania cukrzycy, które pozwolą choremu łatwiej uwzględnić chorobę w jego stylu życia, jak również zbudować

plaszczyznę porozumienia i zaufania między lekarzem i chorym.

1. Cukrzycę leczy sam chory

Chociaż większość lekarzy oczekuje od chorego samodzielnego zaangażowania w leczenie cukrzycy, to jednak rzadko omawiana jest w tym procesie rola pacjenta. Chorzy zwykle są przyzwyczajeni do radzenia sobie w ostrych zachorowaniach i liczą, że spełniając kilka prostych poleceń, doczekają momentu ustąpienia choroby. W przypadku cukrzycy sprawy mają się całkiem inaczej: cukrzyca będzie stałym elementem życia, a dokonywane w związku z nią wybory będą określały stan zdrowia w bliskiej i odległej perspektywie.

Podstawą rzeczywistości w cukrzycy jest fakt, że to chorzy zawsze są odpowiedzialni za codzienne jej leczenie.^{2,4} W tym samym czasie lekarz powinien przedstawić swoją rolę w dynamicznym procesie leczenia cukrzycy. Chorzy powinni mieć świadomość, że lekarz nie może uczestniczyć w tym leczeniu w takim stopniu, w jakim by sam chciał. Codzienne leczenie choroby leży w rękach chorego. Lekarz ma pełnić rolę partnera, doradcy, konsultanta zapewniającego pomoc i wsparcie w rozwiązywaniu problemów. Właśnie w tej terapeutycznej podróży będzie towarzyszył swoim pacjentom. Należy wskazać, że współpraca przyniesie najlepsze rezultaty wtedy, gdy chorzy sami przedstawią swoje wątpliwości, pytania, możliwości i wyrażą chęć współuczestniczenia w leczeniu cukrzycy.

Chorzy muszą być również przekonani, że lekarz rozumie, iż akceptacja choroby i samodzielne leczenie nie są dla nich proste. W tym momencie należy wzmacniać poczucie niezależności i możliwości radzenia sobie z chorobą oraz przekonać chorego o wsparciu ze strony lekarza, co stworzy warunki do korzystania z pełni życia mimo cukrzycy. Nawet wtedy, gdy na-

stąpią chwile wymagające większego samozaparcia, chorzy będą w stanie tego dokonać.

2. Potraktuj cukrzycę poważnie

American Diabetes Association oraz National Diabetes Education Program od lat prowadzą kampanię uświadamiającą społeczeństwu powagę schorzenia, jakim jest cukrzyca. Te działania zostały dobrze przyjęte i zrozumiane zarówno przez społeczeństwo, jak i pracowników ochrony zdrowia oraz chorych na cukrzycę. Kluczowym przesłaniem dla chorych jest konieczność poważnego traktowania choroby i aktywnego uczestniczenia w jej leczeniu. Przesłały to powinno być uzupełnione informacją dającą nadzieję na możliwość złagodzenia i zapobieżenia powikłaniom cukrzycy. Bez tej nadziei chorzy mniej chętnie będą uczestniczyć w leczeniu choroby. Należy zapewnić chorego, że również lekarz traktuje ich chorobę poważnie i będzie aktywnie uczestniczył w leczeniu w celu osiągnięcia jak najlepszych wyników.

3. Ucz się jak najwięcej

Edukacja w cukrzycy jest kamieniem węgielnym postępowania zapewniającym choremu możliwość samodzielnego leczenia.⁵ Pacjentom należy zaoferować możliwość edukacji na temat cukrzycy i w zakresie leczenia dietetycznego. Należy przekonać chorych, że edukacja jest podstawową składową opieki diabetologicznej, która pozwala zmienić podejście z bycia osobą, na którą spada odpowiedzialność, na bycie kimś, kto aktywnie przejmuje tę odpowiedzialność. Należy wytłumaczyć, że wiedza pozwoli na aktywne przejęcie kontroli nad cukrzycą, a nie na kontrolowanie życia przez chorobę. Chorzy otrzymają w trakcie edukacji wsparcie pozwalające im zmodyfikować swoje wzorce zachowania. Ponieważ

akceptacja choroby jest procesem, w którym chory powinien do swojej świadomości włączyć obraz choroby, rolą lekarza jest również ocena momentu, w którym chory są gotowi do uczestniczenia w programie edukacyjnym, aby odnieśli z tego maksymalne korzyści.

Ważnym aspektem edukacji w cukrzycy jest nie tylko zdobycie ogólnej wiedzy o chorobie, ale także element samopoznania i poznania wpływu, jaki choroba wywiera na chorego.^{6,7} Sami chorzy powinni stać się najważniejszymi ekspertami w leczeniu ich własnej cukrzycy. Lekarze i inni pracownicy ochrony zdrowia pełnią niezależną rolę takich ekspertów niejako z urzędu. Chorzy powinni nauczyć się rozpoznawać, co stanowi o korzyściach lub ich braku w ich życiu i w leczeniu.

Z powodu zmian w stylu życia, jakie wynikają z rozpoznania cukrzycy, sprawa nie dotyczy tylko chorego, ale również całej jego rodziny. Członkowie rodziny są mile widziani jako uczestnicy programu edukacyjnego, jak również spotkań z dietetykiem, jeżeli chorzy sądzą, że będzie to dla nich pomocne. Zdobędą oni nie tylko wiedzę o cukrzycy, ale również zrozumieją cele i plan jej leczenia, zapewnią choremu więcej racjonalnego wsparcia, nie stając się „policją diabetologiczną”.

Chociaż wstępna edukacja jest ważna, to cukrzyca jako choroba przewlekła stwarza okazje do stawiania nowych pytań, pojawiania się nowych odczuć i wyzwań. Chorzy powinni być gotowi na stałą edukację i wsparcie, aby móc zaakceptować chorobę i zmiany, jakie nastąpiły po wstępnym okresie edukacji.⁵ Lekarz powinien zapewnić o swoim wsparciu w procesie leczenia, stwarzając możliwość uzyskania aktualnych informacji, dyskutując cele leczenia, wysłuchując pytań i uwag chorych. Pacjenta należy zachęcić do znalezienia osoby, która ich wysłucha, do szukania wsparcia u lekarza, innych członków zespołu leczącego, członków rodziny oraz innych chorych na cukrzycę czy duchownego.

4. Schemat leczenia zmienia się w trakcie trwania choroby

Jedno z pytań zadawanych przez chorego brzmi: „Jak można leczyć cukrzycę?”. W odpowiedzi na ten problem należy zawrzeć informację o wieloetapowości leczenia cukrzycy typu 2, przy czym powinien być omówiony każdy z etapów. Należy przekazać informację, że zmiany w leczeniu nie są porażką terapeutyczną ani nie sugerują, że przebieg cukrzycy się pogarsza. Te zmiany wywołane są naturalnym

przebiegiem choroby i trzeba wypróbować kilka rodzajów terapii, zanim zostanie określona optymalna jej forma. Chociaż insulina często wykorzystywana jest jako forma mobilizacji i zmotywowania do utraty masy ciała i zwiększenia aktywności fizycznej,⁸ należy pamiętać, że wysyłanie negatywnych informacji może przerzucić winę z powodu postępu choroby na chorego i zniechęcić go do insulinoterapii, gdy ta będzie konieczna.

5. Występowanie negatywnych emocji jest powszechne

Radzenie sobie przez chorego z cukrzycą jest trudne. Często pojawiają się uczucia złości, winy, lęku czy smutku.¹ Pomocne może być uświadomienie choremu, że te emocje są naturalne, występują często, mogą się pojawiać, ustępować i zmieniać nasilenie z dnia na dzień. Nie ma określonego kalendarza dla tych emocji. W badaniu DAWN¹ wykazano, że wiele lat po rozpoznaniu cukrzycy (średnio 15) 43,8% chorych odczuwa negatywne emocje związane z cukrzycą. Dodatkowo te negatywne emocje utrudniają wielu chorym samodzielne leczenie.

Chory powinien uzyskać wsparcie ze strony lekarza, a ten powinien pamiętać, że emocje, których doświadcza chory, wpływają na jego leczenie i funkcjonowanie w codziennym życiu. Lekarz udziela ponadto informacji i umożliwia odpowiednie konsultacje specjalistyczne.

Chorzy na cukrzycę są dwukrotnie bardziej narażeni na depresję.⁹ Należy ich poinformować o objawach depresji, których powinni być świadomi, oraz o możliwości porozmawiania o nich. W odpowiednich warunkach tę wiedzę należy przekazać rodzinie lub osobom sprawującym opiekę, ponieważ innym łatwiej zauważyć objawy depresji niż osobie, która zaczyna jej doświadczać.

6. Wprowadzaj elementy terapii krok po kroku

Cukrzyca często wymaga wielu zmian stylu życia i behawioralnych. Może to spowodować przytłaczające wrażenie, wywołując frustrację i zaniechanie dalszych wysiłków. Chorzy powinni mieć świadomość, że osiągną lepsze rezultaty, jeśli te zmiany będą wprowadzane stopniowo.¹⁰ Należy zachęcić ich do rozpoczęcia małych, stopniowych zmian, wprowadzanych każdego dnia w obszar życia, który ma dla nich szczególne znaczenie. Powinni szukać odpowiednich sposobów i stopniowo przystosowywać się w miarę trwania choroby. Należy podkreślić empiryczny charakter

tych prób.^{2,3} Nieosiągnięcie zamierzonych celów nie powinno oznaczać porażki, ale raczej okazję do nauki i wyciągania wniosków. Korzystając z uzyskanych już doświadczeń i analizy dokonanych wysiłków, trzeba wykreować nowe rozwiązania, aby zwiększyć szansę długotrwałego sukcesu. Perfekcja nie jest tutaj celem, a liczy się to, co jest wykonywane codziennie.

7. Powikłań można uniknąć

Wielu dorosłych zdobywa pewną wiedzę na temat cukrzycy i jej konsekwencji. Mogą oni obserwować odległe powikłania cukrzycy u członków rodziny lub przyjaciół. Należy zapewnić ich, że powikłaniom można zapobiec lub je opóźnić, jeżeli stężenia glukozy i wartości ciśnienia tętniczego będą utrzymywane w zalecanych granicach. Chociaż nie można tego w pełni zagwarantować, to współpraca z zespołem leczącym może znacznie zmniejszyć ich ryzyko.

Tworzenia planu działania: LIFE

Jedną z metod pomagających choremu wdrożyć wszystkie zasady postępowania w cukrzycy jest schemat określony w skrócie LIFE,^{5,6,11} zawierający cztery określone, ale bardzo płynne zasady:

- Krok 1: Poznaj (**Learn**) cukrzycę, zespół leczący, swój tryb życia i nastawienie do choroby.
- Krok 2: Zidentyfikuj (**Identify**) trzy główne zasady: twoją rolę, elastyczność, która jest Ci potrzebna w życiu i postępowaniu z cukrzycą, a także cele, które będziesz chciał osiągnąć (głównie kontrolę stężenia glukozy).
- Krok 3: Sformułuj (**Formulate**) swój własny plan leczenia cukrzycy, wliczając w to opiekę kliniczną i zasady samodzielnego leczenia cukrzycy.
- Krok 4: Eksperymentuj (**Experiment**) i oceniaj (**Evaluate**) strategię osiągnięcia wyznaczonych celów i zdolność do ich kontynuowania przy uwzględnieniu twojego stylu życia i priorytetów.

Podsumowanie

Nie ma jednego sposobu poinformowania o rozpoznaniu cukrzycy, ale ważne, aby skoncentrować się na chorym i spojrzeć na sprawę z jego punktu widzenia. Chociaż istnieje pokusa, aby wyjaśnić wszystkie fizjologiczne zawiłości cukrzycy od samego początku, to należy pamiętać, że chory nie jest w stanie przyswoić sobie wszystkich szczegółów. W zamian chorzy

powinni zrozumieć, że w leczeniu cukrzy-
cy znaczna część odpowiedzialności spad-
nie na nich, a zespół leczący ma stanowić
profesjonalne wsparcie w tym zakresie.
Pierwsze i dalsze wizyty powinny stworzyć
choremu warunki do zadawania pytań
i przedstawienia swoich niepokojów zwią-
zanych z chorobą. Należy również pamię-
tać, że lekarz po rozmowie wraca do
rutyny swojego życia, a życie chorego i je-
go rodziny zostanie nieodwołalnie zmie-
niane.

Podziękowania

Praca ta powstała dzięki grantom o nume-
rach NIH5P60 DK20572 i 1 5 R18 DK070020
ufundowanym przez National Institute of
Diabetes i Digestive and Kidney Diseases of
the National Institutes of Health.

Clinical Diabetes, Vol. 27, No. 4, 2009, p. 149.
In the Beginning: Setting the Stage for Effective
Diabetes Care.

Piśmiennictwo

- 1 Skovlund SE, Peyrot M, on behalf of the DAWN International Advisory Panel: The Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs (DAWN) program: a new approach to improving outcomes of diabetes care. *Diabetes Spectrum* 18:136–142, 2005
- 2 Anderson RM, Funnell MM: *The Art of Empowerment: Stories and Strategies for Diabetes Educators*. 2nd ed. Alexandria, Va., American Diabetes Association, 2005
- 3 Funnell MM, Anderson RM: Empowerment and self-management education. *Clinical Diabetes* 22:123–127, 2004
- 4 Weiss MA: Empowerment: a patient's perspective. *Diabetes Spectrum* 19:116–118, 2006
- 5 Funnell MM, Brown TL, Childs BP, Haas LB, Hosey GM, Jensen B, Maryniuk M, Peyrot M, Piette JD, Reader D, Siminerio LM, Weinger K, Weiss MA: National standards for diabetes self-management education. *Diabetes Care* 30:1630–1637, 2007
- 6 Funnell MM, Weiss MA: Empowering patients with diabetes. *Nursing* 39:34–36, 2009
- 7 Funnell MM, Weiss MA: Patient empowerment: the LIFE approach. *Eur Diabetes Nurs* 5:75–78, 2008
- 8 Peyrot M, Rubin RR, Lauritzen T, Skovlund SE, Snoek FJ, Matthews DR, Landgraf R, Kleinebreil L, the International DAWN Advisory Panel: Resistance to insulin therapy among patients and providers: results of the cross-national Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs study. *Diabetes Care* 28:2673–2679, 2005

- 9 Anderson RJ, Clouse RE, Freedland KE, Lustman PJ: The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a metaanalysis. *Diabetes Care* 24:1069–1078, 2001
- 10 Bodenheimer T, MacGregor K, Sharifi C: *Helping Patients Manage Their Chronic Conditions*. Oakland, Calif., California Healthcare Foundation, 2005
- 11 Weiss MA, Funnell MM: *The Little Diabetes Book You Need to Read*. Philadelphia, Pa., Running Press, 2007

Michael A. Weiss jest dyrektorem Patient Centered Solutions, LLC w Pittsburgu, Pa. Był też przewodniczącym krajowej rady dyrektorów w American Diabetes Association w latach 2002-2003. W 1984 roku została u niego zdiagnozowana cukrzyca typu 1. Marsha M. Funnell, MS, RN, CDE, jest badaczem w Department of Medical Education i Michigan Diabetes and Training Center w University of Michigan Medical School w Ann Arbor. Jest jednym z redaktorów Clinical Diabetes.