

Beata **Stepanow** Elżbieta **Brzozowska** Ewa **Matusiak** Tomasz **Sobierajski**

Polska rodzina z cukrzycą



Patronaty:



POLSKIE
TOWARZYSTWO
DIABETOLOGICZNE



Polskie
Stowarzyszenie
Diabetyków

mojacukrzyca.org



Raport **Polska rodzina z cukrzycą** powstał przy wsparciu finansowym firm:



SPIS TREŚCI

WPROWADZENIE	3
CUKRZYCA JAKO CHOROBA SPOŁECZNA – DANE EPIDEMIOLOGICZNE <i>prof. Leszek Czupryniak</i>	5
ZAMIENIAMY SŁOWA W CZYNY <i>mgr Beata Stepanow</i>	6
RAPORT Z BADAŃ – dr Tomasz Sobierajski	7
OSOBY Z CUKRZYCĄ TYPU 1 I ICH BLISCY	9
OSOBY Z CUKRZYCĄ TYPU 2 I ICH BLISCY	35
MEDYCZNE I SPOŁECZNE ANALIZY WYNIKÓW BADAŃ	61
ZARZĄDZANIE CUKRZYCĄ W SKALI MIKRO – O ROLI BLISKICH OSÓB Z CUKRZYCĄ W SYSTEMIE OPIEKI ZDROWOTNEJ W POLSCE <i>dr Tomasz Sobierajski</i>	63
CUKRZYCA OCZAMI DIABETOLOGA <i>dr Anna Majchrzak</i>	68
HOLISTYCZNA EDUKACJA DIABETOLOGICZNA W CODZIENNYM ŻYCIU OSÓB CHORYCH NA CUKRZYCĘ I ICH BLISKICH <i>mgr Beata Stepanow</i>	85
TEST RYZYKA STANU PRZEDCUKRZYCOWEGO I CUKRZYCY <i>mgr Beata Stepanow</i>	95
ZAUFANIE DO ŹRÓDEŁ WIEDZY NA TEMAT CUKRZYCY <i>Elżbieta Brzozowska, Ewa Matusiak</i>	97
MIEJSCE ORGANIZACJI POZARZĄDOWYCH W ŻYCIU OSÓB CHORYCH NA CUKRZYCĘ I ICH BLISKICH <i>Anna Śliwińska, Prezes Zarządu Głównego Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków</i>	103
MEDIA SPOŁECZNOŚCIOWE DLA CHORYCH NA CUKRZYCĘ <i>Jerzy Magiera, mojacukrzyca.org</i>	106

WPROWADZENIE

CUKRZYCA JAKO CHOROBA SPOŁECZNA – DANE EPIDEMIOLOGICZNE **prof. Leszek Czupryniak**

Cukrzyca to pierwsza niezakaźna choroba uznana ponad 10 lat temu przez ONZ za epidemię XXI wieku. Według Światowej Organizacji Zdrowia na cukrzycę choruje na świecie 415 mln ludzi, a do roku 2035 ich liczba może wzrosnąć do ponad 600 mln. Dodatkowo liczba osób z cukrzycą rośnie każdego roku średnio o 2,5%.

W Polsce na cukrzycę choruje blisko 3,5 mln osób, przy czym ponad 1 mln osób o tym nie wie – choroba nie została u nich do tej pory zdiagnozowana i nie jest leczona. Przy obecnym tempie wzrostu zachorowalności liczba chorych na cukrzycę może przekroczyć w 2020 roku 4 mln. Według danych Centers for Disease Control and Prevention stan przedcukrzycowy (nieprawidłowy poziom glukozy na czczo 100–125 mg/dl lub nieprawidłowa tolerancja glukozy) dotyczy na świecie około jednej trzeciej dorosłej, aktywnej zawodowo populacji. W Polsce liczba ta sięga prawdopodobnie 5 mln osób. Szacunki CDCP wskazują, że do 2040 roku cukrzyca i jej powikłania będą główną przyczyną zgonów kobiet, a do 40 proc. wzrośnie odsetek kobiet z tą chorobą. Jest to szczególnie niepokojące, bo nadal to kobieta jest w rodzinie głównie odpowiedzialna za organizację życia codziennego.

Cukrzyca z powyższych powodów jest chorobą społeczną. Nie dotyczy ona jedynie osób na nią chorujących, ale także ich rodziny, znajomych, współpracowników. Kilkanaście milionów Polaków ma z tą chorobą mniej lub bardziej bezpośredni kontakt.

Raport „Polska rodzina z cukrzycą” po raz pierwszy w Polsce tak kompleksowo opisuje związki choroby z życiem rodziny. Identyfikuje te obszary życia rodzinnego, w których cukrzyca ma wpływ poprzez potrzebę zmiany sposobu żywienia czy podjęcia aktywności fizycznej. Pokazuje też problemy, których rozwiązanie wymaga zaangażowania zarówno środowiska medycznego, jak i decydentów organizujących życie społeczne. Największym wyzwaniem jest prowadzenie szerokiej, skutecznej edukacji i to – jak pokazują szczegółowe wyniki przeprowadzonego badania – dotyczącej całego społeczeństwa. Zarówno osoby z cukrzycą, jak i ich bliscy podkreślają znaczenie szeroko realizowanej edukacji, tak aby każdy miał podstawową wiedzę o cukrzycy i zagrożeniach z nią związanych.

Badanie pokazuje także, iż w rodzinach zbyt rzadko rozmawia się o cukrzycy, co ma szczególne znaczenie w sytuacji, gdy pacjent choruje również na depresję – bardzo częste powikłanie choroby. Osoby z cukrzycą, zwłaszcza typu 2, zbyt rzadko dokonują pomiarów poziomu glikemii, co ma na pewno znaczenie dla długoterminowego wyrównania cukrzycy. Z powodu ograniczeń refundacyjnych lekarze nie mogą stosować nowoczesnych leków przeciwcukrzycowych, które nie tylko pozwoliłyby skutecznie kontrolować cukrzycę, ale również nie prowadziły do hipoglikemii i zmniejszały ryzyko zgonu z powodu chorób serca, na które bardzo często zapadają osoby z cukrzycą.

Jednakże największą zaletą raportu jest umieszczenie problematyki cukrzycy w szerokiej perspektywie społecznej. Doświadczenie kliniczne wskazuje, że chorzy zmagający się z chorobą w samotności, bez wsparcia rodziny i osób bliskich, osiągają dużo gorsze wyniki, dużo trudniej jest im uzyskać pożądane wyrównanie metaboliczne cukrzycy. I odwrotnie, jeśli pacjenci są otoczeni członkami rodziny interesującymi się, jak przebiega

WPROWADZENIE

leczenie cukrzycy, co należy w życiu rodzinnym zmienić – od codziennego menu do rodzinnej rekreacji – aby osoba z cukrzycą w możliwie najmniejszym stopniu ponosiła jej konsekwencje, wówczas i leczenie jest maksymalnie skuteczne, a ryzyko rozwoju powikłań zminimalizowane. Jeżeli niniejsze opracowanie pozwoli w większym stopniu angażować rodziny osób z cukrzycą i ich bliskie osoby w proces leczenia choroby, cel badania – poprawa jakości życia chorych na cukrzycę – zostanie osiągnięty.



prof. Leszek Czupryniak

ZAMIENIAMY SŁOWA W CZYNY mgr Beata Stepanow

Jakże wiele mówi się o cukrzycy, jej powikłaniach, sytuacji osób chorych na cukrzycę i istotnych ograniczeniach, na które natrafiają pacjenci żyjąc z podstępą oraz nieuleczalną chorobą. W 2006 roku Sir George Alberti podkreślił, po publikacji rezolucji Organizacji Narodów Zjednoczonych w sprawie cukrzycy, że „**Obecnie wyzwaniem jest zamiana pięknych słów na czyny**”. Niestety, jeśli o słowa jest coraz łatwiej, to nadal o konkretne czyny łatwo nie jest. ONZ w 2011 roku uznało cukrzycę za jedną z czterech chorób zabijających ludzkość.¹ Mówi się wiele o roli zespołu terapeutycznego, powstają publikacje uwzględniające interdyscyplinarny charakter cukrzycy. Stowarzyszenie Edukacji Diabetologicznej (SED), na kanwie doświadczenia swoich członków, wprowadziło pojęcie Holistycznej Edukacji Diabetologicznej w opracowanych przez członków SED Standardach, jako edukacji terapeutycznej osoby chorej na cukrzycę, osób ze stanem przedcukrzycowym, osób z grupy o podwyższonym ryzyku wystąpienia cukrzycy, obejmującą środowisko rodzinne pacjentów, jak również środowisko społeczno-zawodowe, w którym przebywają lub pracują. Pojawiła się rodzina, bliscy osoby z cukrzycą niezależnie od typu cukrzycy. Wtedy zrodził się pomysł poznania potrzeb nie tylko osób chorych na cukrzycę, ale również ich bliskich. Zaproszono do współpracy specjalistów w dziedzinie diabetologii, edukatorów do spraw diabetologii, socjologów oraz specjalistów od komunikacji, aby wspólnie przygotować kwestionariusz ankiety i skierować pytania do osób chorych na cukrzycę typu 1 i typu 2 oraz ich bliskich. Oddajemy w Państwa ręce raport „**POLSKA RODZINA Z CUKRZYCĄ**”. Niech wyniki raportu pozwolą lepiej zrozumieć CUKRZYCĘ.

Beata Stepanow

mgr Beata Stepanow

1. Stanowisko Stowarzyszenia Edukacji Diabetologicznej. Potrzeby i rekomendacje edukacyjne w diabetologii. Warszawa, lipiec 2015.

A large, light blue circular graphic element that frames the central text, with a thick blue border and a white center.

RAPORT Z BADAŃ

dr Tomasz Sobierajski

CEL BADANIA I PYTANIA BADAWCZE

Celem badania było poznanie oraz zestawienie opinii i postaw osób z cukrzycą typu 1 i typu 2 z postawami i opiniami bliskich tychże osób w odniesieniu do medycznego i społecznego funkcjonowania z cukrzycą.

W procesie przygotowawczym realizowanego badania postawiono szereg pytań badawczych, m. in.:

1. Na jakie choroby współistniejące z cukrzycą chorują badane osoby?
2. Jaką metodę leczenia cukrzycy zalecił osobie z cukrzycą lekarz?
3. Jak często osoby z cukrzycą badają poziom glukozy we krwi?
4. Czy i w jakim zakresie osoby z cukrzycą uzyskują wsparcie od swoich bliskich w chorobie?
5. Skąd osoby z cukrzycą i ich osoby bliskie czerpią wiedzę na temat cukrzycy?
6. Do którego ze źródeł i w jakim stopniu osoby z cukrzycą i ich bliscy mają zaufanie, jeśli chodzi o zdobywanie wiedzy na temat cukrzycy?
7. Jak choroba wpływa na bliską osobę?

Na podstawie powyższych pytań, a także analizy dokumentów medycznych, danych epidemiologicznych i innych danych zastanych odnoszących się do przedmiotu badań, przy uwzględnieniu celu badań, przygotowano kwestionariusze czterech ankiet: kwestionariusz ankiety dla osób z cukrzycą typu 1, kwestionariusz ankiety dla osób z cukrzycą na cukrzycę typu 2, kwestionariusz ankiety dla osoby bliskiej chorego na cukrzycę typu 1, kwestionariusz ankiety dla osoby bliskiej chorego na cukrzycę typu 2.

Ogółem w badaniu wzięło udział **1390 respondentów**, z czego **710** stanowiły **osoby z cukrzycą**, a **680 osoby bliskie**.¹

1. W badaniu wzięło udział 400 osób z cukrzycą typu 2, jednak w dalszej analizie – zgodnie z założeniami celu głównego badania – uwzględniono odpowiedzi tych osób z cukrzycą, które zadeklarowały, że mają obok siebie bliską osobę, która wspiera ich w codziennych zmaganiach z chorobą, czyli łącznie 370 osób.

OSOBY Z CUKRZYCĄ TYPU 1 I ICH BLISCY



CHARAKTERYSTYKA BADANIA

Badanie miało charakter ilościowy i zostało przeprowadzone na przełomie sierpnia i września 2018 roku wśród osób z cukrzycą typu 1 i ich bliskich osób. W badaniu wzięło udział 310 osób z cukrzycą typu 1 i 310 bliskich osób z cukrzycą typu 1. Badani wypełniali ankiety samodzielnie lub przy wsparciu pielęgniarki/eksperta ds. diabetologii.

Do realizacji badania wykorzystano narzędzia przygotowane przez zespół, w którego skład wchodził socjologowie, metodologowie i eksperci ds. diabetologii oraz ds. komunikacji. Kwestionariusz ankiety dla osób z cukrzycą liczył 28 pytań, w tym 4 pytania metryczkowe. Kwestionariusz ankiety dla bliskich osób z cukrzycą liczył 23 pytania, w tym 4 pytania metryczkowe.

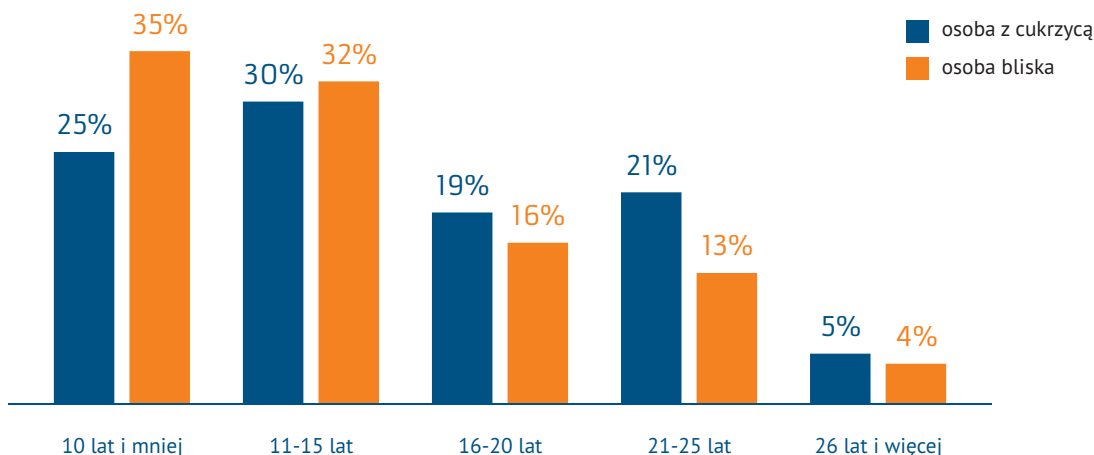
CHARAKTERYSTYKA BADANYCH

Badane osoby z cukrzycą typu 1 to w 55% kobiety i w 45% mężczyźni. Trzy czwarte badanych (76%) stanowiły osoby z cukrzycą, które miały mniej niż 45 lat, a jedną czwartą (23%) osoby z cukrzycą, które miały między 46 a 55 lat. Kilka badanych osób mieściło się w przedziale między 56. a 75. rokiem życia. Blisko połowa (47%) badanych osób z cukrzycą zadeklarowała, że ma wykształcenie wyższe, trzy na dziesięć (29%) wykształcenie średnie, co piąta (19%) wykształcenie zasadnicze zawodowe, a co dwudziesta (5%) wykształcenie podstawowe. Połowa badanych (49%) osób z cukrzycą mieszka na wsi. Pozostali badani mieszkają w mieście, a co trzeci (36%) w dużym mieście powyżej 500 tysięcy mieszkańców.

Bliscy osób z cukrzycą typu 1, którzy wzięli udział w badaniu, to w 62% mężczyźni. Kobiety stanowiły 38% badanych. Najliczniejszą grupę wiekową (59%) stanowiły osoby poniżej 45 roku życia, a drugą w kolejności osoby pomiędzy 46. a 55. rokiem życia. Kilka badanych osób miało między 56 a 75 lat. Blisko połowa (47%) osób bliskich zadeklarowała, że ma wykształcenie wyższe, 29% wykształcenie średnie, co piąta (19%) wykształcenie zasadnicze zawodowe, a co dwudziesta (5%) wykształcenie podstawowe. Co druga z badanych osób bliskich mieszka na wsi (49%). Pozostali badani mieszkają w mieście, przy czym 37% w dużym mieście powyżej 500 tysięcy mieszkańców.

Wykres 1.
cukrzyca typu 1

LICZBA LAT CHOROBY



Zestawienie rozkładów odpowiedzi na pytanie do osób z cukrzycą typu 1: „Od ilu lat choruje Pani/Pan na cukrzycę?”
i pytania do bliskich osób z cukrzycą: „Od ilu lat Pani/Pana bliski choruje na cukrzycę?”. N=310; N=310

WYNIKI – OSOBY Z CUKRZycĄ TYPU 1

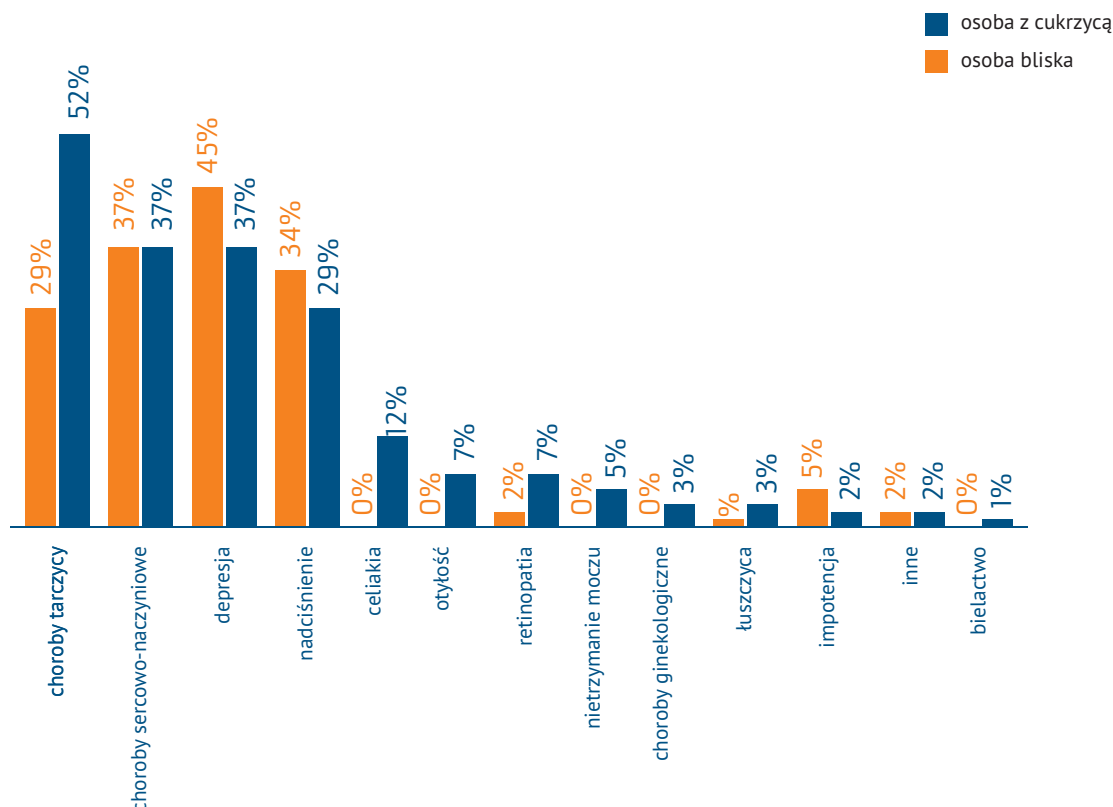
Ponad połowa (55%) badanych choruje na cukrzycę typu 1 od co najmniej 15 lat. Co czwarty (25%) badany choruje od co najmniej 10 lat, a blisko co trzeci (30%) od 11 do 15 lat. Co piąty (19%) respondent choruje od 16 do 20 lat i niemalże taka sama grupa (21%) od 21 do 25 lat. Co dwudziesty (5%) badany choruje na cukrzycę typu 1 26 lat i więcej.

WYNIKI – OSOBY Z CUKRZycĄ TYPU 1 VS. OSOBY BLISKIE

Rozkład odpowiedzi bliskich osób z cukrzycą typu 1 na pytanie „Od ilu lat Pani/Pana bliski choruje na cukrzycę?” nieco różni się z rozkładem odpowiedzi na pytanie „Od ilu lat choruje Pani/Pan na cukrzycę?” skierowanej do osób z cukrzycą. O ile co czwarta (25%) osoba z cukrzycą wskazała, że choruje na cukrzycę 10 lat i mniej, o tyle tę wartość wskazał co trzeci (35%) bliski. Duża rozbieżność w odpowiedziach pojawia się również w kategorii „od 21 do 25 lat”. Tę liczbę lat choroby wskazała co piąta (21%) osoba z cukrzycą i co ósmy (13%) bliski. Pewne nieznaczne różnice w wartościach pojawiają się przy kategorii od 11 do 15 lat (30% osoba z cukrzycą vs. 32% bliski), od 16 do 20 lat (19% osoba z cukrzycą vs. 16% bliski) i 26 lat i więcej (5% osoba z cukrzycą vs. 4% bliski).

Wykres 2.
cukrzyca typu 1

CHOROBY WSPÓLISTNIEJĄCE Z CUKRZYCĄ



Zestawienie rozkładów odpowiedzi na pytanie do osób z cukrzycą typu 1: „Proszę wymienić choroby współistniejące z cukrzycą, na które Pani/Pan choruje” i pytanie do bliskich osób z cukrzycą: „Proszę wymienić choroby współistniejące z cukrzycą, na które choruje Pani/Pana bliski”. N=310; N=310

WYNIKI – OSOBY Z CUKRZYCĄ TYPU 1

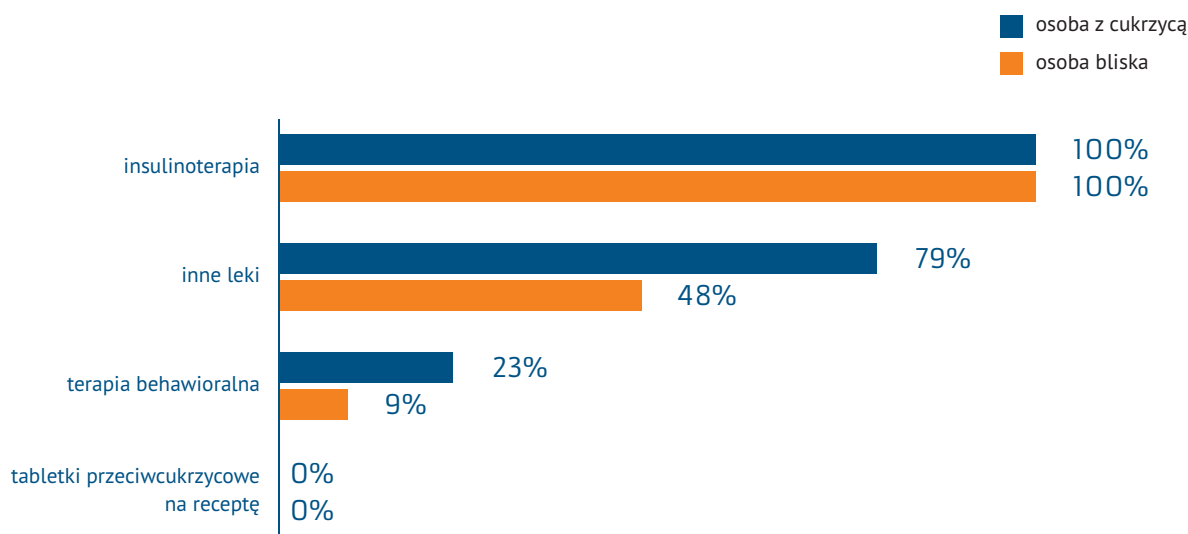
Osoby z cukrzycą typu 1 wskazały na wiele chorób współistniejących, na które chorują. Największa grupa, połowa (52%) badanych choruje na choroby tarczycy, jedna trzecia (37%) na choroby sercowo-naczyniowe i tyle samo (37%) cierpi na depresję, a tylko nieco mniej 29% badanych wskazało na nadciśnienie tętnicze. Rzadziej występujące u badanych choroby współistniejące z cukrzycą to: celiakia (12%), otyłość (7%), retinopatia (7%), nietrzymanie moczu (5%), choroby ginekologiczne (3%), łuszczyca (3%) i impotencja (2%). Pozostałe wymienione choroby występowały w pojedynczych przypadkach.

WYNIKI – OSOBY Z CUKRZYCĄ TYPU 1 VS. OSOBY BLISKIE

Osoby bliskie osób z cukrzycą typu 1 wskazały na choroby współistniejące u osób z cukrzycą w nieco innym natężeniu. Na pierwszym miejscu wskazali depresję (45% wskazań przy 37% wskazań u osób z cukrzycą), następnie nadciśnienie tętnicze (34%), choroby sercowo-naczyniowe (37%), a dopiero potem choroby tarczycy (29%), które osoby z cukrzycą wskazywały najczęściej (52%). Osoby bliskie nie wskazały – w przeciwieństwie do osób z cukrzycą – chorób takich jak celiakia (12% wskazań u osób z cukrzycą), otyłość (7% wskazań u osób z cukrzycą), nietrzymanie moczu (5% wskazań u osób z cukrzycą), czy choroby ginekologiczne (3% wskazań u osób z cukrzycą). Za to wyraźnie więcej osób bliskich wskazało na impotencję u osób z cukrzycą jako chorobę współistniejącą (5% wskazań osób bliskich vs. 2% wskazań osób z cukrzycą).

Wykres 3.
cukrzyca typu 1

METODA LECZENIA CUKRZYCY



Zestawienie rozkładów wskazań na pytanie do osób z cukrzycą typu 1:
„Jaką metodę leczenia cukrzycy zalecił u Pani/Pana lekarz?” i pytanie do bliskich osób z cukrzycą:
„Jaką metodę leczenia cukrzycy zalecił lekarz Pani/Pana bliskiej osobie?”. N=310; N=310

WYNIKI – OSOBY Z CUKRZYCĄ TYPU 1 VS. OSOBY BLISKIE

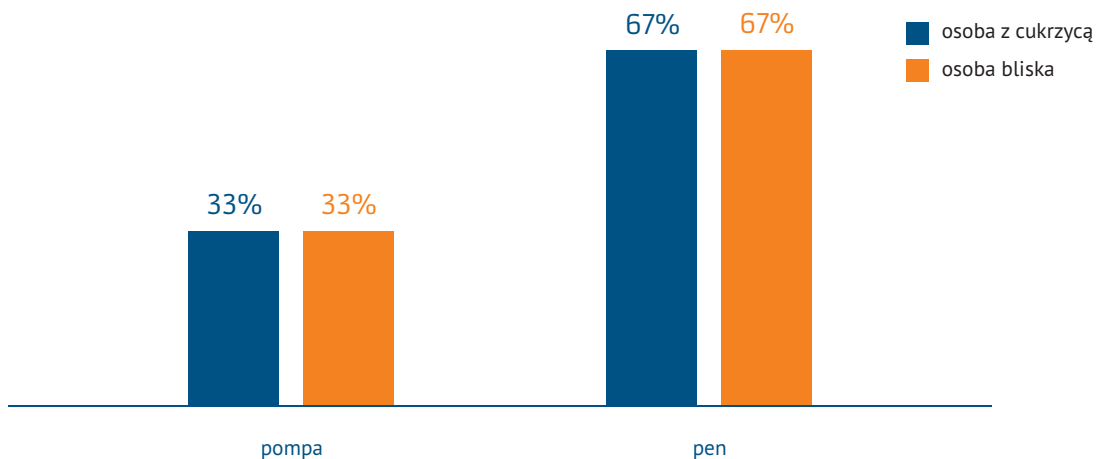
Najczęstszą, zaleconą przez lekarza metodą leczenia dla osób z cukrzycą typu 1 jest insulinoterapia, z której korzystają wszystkie badane osoby z cukrzycą. Osiem na dziesięć (79%) osób z cukrzycą zażywa inne leki, a co czwarty (23%) deklaruje, że stosuje terapię behawioralną, czyli dietę połączoną z aktywnością fizyczną. Co dwudziesta (5%) osoba z cukrzycą deklaruje, że korzysta z innych metod leczenia.

WYNIKI – OSOBY Z CUKRZYCĄ TYPU 1 VS. OSOBY BLISKIE

Wszyscy bliscy osób z cukrzycą typu 1 jako metodę leczenia wskazują insulinoterapię. Co drugi bliski (48%) deklaruje, że osoba z cukrzycą zażywa inne leki, a co jedenasty (9%), czyli dwukrotnie mniej niż osoby z cukrzycą, twierdzi, że osoba z cukrzycą stosuje terapię behawioralną.

Wykres 4.
cukrzyca typu 1

METODA PODAWANIA INSULINY



Zestawienie rozkładów wskazań przy kategorii „insulinoterapia” w pytaniu do osób z cukrzycą typu 1:
„Jaką metodę leczenia cukrzycy zalecił u Pani/Pana lekarz?” i pytaniu do bliskich osób z cukrzycą:
„Jaką metodę leczenia cukrzycy zalecił lekarz Pani/Pana bliskiej osobie?”. N=310; N=310

WYNIKI – OSOBY Z CUKRZYCĄ TYPU 1

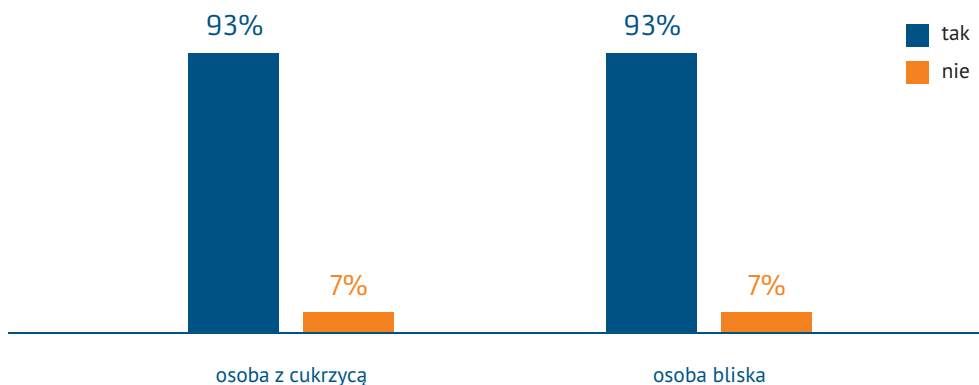
Wszyscy badani stosują insulinoterapię, przy czym dwie trzecie osób z cukrzycą (67%) deklaruje, że używa pena, a jedna trzecia (33%), że używa pompy insulinowej.

WYNIKI – OSOBY Z CUKRZYCĄ TYPU 1 VS. OSOBY BLISKIE

Osoby bliskie i osoby z cukrzycą wykazują idealną zgodność co do sposobu podawania insuliny przy stosowaniu insulinoterapii.

Wykres 5.
cukrzyca typu 1

KORZYSTANIE Z GLUKOMETRU



Zestawienie rozkładów odpowiedzi na pytanie do osób z cukrzycą typu 1: „Czy używa Pani/Pan na co dzień glukometru?” i pytanie do bliskich osób z cukrzycą: „Czy Pani/Pana bliski chory na cukrzycę używa na co dzień glukometru?”. N=310; N=310

WYNIKI – OSOBY Z CUKRZYCĄ TYPU 1

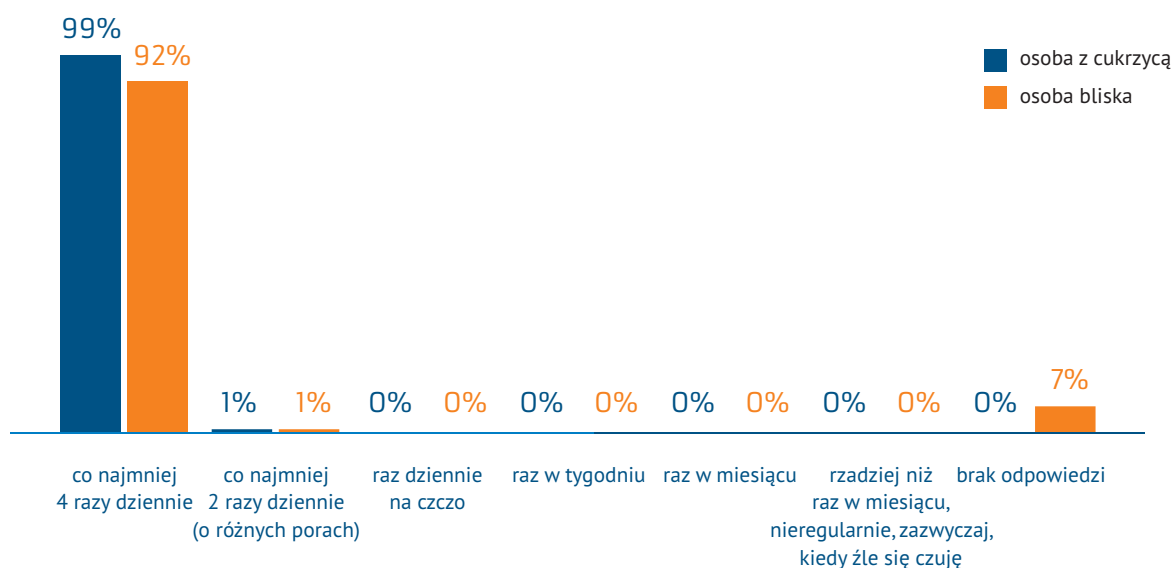
Znakomita większość osób z cukrzycą (93%) deklaruje, że używa glukometru, pozostałe 7% nie używa tego urządzenia.

WYNIKI – OSOBY Z CUKRZYCĄ TYPU 1 VS. OSOBY BLISKIE

Osoby bliskie osób z cukrzycą typu 1 podały taką samą wartość, jak osoby z cukrzycą w odniesieniu do używania przez osoby z cukrzycą glukometru.

Wykres 6.
cukrzyca typu 1

BADANIE POZIOMU GLUKOZY WE KRWI



Zestawienie rozkładów odpowiedzi na pytanie do osób z cukrzycą typu 1: „Jak często Pani/Pan bada poziom glukozy we krwi?” i pytanie do bliskich osób z cukrzycą: „Jak często Pani/Pana bliski bada poziom glukozy we krwi?”. N=310; N=310

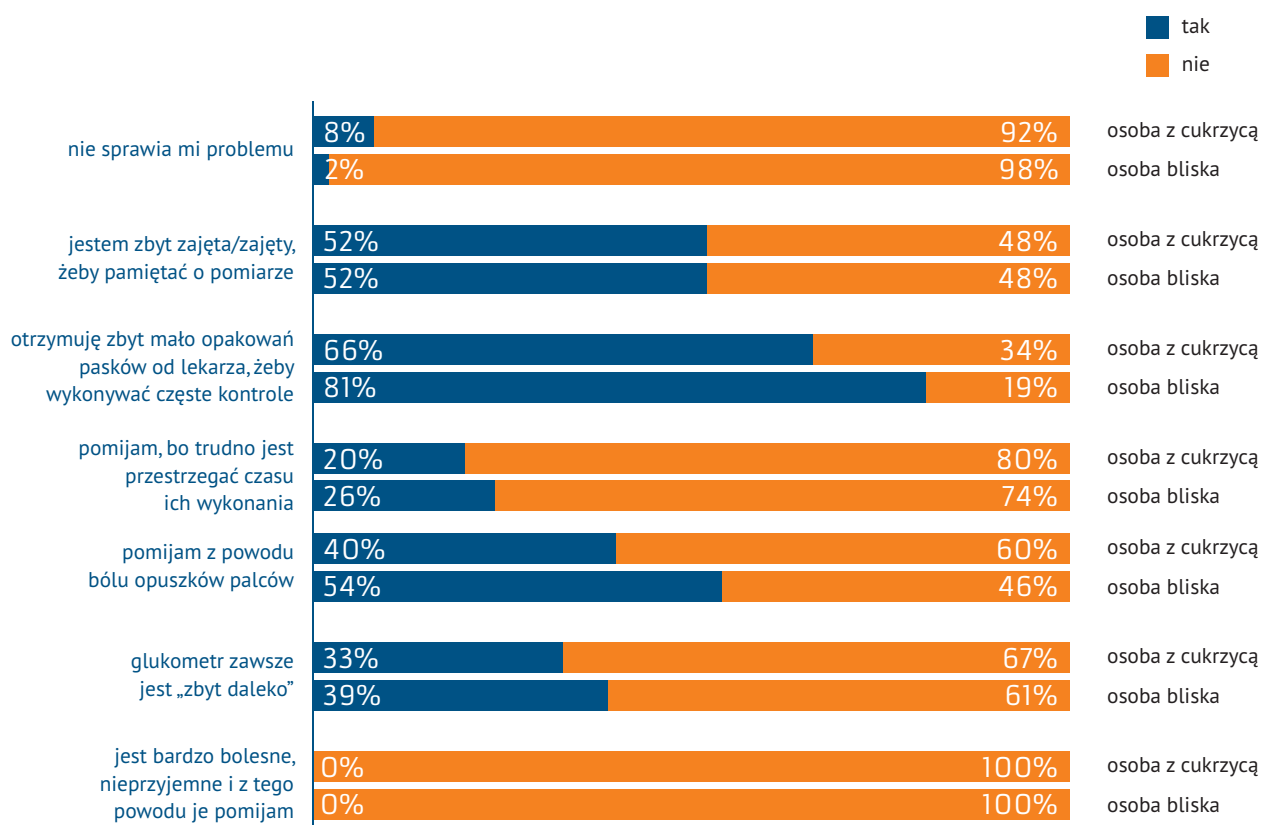
WYNIKI – OSOBY Z CUKRZYCĄ TYPU 1

Niemalże wszystkie badane osoby z cukrzycą (99%) deklarują, że badają poziom glukozy we krwi co najmniej 4 razy dziennie. Tylko trzy osoby zadeklarowały, że robią to rzadziej, czyli 2 razy dziennie o różnych porach dnia.

WYNIKI – OSOBY Z CUKRZYCĄ TYPU 1 VS. OSOBY BLISKIE

Dziewięciu na dziesięciu (92%) bliskich osób z cukrzycą typu 1 zadeklarowało, że chorzy badają poziom glukozy we krwi co najmniej 4 razy dziennie, cztery osoby bliskie zadeklarowały, że osoby z cukrzycą badają poziom glukozy 2 razy dziennie o różnych porach dnia, a 7% badanych bliskich osób chorych nie potrafiło odpowiedzieć na to pytanie.

BADANIE POZIOMU GLUKOZY WE KRWI



Zestawienie rozkładów odpowiedzi na pytanie do osób z cukrzycą typu 1: „Codzienne badanie poziomu glukozy we krwi przy pomocy glukometru...” i pytanie do bliskich osób z cukrzycą: „Codzienne badanie poziomu glukozy we krwi przy pomocy glukometru jest dla Pani/Pana bliskiej osoby chorej na cukrzycę...”. N=310; N=310

WYNIKI – OSOBY Z CUKRZycĄ TYPU 1

Dwie trzecie (66%) osób z cukrzycą typu 1 zadeklarowało, że otrzymują zbyt mało opakowań pasków od lekarza, żeby móc wykonywać częstsze kontrole poziomu glukozy we krwi, a połowa (52%), że jest zbyt zajęta, żeby pamiętać o pomiarze. Cztery na dziesięć badanych osób z cukrzycą (40%) twierdzi, że pomija badania glukozy we krwi z powodu bólu opuszków palców, a co trzecia (33%) z powodu tego, że glukometr jest „za daleko”. Co piąta osoba (20%) pomija to badanie, ponieważ twierdzi, że trudno jest przestrzegać czasu jego wykonania. Tylko co dwunasty badany (8%) przyznaje, że codzienne badanie poziomu glukozy we krwi nie sprawia mu problemu. Żaden z badanych nie zadeklarował, że nie wykonuje pomiarów poziomu glukozy we krwi z tego powodu, że jest ono bolesne i nieprzyjemne.

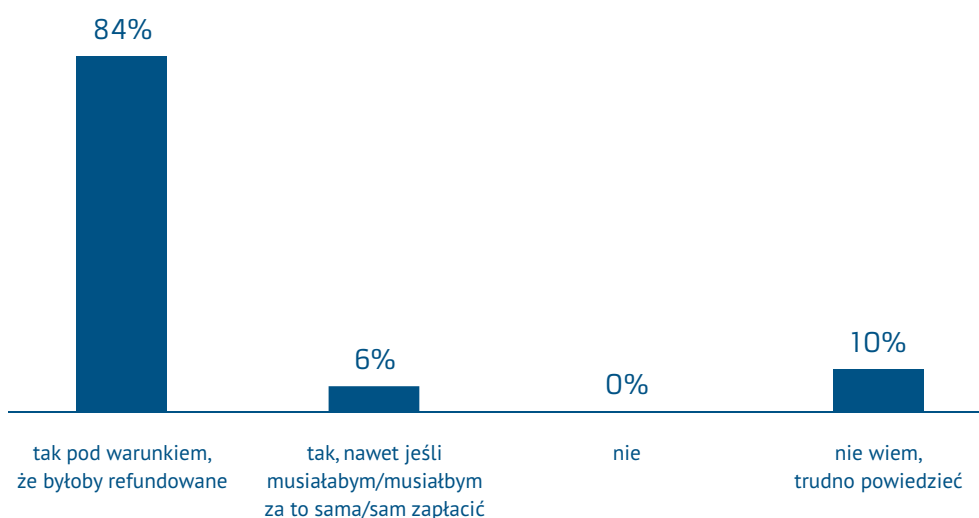
WYNIKI – OSOBY Z CUKRZycĄ TYPU 1 VS. OSOBY BLISKIE

Osiem na dziesięć (81%) badanych bliskich osób z cukrzycą typu 1 twierdzi, że osoby z cukrzycą otrzymują zbyt mało pasków od lekarza, żeby wykonywać częstsze kontrole. Na ten problem osoby bliskie wskazują dużo częściej niż osoby z cukrzycą (81% wskazań dla osób bliskich vs. 66% wskazań dla osób z cukrzycą). Trzy czwarte (74%) osób bliskich uważa, że osoby z cukrzycą pomijają pomiary glukozy we krwi, ponieważ trudno przestrzegać czasu pomiaru. Blisko dwie trzecie (61%) uważa, że pomiar jest utrudniony, bo glukometr jest „zbyt daleko”, a blisko połowa twierdzi, że osoba z cukrzycą jest często zbyt zajęta, żeby pamiętać o pomiarze (48% wskazań) lub pomija je z powodu bólu opuszków palców (46%). Ten ostatni problem, związany z pomiarem – ból opuszków

palców – osoby z cukrzycą wskazywały częściej niż osoby bliskie (60% wskazań dla osób z cukrzycą vs. 46% wskazań dla osób bliskich). Tylko pojedyncze osoby wśród osób bliskich uważają, że badanie poziomu glukozy we krwi nie jest dla osób z cukrzycą problemem. Jednak żadna z nich – podobnie jak osoby z cukrzycą – nie zadeklarowała, że osoby z cukrzycą je pomijają z powodu tego, że jest bolesne i nieprzyjemne.

Wykres 8.

URZĄDZENIE DO BADANIA GLUKOZY WE KRWI BEZ KONIECZNOŚCI CODZIENNEGO NAKŁUWANIA



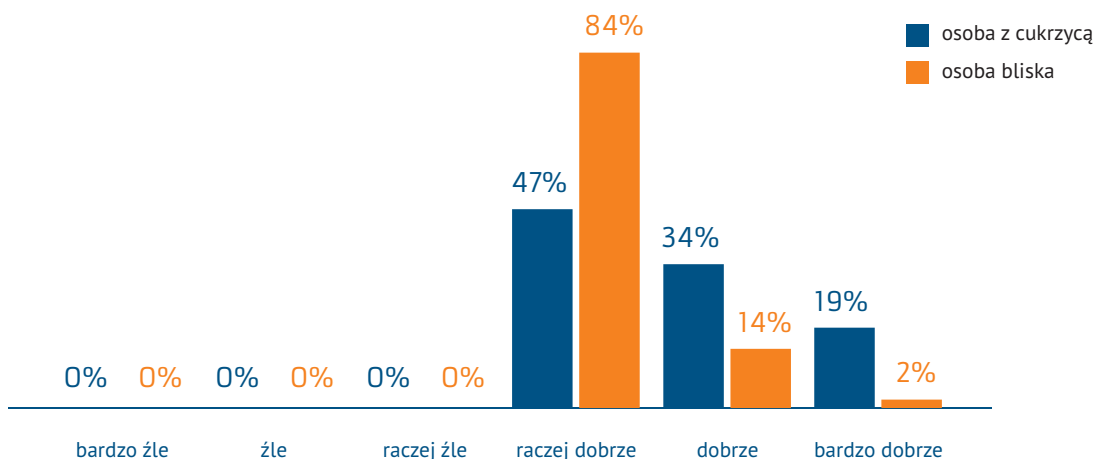
Rozkład odpowiedzi na pytanie do osób z cukrzycą typu 1: „Czy chciałaby Pani/chciałby Pan stosować urządzenie do badania poziomu glukozy we krwi bez konieczności codziennego nakłuwania?”. N=310

WYNIKI – OSOBY Z CUKRZycĄ TYPU 1

Znakomita większość (84%) badanych osób z cukrzycą typu 1 zadeklarowała, że chciałaby korzystać z urządzenia do badania poziomu glukozy we krwi bez konieczności codziennego nakłuwania, jednak pod warunkiem, że byłoby to refundowane. Jedynie 6% badanych stwierdziło, że korzystałaby z takiej możliwości, nawet jeśli musieliby za to zapłacić. Co dziesiąta badana osoba z cukrzycą (10%) nie miała na ten temat zdania. Blisko co piąty (18%) badany z ogólnej liczby osób z cukrzycą wykorzystuje nowoczesny, elektroniczny system monitorowania glikemii i każdy z nich zadeklarował, że urządzenie do monitoringu glukozy poprawiło ich jakość życia w chorobie.

Wykres 9.
cukrzyca typu 1

OCENA WSPARCIA W CHOROBIE



Zestawienie rozkładów odpowiedzi na pytanie do osób z cukrzycą typu 1: „Jak ocenia Pani/Pan wsparcie bliskiej osoby w codziennym życiu z cukrzycą?” i pytanie do bliskich osób z cukrzycą: „Jak Pani/Pan ocenia swoje wsparcie, które otrzymuje od Pani/Pana w codziennym życiu osoba z cukrzycą?”. N=310; N=310

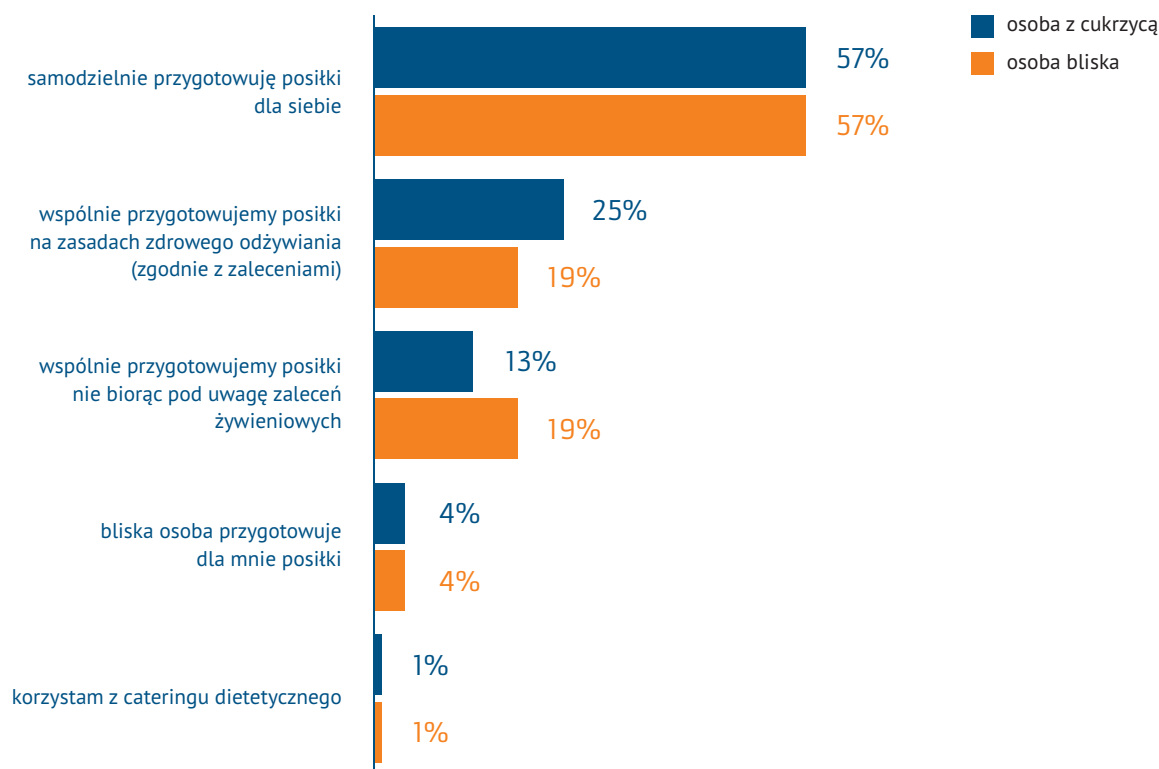
WYNIKI – OSOBY Z CUKRZYCĄ TYPU 1

Wszystkie badane osoby z cukrzycą dobrze (w różnych zakresach tego sformułowania) oceniają pomoc, jaką otrzymują od bliskiej osoby w codziennym życiu z cukrzycą. Największa grupa, blisko połowa osób z cukrzycą (47%) oceniła ją jako raczej dobrą, co trzecia osoba (34%) jako dobrą, a co piąta (19%) jako bardzo dobrą.

WYNIKI – OSOBY Z CUKRZYCĄ TYPU 1 VS. OSOBY BLISKIE

Bliscy osób z cukrzycą typu 1, podobnie jak osoby z cukrzycą oceniły swoją pomoc w codziennym życiu z cukrzycą swoich bliskich jako dobrą, przy czym bardzo duża grupa (84%) oceniła ją jako raczej dobrą, co siódma osoba (14%) jako dobrą, a tylko kilka osób jako bardzo dobrą. Osoby bliskie za wsparcie swoich bliskich w życiu z cukrzycą, wystawiły sobie znacząco gorsze oceny niż osoby z cukrzycą, będące ich bliskim.

WSPARCIE W ZAKRESIE PRZYGOTOWANIA POSIŁKÓW



Zestawienie rozkładów odpowiedzi na pytanie do osób z cukrzycą typu 1: „W jaki sposób Pani/Pana bliska osoba wspiera Panią/Pana w zakresie przygotowania posiłków?” i pytanie do bliskich osób z cukrzycą: „W jaki sposób wspiera Pani/Pan bliską osobę z cukrzycą w zakresie przygotowania posiłków?”. N=310; N=310

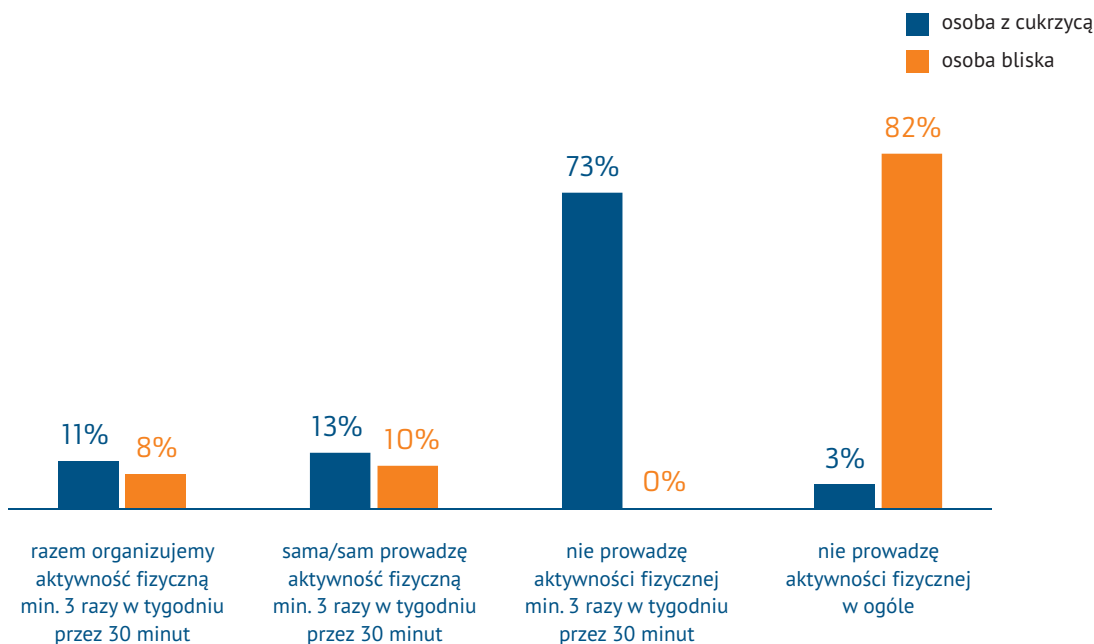
WYNIKI – OSOBY Z CUKRZYCĄ TYPU 1

Ponad połowa (57%) badanych osób z cukrzycą typu 1 deklaruje, że przygotowuje posiłki dla siebie samodzielnie. Jednak 38% osób z cukrzycą deklaruje, że przygotowuje posiłki wspólnie z bliską osobą, przy czym co czwarta (25%) z ogólnej liczby badanych osób z cukrzycą przygotowuje jedzenie z bliską osobą zgodnie z zaleconymi zasadami dobrego żywienia, a co ósma (13%) przygotowuje posiłki wspólnie, ale nie bierze pod uwagę zaleceń żywieniowych. W kilkunastu przypadkach (4%) posiłki przygotowuje dla osoby z cukrzycą bliska osoba, a cztery osoby z cukrzycą korzystają z cateringu dietetycznego.

WYNIKI – OSOBY Z CUKRZYCĄ TYPU 1 VS. OSOBY BLISKIE

Ponad połowa (57%) osób bliskich osób z cukrzycą typu 1 przyznaje, że osoba z cukrzycą samodzielnie przygotowuje posiłki dla siebie. Co piąty bliski (19%) twierdzi, że posiłki przygotowuje wspólnie z osobą z cukrzycą, stosując się przy tym do zaleceń zdrowego żywienia (tę wartość wskazała co czwarta osoba z cukrzycą – 25%). Tak samo liczna grupa osób bliskich (19%) twierdzi, że wprowadzie przygotowuje posiłki wspólnie z osobą chorą, ale nie bierze pod uwagę zaleceń żywieniowych. Kilkanaście osób bliskich (4%) twierdzi, że przygotowuje posiłki dla osoby z cukrzycą samodzielnie, a kilka, że osoba z cukrzycą korzysta z cateringu dietetycznego.

WSPARCIE W ZAKRESIE AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ



Zestawienie rozkładów odpowiedzi na pytanie do osób z cukrzycą typu 1: „W jaki sposób Pani/Pana bliska osoba wspiera Panią/Pana w zakresie aktywności fizycznej?” i pytanie do bliskich osób z cukrzycą: „W jaki sposób wspiera Pani/Pan bliską osobę z cukrzycą w zakresie aktywności fizycznej?”. N=310; N=310

WYNIKI – OSOBY Z CUKRZycĄ TYPU 1

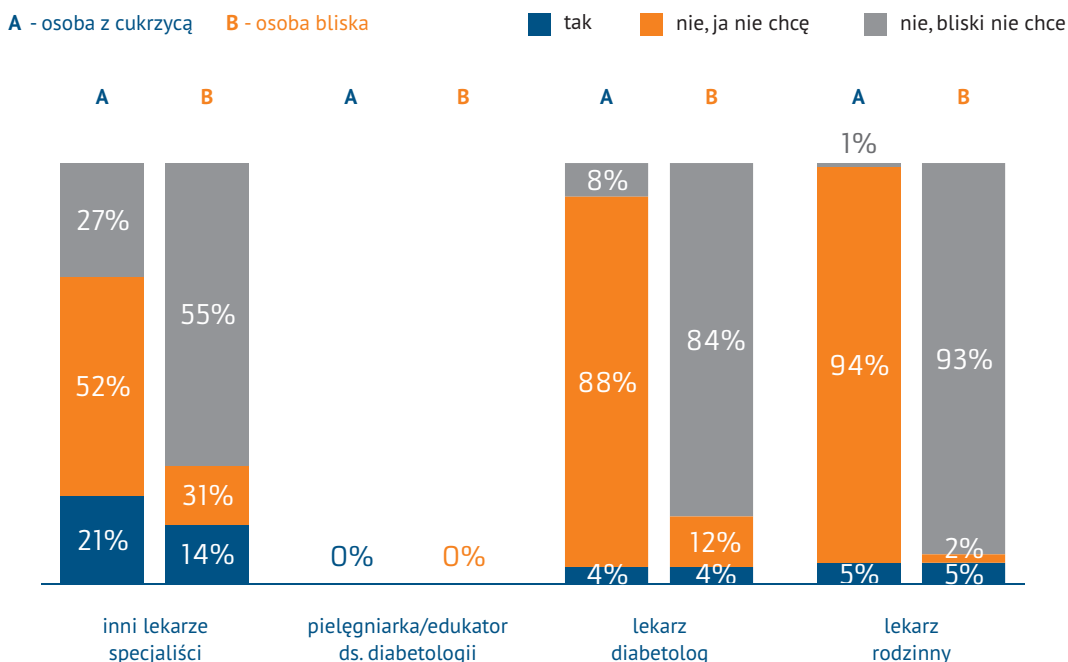
Trzy czwarte (73%) badanych osób z cukrzycą zadeklarowało, że wprawdzie prowadzi aktywność fizyczną, ale jest to mniej niż 3 razy w tygodniu po 30 minut. Co dziewiąta (11%) osoba z cukrzycą organizuje aktywność fizyczną z bliską osobą i przeznaczą na to co najmniej 30 minut 3 razy w tygodniu, a co ósma (13%) osoba z cukrzycą prowadzi aktywność fizyczną w tym wymiarze, ale samodzielnie. Marginalna liczebnie (3%) grupa badanych osób z cukrzycą przyznała, że nie prowadzi aktywności fizycznej w ogóle.

WYNIKI – OSOBY Z CUKRZycĄ TYPU 1 VS. OSOBY BLISKIE

Osoby bliskie badanych osób z cukrzycą mają nieco inną perspektywę na aktywność fizyczną, a raczej jej brak, prowadzoną przez osoby z cukrzycą typu 1. Co (8%) dwunasta osoba bliska twierdzi, że wspólnie z osobą z cukrzycą prowadzi aktywność fizyczną w wymiarze 3 razy w tygodniu po 30 minut (przy 11% wskazań osób z cukrzycą). Co dziesiąta osoba bliska deklaruje, że aktywność fizyczna co najmniej 3 razy w tygodniu po 30 minut jest prowadzona przez osobę z cukrzycą samodzielnie (przy 13% wskazań osób z cukrzycą). Deklaracje osób z cukrzycą i osób bliskich rozmiągają się bardzo wyraźnie w odniesieniu do prowadzenia aktywności fizycznej w zakresie niższym niż 3 razy w tygodniu po 30 minut. Zdaniem znakomitej większości (82%) osób bliskich osoby z cukrzycą nie prowadzą żadnej aktywności fizycznej (przy 3% wskazań osób z cukrzycą w tej kategorii).

Wykres 12.
cukrzyca typu 1

WIZYTY U SPECJALISTÓW



Zestawienie rozkładów odpowiedzi na pytanie do osób z cukrzycą typu 1: „Czy Pani/Pana bliska osoba uczestniczy wspólnie z Panią/Panem w wizytach u...?”. i pytanie do osoby bliskiej: „Czy uczestniczy Pani/Pan z bliską osobą z cukrzycą w wizytach u...?”. N=310; N=310

WYNIKI – OSOBY Z CUKRZycĄ TYPU 1

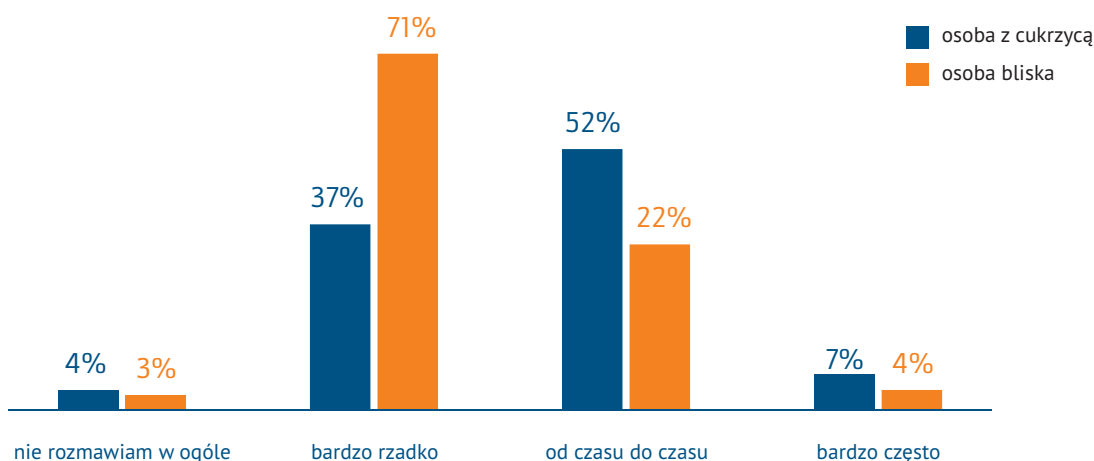
Marginalna liczba osób z cukrzycą deklaruje, że ich bliscy uczestniczą z nimi podczas wizyt u lekarza rodzinnego (5% wskazań) – w niemalże wszystkich przypadkach (94%) jest to decyzja osoby z cukrzycą – oraz u lekarza diabetologa (4% wskazań). W tym wypadku dziewięć na dziesięć osób z cukrzycą (88%) tego nie chce, a w co ósmym przypadku (12%) nie chce tego osoba bliska. W co piątym przypadku (21%) bliscy uczestniczą z osobami z cukrzycą w wizytach u lekarzy innych specjalności. Połowa osób z cukrzycą (52%) zadeklarowała, że bliscy nie uczestniczą z nimi w wizytach u lekarzy innych specjalności, ponieważ oni sami tego nie chcą, a w co czwartym przypadku (27%), ponieważ nie chcą tego ich bliscy.

WYNIKI – OSOBY Z CUKRZycĄ TYPU 1 VS. OSOBY BLISKIE

Osoby bliskie deklarują, że tylko w nielicznych przypadkach uczestniczą z chorymi w wizytach u lekarza rodzinnego (5%) i lekarza diabetologa (4%). W pierwszym przypadku nie chce tego 93% osób z cukrzycą i 2% osób bliskich, a w drugim nie chce tego 84% osób z cukrzycą i 12% osób bliskich. Zdaniem 14% osób bliskich uczestniczą oni z osobami chorymi podczas wizyt u lekarzy innych specjalności (przy 21% wskazań w tej kategorii u osób z cukrzycą). Ponad połowa osób bliskich (55%) deklaruje, że nie uczestniczy z osobami chorymi na cukrzycę typu 1 podczas wizyt u lekarzy innych specjalności, ponieważ osoba z cukrzycą tego nie chce, a w co trzecim przypadku (31%) dlatego, że osoba bliska tego nie chce.

Wykres 13.
cukrzyca typu 1

ROZMOWA O CUKRZCY



Zestawienie rozkładów odpowiedzi na pytanie do osób z cukrzycą typu 1: „Z bliskimi o cukrzycy rozmawia Pani/Pan...” i pytanie do bliskich osób z cukrzycą: „Na temat cukrzycy rozmawia Pani/Pan z osobą chorą na cukrzycę...”. N=310; N=310

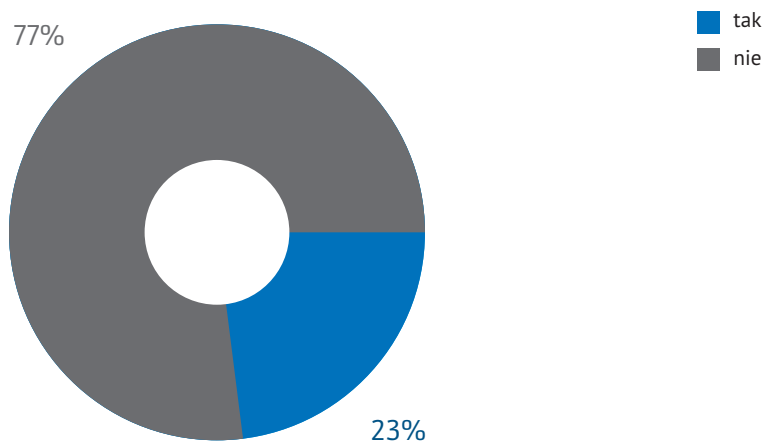
WYNIKI – OSOBY Z CUKRZYCĄ TYPU 1

Statystycznie mała grupa (7%) badanych osób z cukrzycą typu 1 deklaruje, że rozmawia z osobami bliskimi o cukrzycy bardzo często. Połowa z nich (52%) rozmawia o cukrzycy z osobami bliskimi od czasu do czasu, co trzeci (37%) bardzo rzadko, a w kilkunastu przypadkach (4%) rozmów na ten temat nie ma w ogóle.

WYNIKI – OSOBY Z CUKRZYCĄ TYPU 1 VS. OSOBY BLISKIE

Bliscy osób z cukrzycą typu 1 przyznają, że rozmawiają z chorymi na temat cukrzycy bardzo często tylko w 4% badanych przypadków. Co piąty z nich (22%) rozmawia o tym od czasu do czasu. Tę kategorię wskazało ponad dwukrotnie więcej osób z cukrzycą niż osób bliskich (22% wskazań dla osób bliskich i 52% dla osób z cukrzycą). Większość, bo siedem na dziesięć osób bliskich (71%) rozmawia z bliskimi chorymi na cukrzycę o tej chorobie bardzo rzadko, a 3% nie rozmawia o tym w ogóle.

POSIADANIE ZWIERZĘCIA DOMOWEGO



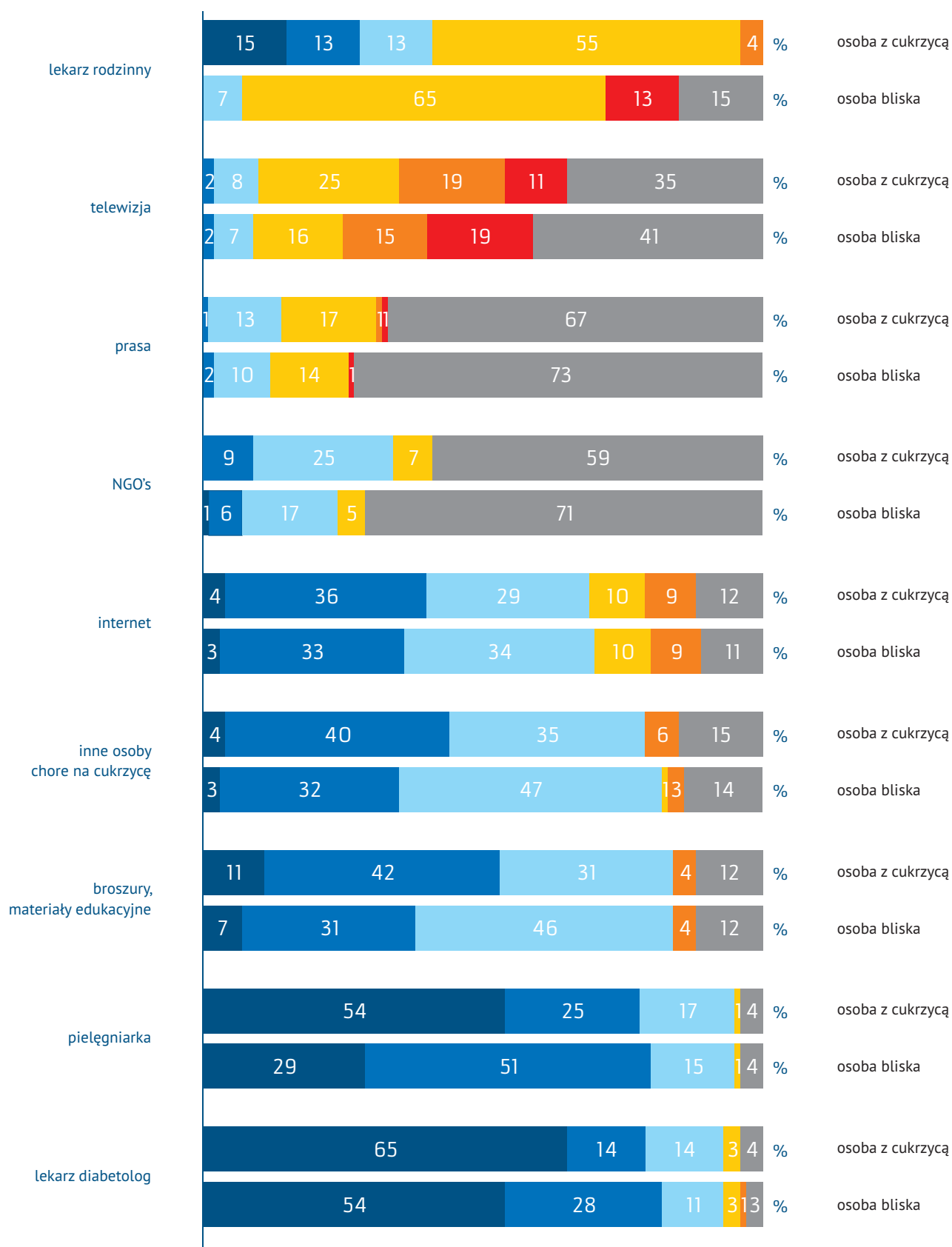
Rozkład odpowiedzi na pytanie do osób z cukrzycą typu 1: „Czy posiada Pani/Pan zwierzę w domu?”. N=310

WYNIKI – OSOBY Z CUKRZYCĄ TYPU 1

Co czwarta (23%) badana osoba z cukrzycą typu 1 posiada w domu zwierzę. W niemalże wszystkich przypadkach są to psy, których posiadanie, zdaniem osób z cukrzycą, pozytywnie wpływa na ich stan.

Wykres 15.
cukrzyca typu 1

ZAUFANIE DO ŹRÓDEŁ WIEDZY NA TEMAT CUKRZYCY



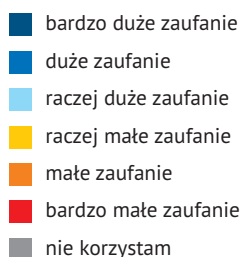
Rozkład odpowiedzi na pytanie do osób z cukrzycą typu 1: „Do którego z poniższych źródeł informacji ma Pani/Pan zaufanie, jeśli chodzi o pozyskiwanie wiedzy na temat cukrzycy?” i pytanie do osób bliskich: „Do którego z poniższych źródeł informacji ma Pani/Pan zaufanie, jeśli chodzi o pozyskiwanie wiedzy na temat cukrzycy?”. N=310; N=310

WYNIKI – OSOBY Z CUKRZYCĄ TYPU 1

Największym zaufaniem, jeśli chodzi o wiedzę na temat cukrzycy typu 1 wśród badanych osób z cukrzycą typu 1, cieszy się lekarz diabetolog: dwie trzecie osób z cukrzycą (65%) zadeklarowało, że ma do niego bardzo duże zaufanie, a co czwarty (28%) ufa mu w dużym lub raczej dużym stopniu. Tylko 3% badanych osób ma małe zaufanie do lekarza diabetologa. Ponad połowa badanych osób z cukrzycą (54%) ma bardzo duże zaufanie do pielęgniarek, a kolejne 41% ma do nich duże lub raczej duże zaufanie. Małe zaufanie do pielęgniarek ma tylko kilku badanych. Kolejne źródła wiedzy, do których badane osoby z cukrzycą mają duże zaufanie to: broszury i materiały edukacyjne (84% łącznych wskazań w kategorii duże zaufanie), inne osoby chore na cukrzycę (79% łącznych wskazań w kategorii duże zaufanie) i Internet (69% łącznych wskazań w kategorii duże zaufanie). Najmniejszym zaufaniem wśród osób z cukrzycą typu 1 mają: lekarze rodzinni (41% łącznych wskazań w kategorii duże zaufanie), organizacje pozarządowe zajmujące się problemami osób z cukrzycą (34% łącznych wskazań w kategorii duże zaufanie), prasa (14% łącznych w kategorii duże zaufanie) i telewizja (10% łącznych wskazań w kategorii duże zaufanie). Warto również zaznaczyć, że prasa nie stanowi źródła wiedzy na temat cukrzycy typu 1 dla dwóch trzecich badanych (67%), organizacje pozarządowe dla 59% badanych, a telewizja dla co trzeciego badanego (35%).

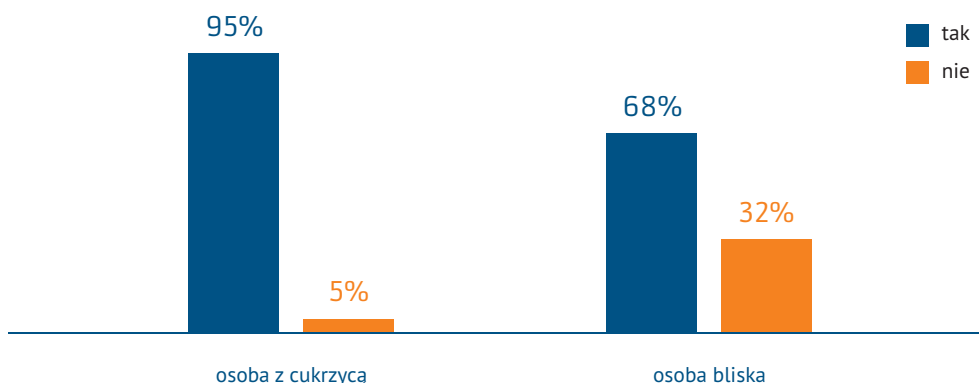
WYNIKI – OSOBY Z CUKRZYCĄ TYPU 1 VS. OSOBY BLISKIE

Najbardziej zaufanym źródłem wiedzy na temat cukrzycy typu 1 dla bliskich osób z cukrzycą jest lekarz diabetolog, do którego łącznie duże zaufanie ma 93% badanych osób bliskich, w tym ponad połowa (54%) ma do niego bardzo duże zaufanie. Do pielęgniarek bardzo duże zaufanie łącznie ma 95% osób bliskich, trzy na dziesięć (29%) ma do nich bardzo duże zaufanie. Kolejne źródła, do których bliscy osób z cukrzycą typu 1 mają duże zaufanie to broszury i materiały edukacyjne (86% łącznych wskazań w kategorii duże zaufanie), inne osoby chore na cukrzycę (82% wskazań w kategorii duże zaufanie), Internet (70% wskazań w kategorii duże zaufanie). Najmniejsze zaufanie badane osoby bliskie mają do lekarza rodzinnego (łącznie 78% wskazań w kategorii małe zaufanie), telewizji (łącznie 40% wskazań w kategorii małe zaufanie), prasy (15% w kategorii małe zaufanie). Blisko trzy czwarte badanych osób bliskich nie korzysta z organizacji pozarządowych i prasy jako źródeł wiedzy na temat cukrzycy typu 1 (odpowiednio 71% wskazań dla organizacji pozarządowych i 73% wskazań dla prasy).



Wykres 16.
cukrzyca typu 1

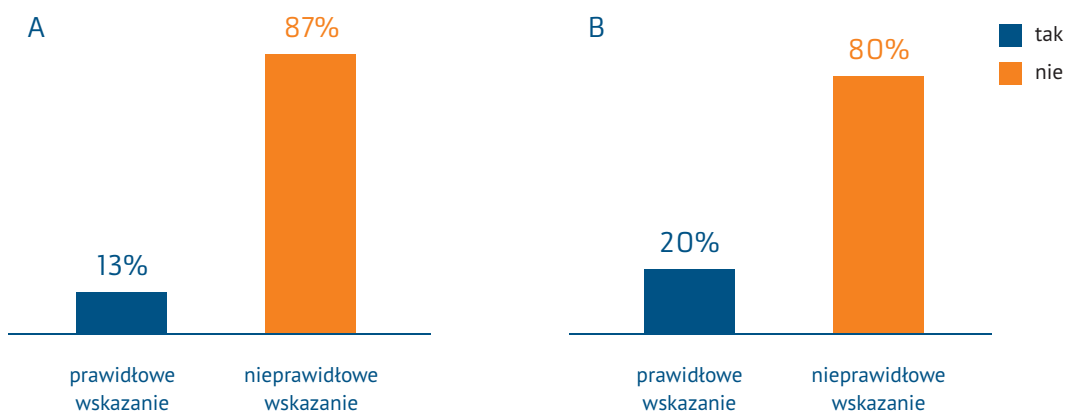
WIEDZA NA TEMAT PRAWIDŁOWEGO POZIOMU GLUKOZY WE KRWI



Zestawienie rozkładów odpowiedzi na pytanie do osób z cukrzycą typu 1: „Czy wie Pani/Pan jaki jest prawidłowy poziom glukozy we krwi na czczo dla osoby zdrowej?” i pytanie do bliskich osób z cukrzycą: „Czy wie Pani/Pan jaki jest prawidłowy poziom glukozy we krwi na czczo dla osoby zdrowej?”. N=310; N=310

Wykres 16. A i B
cukrzyca typu 1

PRAWIDŁOWE WSKAZANIE POZIOMU GLUKOZY WE KRWI NA CZCZO DLA OSOBY ZDROWEJ



Rozkład wskazań osób z cukrzycą typu 1, które zadeklarowały, że wiedzą jaka jest norma.

Rozkład wskazań dla bliskich osób z cukrzycą typu 1, które zadeklarowały, że wiedzą jaka jest norma.

WYNIKI – OSOBY Z CUKRZYCĄ TYPU 1

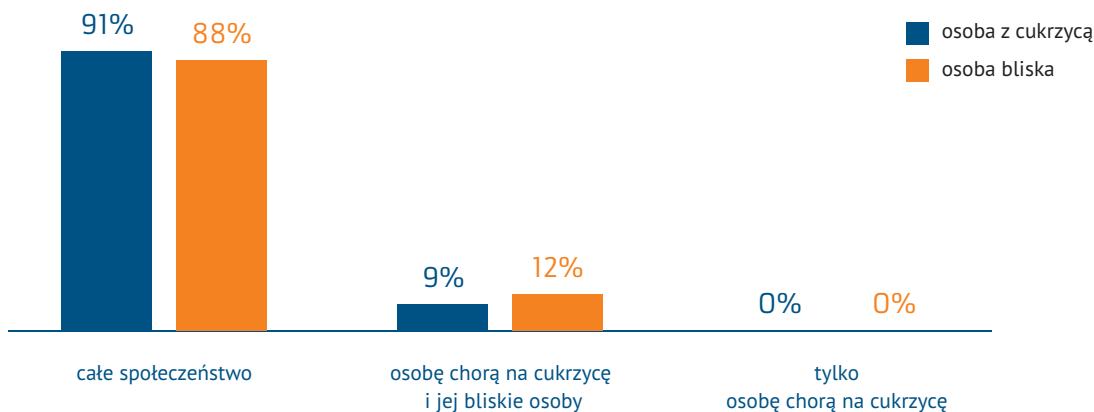
Niemalże wszyscy (95%) badani z cukrzycą typu 1 zadeklarowali, że wiedzą jaki jest prawidłowy poziom glukozy we krwi na czczo dla osoby zdrowej. Tylko 5% przyznało się, że nie ma takiej wiedzy. Jednakże z grupy, która zadeklarowała, że wie, jakie jest prawidłowe wskazanie tylko 13% podało właściwy wynik.

WYNIKI – OSOBY Z CUKRZYCĄ TYPU 1 VS. OSOBY BLISKIE

Dwóch na trzech (68%) badanych bliskich osób z cukrzycą typu 1 zadeklarowało, że wie jaki jest poziom glukozy we krwi na czczo dla osoby zdrowej. Co trzeci (31%) przyznał, że nie ma takiej wiedzy. Z osób, które odpowiedziały „tak” na to pytanie, tylko co piąta (20%) osoba podała właściwe wskazanie.

Wykres 17.
cukrzyca typu 1

EDUKACJA NA TEMAT CUKRZYCY



Zestawienie rozkładów odpowiedzi na pytanie do osób z cukrzycą typu 1: „Czy uważa Pani/Pan, że edukacja na temat cukrzycy powinna obejmować...?” i pytania do bliskich osób z cukrzycą: „Czy uważa Pani/Pan, że edukacja na temat cukrzycy powinna obejmować...?”.
N=310; N=310

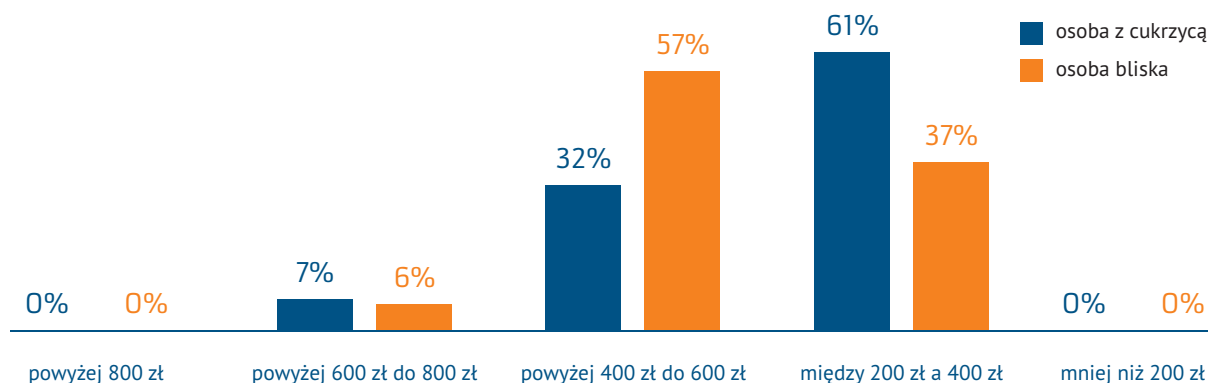
WYNIKI – OSOBY Z CUKRZycĄ TYPU 1

Blisko dziewięć na dziesięć osób z cukrzycą typu 1 (88%) uważa, że edukacja na temat cukrzycy powinna obejmować całe społeczeństwo. Co ósmy (12%) uważa, że powinna dotyczyć tylko osoby z cukrzycą i jej bliskich. Żadna z badanych osób z cukrzycą nie wskazała, że powinna ona ograniczać się tylko do osoby z cukrzycą.

WYNIKI – OSOBY Z CUKRZycĄ TYPU 1 VS. OSOBY BLISKIE

Odpowiedzi osób bliskich korespondują ze zdaniem chorych. Dziewięć na dziesięć bliskich osób z cukrzycą typu 1 (91%) uważa, że edukacja na temat cukrzycy powinna obejmować całe społeczeństwo. Co jedenasta (9%) uważa, że powinna dotyczyć tylko osoby z cukrzycą i jej bliskich. Żadna z badanych osób bliskich osób z cukrzycą nie wskazała, że powinna ona ograniczać się tylko do osoby z cukrzycą.

WYDATKI NA CUKRZYCĘ



Zestawienie rozkładów odpowiedzi na pytanie do osób z cukrzycą typu 1: „Ile średnio miesięcznie wydaje Pani/Pan 'na cukrzycę' (leki, dietę, wizyty u lekarza itp.)?” i pytanie do bliskich osób z cukrzycą: „Ile średnio miesięcznie Pani/Pana bliski chory na cukrzycę wydaje 'na cukrzycę' (leki, dietę, wizyty u lekarza itp.)?”. N=310; N=310

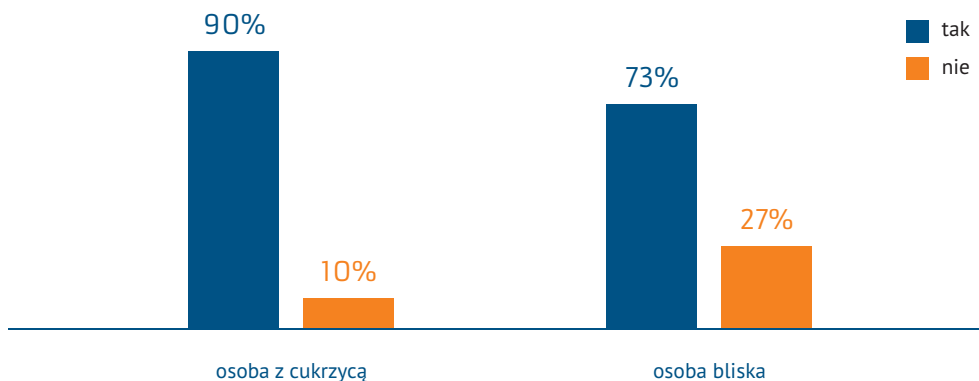
WYNIKI – OSOBY Z CUKRZYCĄ TYPU 1

Osoby z cukrzycą w większości (61% wskazań) przyznają, że „na cukrzycę”, czyli np. leki, wizyty u lekarza, dietę, wydają miesięcznie pomiędzy 200 a 400 złotych. Nikt z badanych nie wydaje „na cukrzycę” mniej niż 200 złotych i więcej niż 800 złotych miesięcznie. W co trzecim przypadku (32%) „na cukrzycę” z domowego budżetu przeznaczane jest od 400 do 600 złotych miesięcznie, a w 7% od 600 do 800 złotych miesięcznie.

WYNIKI – OSOBY Z CUKRZYCĄ TYPU 1 VS. OSOBY BLISKIE

Badani bliscy osób z cukrzycą typu 1 deklarują, że miesięczne wydatki „na cukrzycę”, czyli np. na dietę, leki czy wizyty u lekarzy są wyższe niż te, które zadeklarowały osoby z cukrzycą. Ponad połowa osób bliskich twierdzi bowiem, że „na cukrzycę” przeznacza z domowego budżetu od 400 do 600 złotych miesięcznie (przy 32% wskazań osób z cukrzycą w tej kategorii), w co trzecim przypadku (37%) od 200 do 400 złotych miesięcznie (przy 61% wskazań osób z cukrzycą). Niewielka grupa osób bliskich deklaruje, że wydatki „na cukrzycę” zamykają się w puli między 600 a 800 złotych miesięcznie. Żadna z badanych osób bliskich twierdzi, że osoba z cukrzycą wydaje „na cukrzycę” mniej niż 200 złotych i więcej niż 800 złotych miesięcznie.

WARSZTATY Z PIERWSZEJ POMOCY



Zestawienie rozkładów odpowiedzi na pytanie do osób z cukrzycą typu 1: „Czy przeprowadzono z Panią/Panem warsztaty na temat udzielania pierwszej pomocy w sytuacji wystąpienia hipoglikemii i hiperglikemii?” i pytanie do bliskich osób z cukrzycą: „Czy przeprowadzono z Panią/Panem warsztaty na temat udzielania pierwszej pomocy w sytuacji wystąpienia hipoglikemii i hiperglikemii?”. N=310; N=310

WYNIKI – OSOBY Z CUKRZycĄ TYPU 1

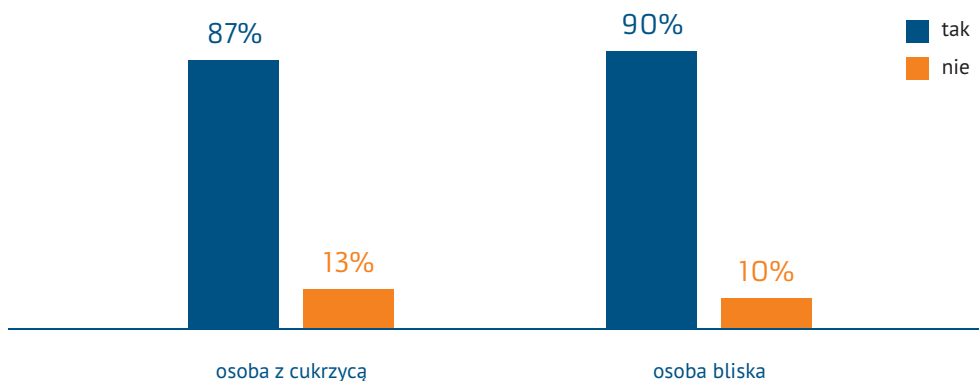
Dziewięć na dziesięć (90%) badanych osób z cukrzycą deklaruje, że przeprowadzono z nimi warsztaty na temat udzielania pierwszej pomocy w sytuacji wystąpienia hipoglikemii i hiperglikemii. Co dziesiąta osoba z cukrzycą (10%) twierdzi, że nie miała takiego szkolenia.

WYNIKI – OSOBY BLISKIE

Trzy czwarte (73%) badanych osób bliskich osób z cukrzycą typu 1 zadeklarowało, że uczestniczyło w warsztatach na temat udzielania pierwszej pomocy w sytuacji wystąpienia hipoglikemii i hiperglikemii. Co czwarta (27%) twierdzi, że nie miała takiego szkolenia.

Wykres 20.
cukrzyca typu 1

POSIADANIE GLUKAGENU



Zestawienie rozkładów odpowiedzi na pytanie do osób z cukrzycą typu 1: „Czy posiada Pani/Pan w domu Glukagen z prawidłową datą ważności?” i pytanie do bliskich osób z cukrzycą: „Czy Pani/Pana bliski chory na cukrzycę w domu Glukagen z prawidłową datą ważności?”. N=310; N=310

WYNIKI – OSOBY Z CUKRZYCĄ TYPU 1

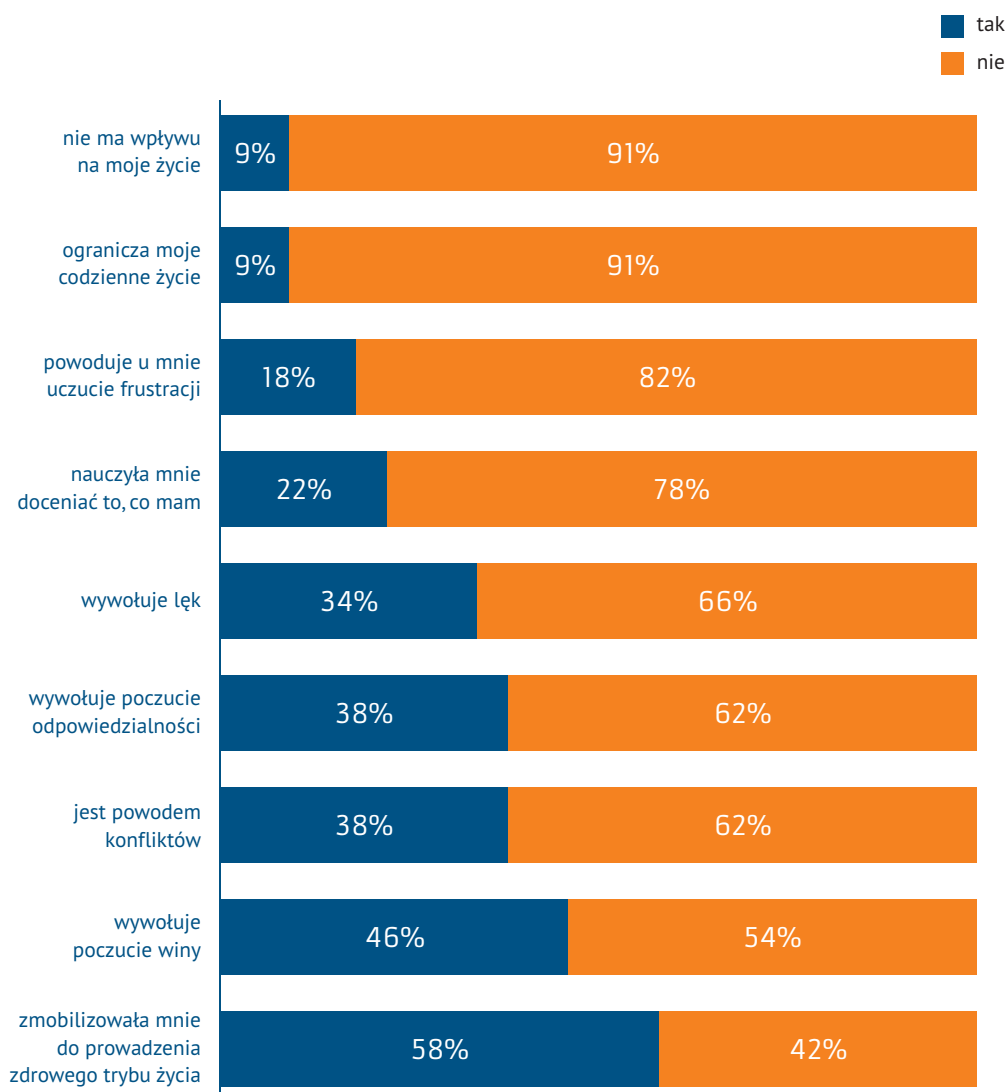
Znakomita większość (87%) badanych osób z cukrzycą typu 1 twierdzi, że posiada Glukagen z prawidłową datą ważności.

WYNIKI – OSOBY Z CUKRZYCĄ TYPU 1 VS. OSOBY BLISKIE

Dziewięć na dziesięć osób bliskich (90%) osób z cukrzycą typu 1 twierdzi, że ich podopieczny posiada Glukagen z prawidłową datą ważności.

Wykres 21.
cukrzyca typu 1

WPŁYW CUKRZYCY NA SAMOPOCZUCIE OSOBY BLISKIEJ



Rozkład odpowiedzi na pytanie do bliskich osób z cukrzycą typu 1: „Choroba bliskiej osoby chorej na cukrzycę...”. N=310

WYNIKI – OSOBY BLISKIE

Zdaniem badanych bliskich osób z cukrzycą typu 1 choroba ta w ponad połowie przypadków (58%) zmobilizowała ich do prowadzenia zdrowego trybu życia. Blisko połowa osób bliskich (46%) przyznaje, że cukrzyca, na którą choruje bliska osoba wywołuje w nich poczucie winy, a co trzeci (38%) przyznaje, że jest powodem konfliktów. Taka sama liczebnie grupa (38%) twierdzi, że cukrzyca u bliskiej osoby wywołuje w nich poczucie odpowiedzialności, a także lęk (34% wskazań). Co piąta (22%) osoba bliska przyznaje, że cukrzyca nauczyła ją tego, żeby doceniać to, co ma, w 18% przypadków powoduje poczucie frustracji, a w 9% ogranicza codzienne życie. Co jedenasta (9%) badana osoba bliska zadeklarowała, że cukrzyca bliskiej osoby nie ma wpływu na jej życie.

OSOBY Z CUKRZYCĄ TYPU 2 I ICH BLISCY



CHARAKTERYSTYKA BADANIA I BADANYCH

CHARAKTERYSTYKA BADANIA

Badanie miało charakter ilościowy i zostało przeprowadzone w sierpniu i we wrześniu wśród osób z cukrzycą typu 2 i ich osób bliskich. W badaniu wzięło udział 400 osób z cukrzycą typu 2 i 370 osób bliskich osób z cukrzycą typu 2. Analiza została oparta na danych z 370 ankiet osób z cukrzycą i 370 ankiet osób bliskich. Z dalszej analizy zostało wykluczonych 30 tych osób z cukrzycą typu 2, które zadeklarowały, że nie mają żadnej osoby bliskiej, która towarzyszy jej w chorobie. Badani wypełniali ankiety samodzielnie lub przy wsparciu pielęgniarki/eksperta ds. diabetologii.

Do realizacji badania wykorzystano narzędzia przygotowane przez zespół, w którego skład wchodził socjologowie, metodologowie i eksperci ds. diabetologii i ds. komunikacji. Kwestionariusz ankiety dla osób z cukrzycą liczył 28 pytań, w tym 4 pytania metryczkowe. Kwestionariusz ankiety dla bliskich osób z cukrzycą liczył 23 pytania, w tym 4 pytania metryczkowe.

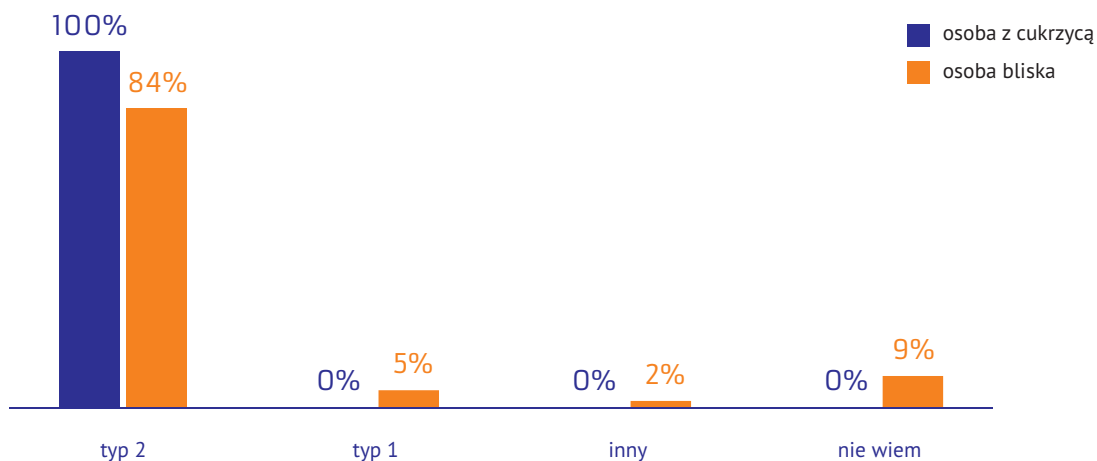
CHARAKTERYSTYKA BADANYCH

Badani osoby z cukrzycą typu 2 to w 54% kobiety i w 46% mężczyźni. Najliczniejszą grupę – 42% ogółu badanych – stanowiły osoby między 56. a 65. rokiem życia, co czwarta badana osoba z cukrzycą (23%) miała między 66 a 75 lat, co szósta między 46 a 55 lat. Mniej niż 45 lat miał co ósmy badany (12%), a więcej niż 75 lat 6% badanych. Połowa (50%) badanych osób z cukrzycą zadeklarowała, że ma wykształcenie średnie, co trzecia (31%) wykształcenie zasadnicze zawodowe, co ósma (12%) wykształcenie podstawowe a 7% wykształcenie wyższe. Cztery na dziesięć badanych osób z cukrzycą (39%) mieszka na wsi, a pozostałe w mieście, przy czym ponad jedna trzecia (38%) mieszka w małych miastach do 10 tysięcy mieszkańców.

Bliscy, którzy wzięli udział w badaniu to w 58% kobiety i w 42% mężczyźni. Najliczniejszą (46%) grupę osób bliskich stanowiły osoby pomiędzy 56. a 65. rokiem życia, co piąty (21%) badany miał między 46 a 55 lat i niemalże tak samo liczna grupa (20%) między 66 a 75 lat. Co jedenasta osoba bliska (9%) miała 45 lat lub mniej, a 4% więcej niż 76 lat. Połowa badanych osób bliskich (51%) zadeklarowała, że posiada wykształcenie średnie, co trzecia (31%) wykształcenie zasadnicze zawodowe, co ósma (12%) wykształcenie podstawowe, a 6% wykształcenie wyższe. Cztery na dziesięć badanych osób z cukrzycą (38%) mieszka na wsi, a pozostałe w mieście, przy czym ponad jedna trzecia (36%) mieszka w małych miastach do 10 tysięcy mieszkańców.

Wykres 1.
cukrzyca typu 2

TYP CUKRZYCY U OSOBY CHOREJ



Zestawienie rozkładów odpowiedzi na pytanie do osób z cukrzycą typu 2: „Na cukrzycę którego typu Pani/Pan choruje?” i pytanie do bliskich osób z cukrzycą: „Na cukrzycę którego typu choruje Pani/Pana bliski?”. N=370; N=370

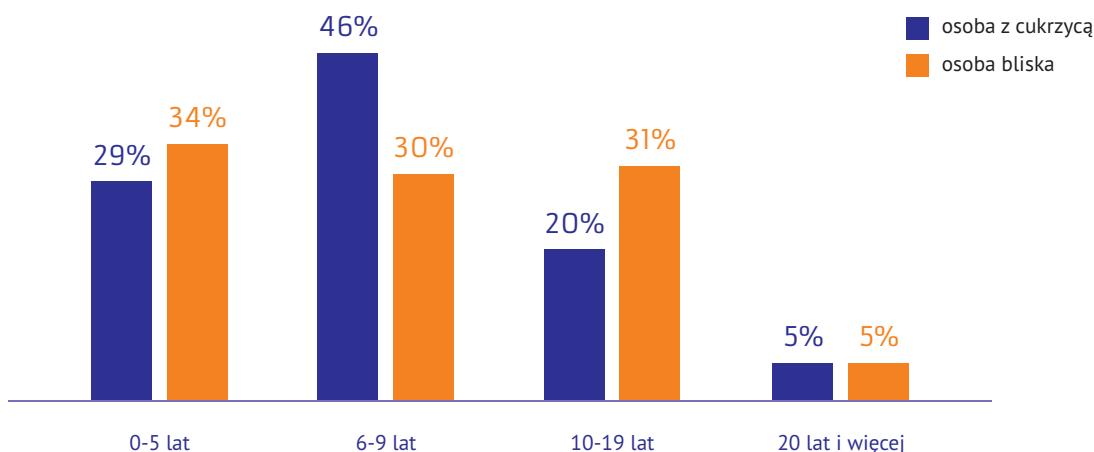
WYNIKI – OSOBY Z CUKRZYCĄ TYPU 2

Wszystkie badane osoby prawidłowo określiły typ cukrzycy na który chorują.

WYNIKI – OSOBY Z CUKRZYCĄ TYPU 2 VS. OSOBY BLISKIE

O ile, co zrozumiałe, badane osoby z cukrzycą nie miały problemów z określeniem na jaki typ cukrzycy chorują, o tyle 16% osób bliskich nie potrafiło poprawnie odpowiedzieć na to pytanie. Co jedenasta (9%) osoba bliska nie wiedziała na jaki typ cukrzycy choruje jego bliski, a co dwudziesta zadeklarowała, że jest to cukrzyca typu 1. Kilka osób (2%) stwierdziło, że jest to inny typ niż 2 lub 1.

LICZBA LAT CHOROBY



Zestawienie rozkładów odpowiedzi na pytanie do osób z cukrzycą typu 2: „Od ilu lat choruje Pani/Pan na cukrzycę?”
i pytanie do bliskich osób z cukrzycą: „Od ilu lat Pani/Pana bliski choruje na cukrzycę?”. N=370; N=370

WYNIKI – OSOBY Z CUKRZYCĄ TYPU 2

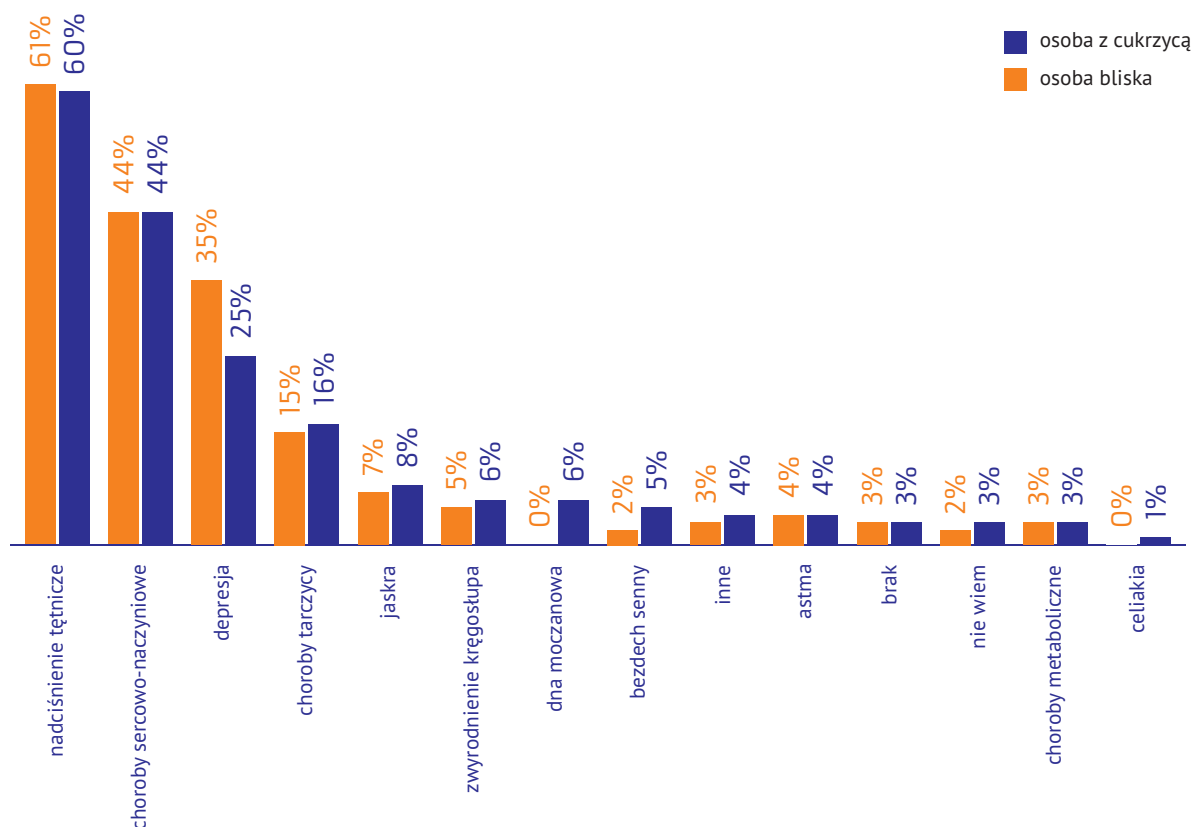
Trzy czwarte badanych (75%) choruje na cukrzycę typu 2 mniej niż 9 lat, w tym większą grupę stanowią osoby z cukrzycą, które chorują więcej niż 6 a mniej niż 9 lat. Co piąta (20%) badana osoba z cukrzycą choruje na cukrzycę typu 2 więcej niż 10, ale nie więcej niż 20. Co dwudziesty choruje na ten typ cukrzycy więcej niż 20 lat.

WYNIKI – OSOBY Z CUKRZYCĄ TYPU 2 VS. OSOBY BLISKIE

Rozkład odpowiedzi bliskich osób z cukrzycą typu 2 na pytanie „Od ilu lat Pani/Pana bliski choruje na cukrzycę?” różni się z rozkładem odpowiedzi na pytanie „Od ilu lat choruje Pani/Pan na cukrzycę?” skierowanej do osób z cukrzycą. Największe różnice w liczbie lat choroby widać w przypadku osób, które chorują więcej niż 5 a nie więcej niż 20 lat. W grupie od 6 do 9 lat różnica pomiędzy odpowiedziami osób z cukrzycą i osób bliskich jest znaczna i sięga kilkunastu punktów procentowych (osoby z cukrzycą: 46%, osoby bliskie: 30%), nieco mniejsze, choć statystycznie znaczące różnice są w grupie osób z cukrzycą i osób bliskich osób z cukrzycą, którzy chorują od 10 do 19 lat (osoby z cukrzycą: 20%, osoby bliskie: 31%).

Wykres 3.
cukrzyca typu 2

CHOROBY WSPÓLISTNIEJĄCE Z CUKRZYCĄ



Zestawienie rozkładów odpowiedzi na pytanie do osób z cukrzycą typu 2: „Proszę wymienić choroby współistniejące z cukrzycą, na które Pani/Pan choruje” i pytanie do bliskich osób z cukrzycą: „Proszę wymienić choroby współistniejące z cukrzycą, na które choruje Pani/Pana bliski”. N=370; N=370

WYNIKI – OSOBY Z CUKRZYCĄ TYPU 2

Osoby z cukrzycą typu 2 wskazały na wiele chorób współistniejących z cukrzycą, na które chorują. Największa grupa badanych (60%) choruje na nadciśnienie tętnicze, blisko połowa (44%) na choroby sercowo-naczyniowe, co czwarty badany (25%) cierpi na depresję, a co szósty (16%) na choroby tarczycy. Rzadziej występujące u badanych choroby współistniejące z cukrzycą to: jaskra (8%), zwyrodnienie kręgosłupa, dna moczanowa (po 6%) czy bezdech senny (4%). Pozostałe choroby występowały w niewielu przypadkach.

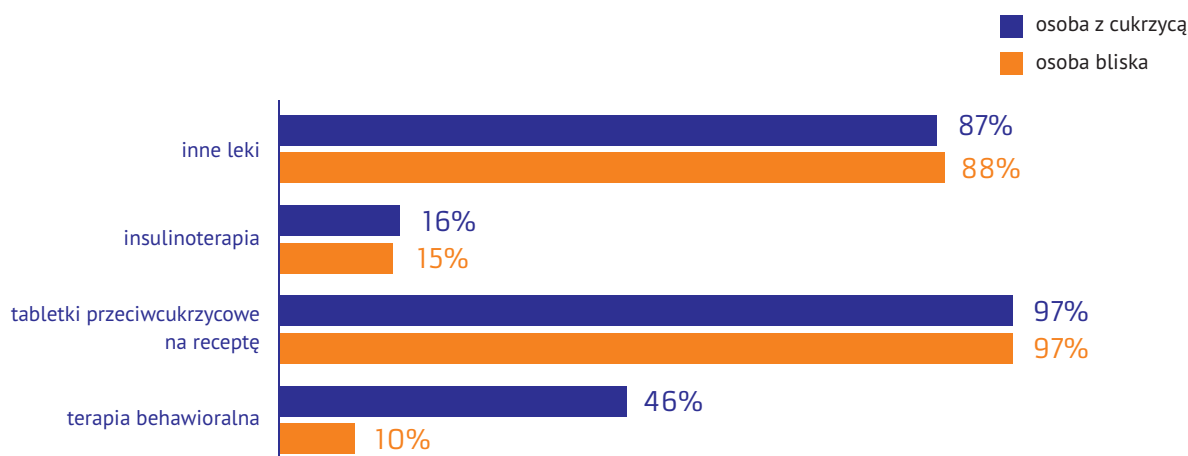
Warto zaznaczyć jednak, że tylko 16% badanych ma tylko jedną chorobę współistniejącą (jest to najczęściej nadciśnienie tętnicze), a co czwarty (25%) choruje nawet na 4 choroby współistniejące.

WYNIKI – OSOBY Z CUKRZYCĄ TYPU 2 VS. OSOBY BLISKIE

Osoby bliskie osobom z cukrzycą typu 2 w odpowiedzi na pytanie o choroby współistniejące, na które choruje osobą z cukrzycą podali zbliżoną wartość wskazań przy większości osób. Jedyną zauważalną i znaczącą różnicą we wskazaniu dotyczyła depresji. O ile wskazywała na nią co trzecia osoba z cukrzycą (35%), o tyle tylko co czwarta osoba bliska (25%).

Wykres 4.
cukrzyca typu 2

METODA LECZENIA CUKRZYCY



Zestawienie rozkładów odpowiedzi na pytanie do osób z cukrzycą typu 2: „Jaką metodę leczenia cukrzycy zalecił Pani/Panu lekarz?” i pytania do bliskich osób z cukrzycą: „Jaką metodę leczenia cukrzycy zalecił lekarz Pani/Pana bliskiej osobie?”. N=370; N=370

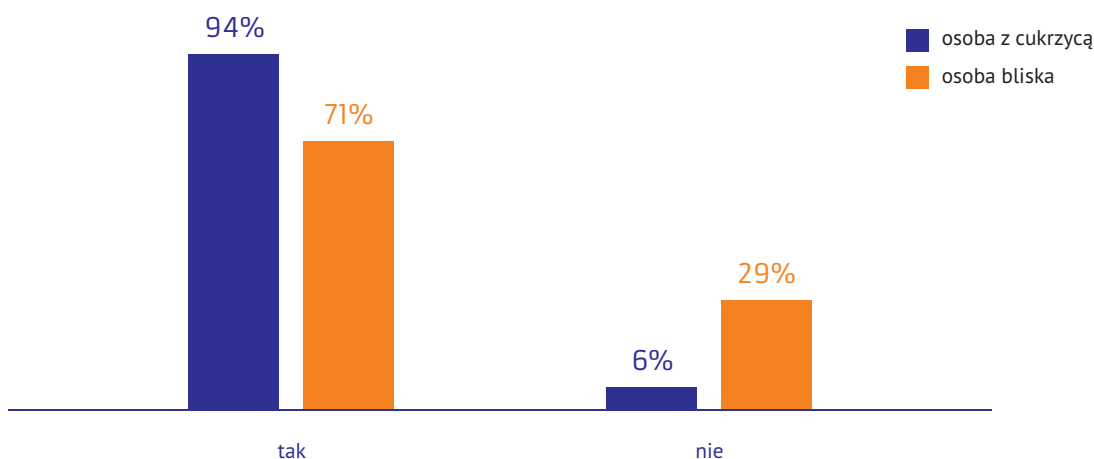
WYNIKI – OSOBY Z CUKRZYCĄ TYPU 2

Najczęstszą, zaleconą osobom z cukrzycą typu 2 metodą leczenia, są tabletki przeciwcukrzycowe na receptę (97%), które biorą niemalże wszystkie osoby z cukrzycą. Dziewięć na dziesięć osób z cukrzycą (87%) sięga po „inne leki”, co druga (46%) stosuje terapię behawioralną, czyli dietę połączoną z aktywnością fizyczną. Cztery na dziesięć osób z cukrzycą (40%) stosuje równocześnie tabletki przeciwcukrzycowe i terapię behawioralną. Osoby z cukrzycą stosujące insulinoterapię w 100% korzystają z peny.

WYNIKI – OSOBY Z CUKRZYCĄ TYPU 2 VS. OSOBY BLISKIE

W odniesieniu do metod leczenia zaleconych osobom z cukrzycą typu 2 przez lekarzy osoby bliskie osób z cukrzycą mają nieco inną perspektywę. Wprawdzie deklarują w równym stopniu co osoby z cukrzycą, że te biorą tabletki przeciwcukrzycowe i insulinoterapię, niemniej odpowiedzi osób z cukrzycą i osób bliskich rozmiągają się w przypadku terapii behawioralnej, czyli diety połączonej z aktywnością fizyczną. O ile stosowanie tej terapii deklaruje blisko co druga badana osoba z cukrzycą (46%), o tyle na tę metodę leczenia wskazuje tylko co dziesiąta osoba bliska osoby z cukrzycą (10%). Tym samym terapia behawioralna w oczach osób bliskich plasuje się na przedostatnim miejscu metod leczenia zaleconych przez lekarza osobie z cukrzycą typu 2.

KORZYSTANIE Z GLUKOMETRU



Zestawienie rozkładów odpowiedzi na pytanie do osób z cukrzycą typu 2: „Czy używa Pani/Pan na co dzień glukometru?” i pytanie do bliskich osób z cukrzycą: „Czy Pani/Pana bliski chory na cukrzycę używa na co dzień glukometru?”. N=370; N=370

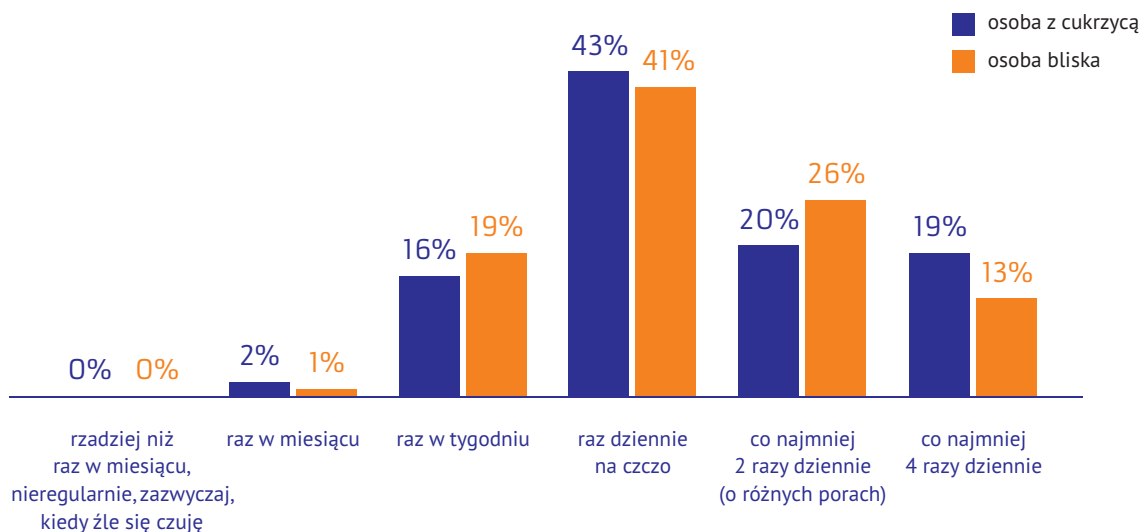
WYNIKI – OSOBY Z CUKRZYCĄ TYPU 2

Niemalże wszyscy badani (94%) deklarują, że używają na co dzień glukometru. Tylko 6% deklaruje, że go nie używa.

WYNIKI – OSOBY Z CUKRZYCĄ TYPU 2 VS. OSOBY BLISKIE

Perspektywa codziennego używania glukometru przez osoby z cukrzycą typu 2 jest inna z punktu widzenia osoby z cukrzycą i z punktu widzenia osoby bliskiej. Na codzienne używanie glukometru przez osoby z cukrzycą wskazało (71%) osób bliskich, 29% z nich twierdzi, że ich bliscy, osoby z cukrzycą nie używają glukometru na co dzień.

BADANIE POZIOMU GLUKOZY WE KRWI



Zestawienie rozkładów odpowiedzi na pytanie do osób z cukrzycą typu 2: „Jak często Pani/Pan bada poziom glukozy we krwi?” i pytanie do bliskich osób z cukrzycą: „Jak często Pani/Pana bliski bada poziom glukozy we krwi?”. N=370; N=370

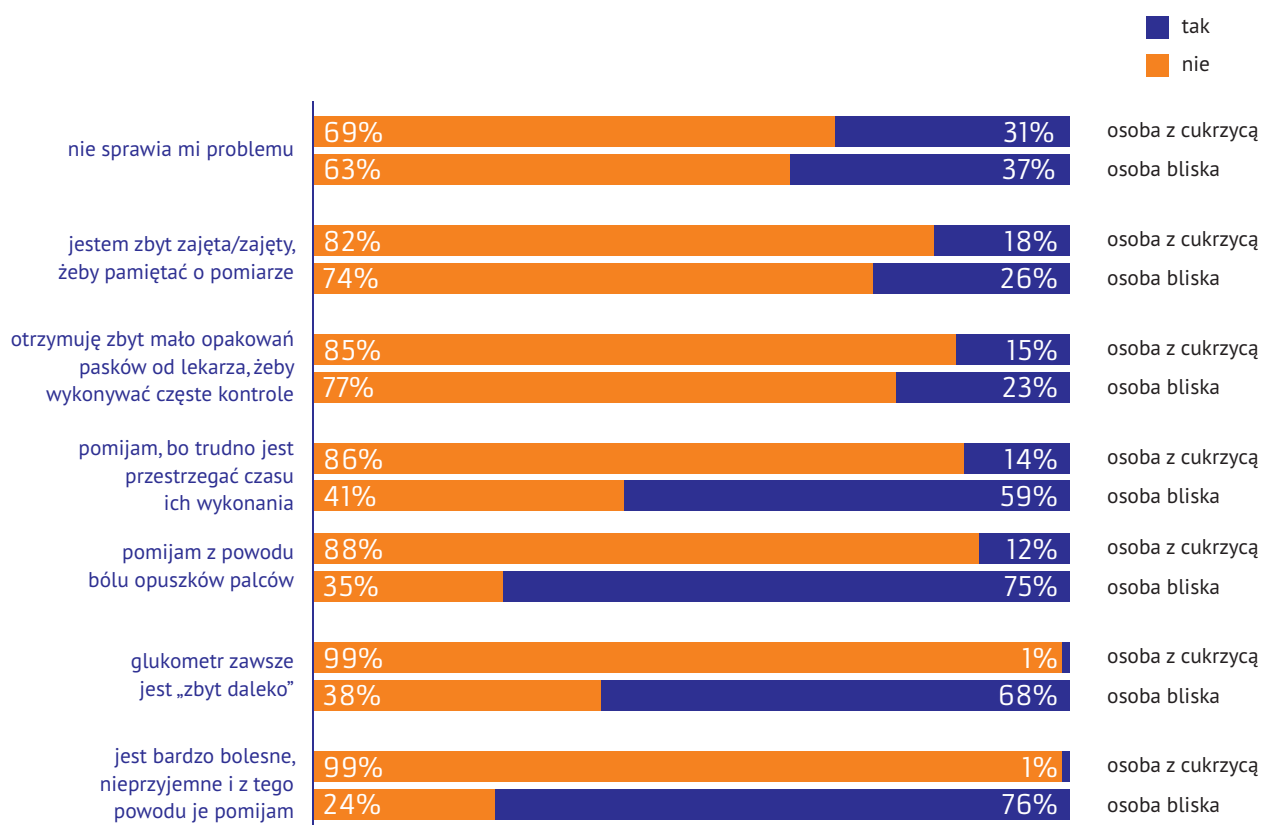
WYNIKI – OSOBY Z CUKRZYCĄ TYPU 2

Co czwarta badana osoba z cukrzycą (19%) deklaruje, że bada poziom glukozy we krwi glukometrem co najmniej 4 razy dziennie. Niemalże ta sama liczba badanych (20%) deklaruje, że badania poziom glukozy we krwi, co najmniej dwa razy dziennie, ale o różnych, porach dnia. Największą grupę badanych (43%) stanowią osoby z cukrzycą, które deklarują, że badają poziom glukozy we krwi raz dziennie, co szósty (16%) raz w tygodniu, a kilka osób (2%) raz w miesiącu.

WYNIKI – OSOBY Z CUKRZYCĄ TYPU 2 VS. OSOBY BLISKIE

Deklaracje badanych osób z cukrzycą i osób bliskich pod kątem badania poziomu glukozy we krwi glukometrem wyraźnie rozbiegają się w przypadku badań częstszych niż raz dziennie. Osoby bliskie rzadziej deklarują, że osoby z cukrzycą badają poziom glukozy we krwi glukometrem co najmniej 4 razy dziennie (osoby z cukrzycą: 19% vs. osoby bliskie: 13%). Różnica jest również w odniesieniu do badania co najmniej 2 razy dziennie o różnych porach dnia – na tę wartość wskazała co piąty osoba z cukrzycą (20%) i co czwarta osoba bliska (26%).

BADANIE POZIOMU GLUKOZY WE KRWI



Zestawienie rozkładów odpowiedzi na pytanie do osób z cukrzycą typu 2: „Codzienne badanie poziomu glukozy we krwi za pomocą glukometru...” i pytanie do bliskich osób z cukrzycą: „Codzienne badanie poziomu glukozy we krwi za pomocą glukometru jest dla Pani/Pana bliskiej osoby chorej na cukrzycę...?”. N=370; N=370

WYNIKI – OSOBY Z CUKRZycĄ TYPU 2

Codzienne badanie poziomu cukru we krwi przy pomocy glukometru nie sprawia problemu co trzeciej (31%) osobie z cukrzycą typu 2. Blisko co piąty badany (18%) deklaruje, że nie pamięta o pomiarze, bo jest zbyt zajęty, a co szósty (15%) twierdzi, że otrzymuje zbyt mało opakowań pasków od lekarza, żeby móc wykonywać częstsze kontrole. Mała grupa osób z cukrzycą – co siódmy badany (14%) – pomija kontrole, ponieważ nie jest w stanie przestrzegać czasu ich wykonania. Co ósma osoba z cukrzycą (12%) twierdzi, że pomija badania z powodu bólu opuszków palców. Tylko kilku badanych przyznało, że nie kontroluje cukru we krwi przy pomocy glukometru z powodu bólu lub z powodu tego, że urządzenie jest „za daleko”.

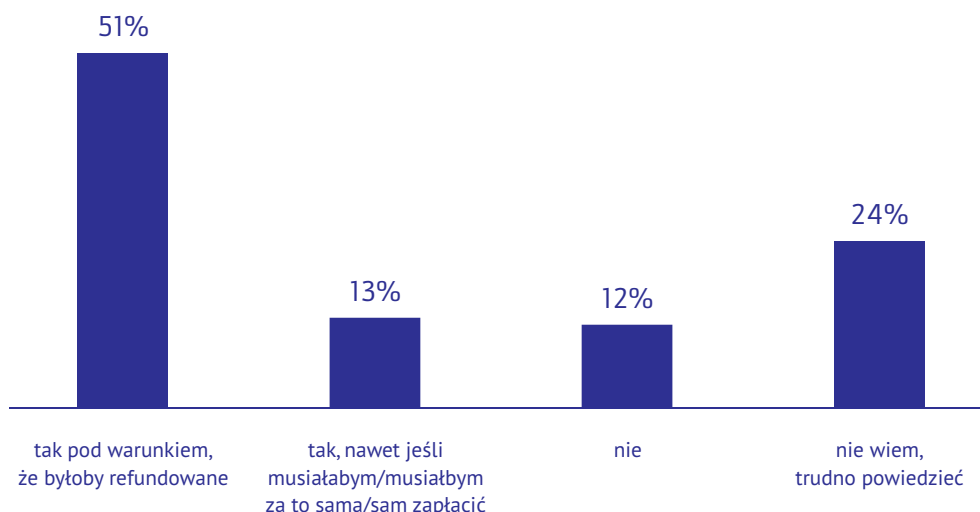
WYNIKI – OSOBY Z CUKRZycĄ TYPU 2 VS. OSOBY BLISKIE

Co trzecia osoba bliska (37%) w podobnej liczbie co osoby z cukrzycą (31%) deklaruje, że badanie poziomu cukru we krwi nie sprawia choremu problemu. W pozostałych przypadkach perspektywa osoby bliskiej na temat używania glukometru przez osobę z cukrzycą jest nierzadko skrajnie różna. Co czwarta osoba bliska (26%) twierdzi, że osoba z cukrzycą nie wykonuje badania, ponieważ jest zbyt zajęta innymi sprawami (przy 18% wskazań tej odpowiedzi u osób z cukrzycą). Również co czwarta osoba bliska (23%) twierdzi, że osoby z cukrzycą nie wykonują regularnych badań pomiaru cukru we krwi przy pomocy glukometru, ponieważ dostają od lekarza zbyt mało pasków (przy 15% wskazań tej odpowiedzi u osób z cukrzycą). Ponad połowa osób bliskich (59%) twierdzi, że wykonywanie badania przez osoby z cukrzycą jest trudne, bo niełatwo jest przestrzegać czasu

jego wykonania (przy 14% wskazań tej odpowiedzi u osób z cukrzycą). Trzy czwarte osób bliskich (75%) twierdzi, że to ból opuszków palców sprawia, że osoby z cukrzycą nie dokonują pomiarów przy pomocy glukometru (przy 12% wskazań u osób z cukrzycą). Tylko kilka osób z cukrzycą wskazało, że nie wykonuje pomiarów, bo urządzenie jest „za daleko”, a tę odpowiedź wskazało trzy czwarte osób bliskich (75%). Co czwarta osoba bliska (24%) uważa, że niewykonywanie badania wiąże się z tym, że jest ono dla osoby z cukrzycą nieprzyjemne (przy 1% wskazania tej odpowiedzi u osób z cukrzycą).

Wykres 8.

URZĄDZENIE DO BADANIA GLUKOZY WE KRWI BEZ KONIECZNOŚCI CODZIENNEGO NAKŁUWANIA



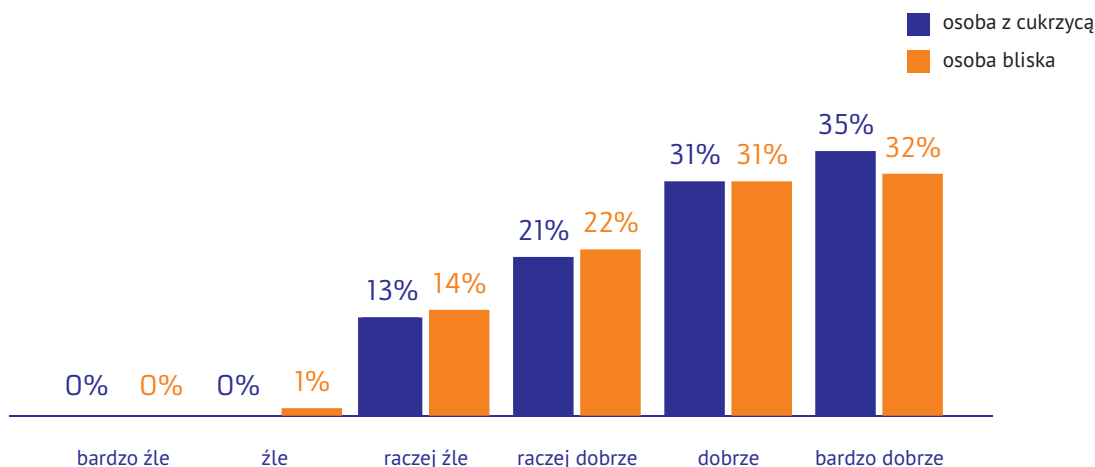
Rozkład odpowiedzi na pytanie do osób z cukrzycą typu 2: „Czy chciałaby Pani/chciałby Pan stosować urządzenie do badania poziomu glukozy we krwi bez konieczności codziennego nakłuwania?”. N=370

WYNIKI – OSOBY Z CUKRZycĄ TYPU 2

Półowa badanych osób z cukrzycą (51%) przyznaje, że chciałaby stosować urządzenie do badania poziomu glukozy we krwi bez konieczności nakłuwania, ale tylko w sytuacji, kiedy byłoby to refundowane. Co ósmy badany (13%) zdecydowałoby się na to, nawet jeśli musiałby za to zapłacić. Niemalże taka sama liczba osób z cukrzycą (12%) nie zdecydowałaby się na zmianę urządzenia, a co czwarta osoba z cukrzycą (24%) nie potrafiła zdecydować w tej kwestii.

Wykres 9.
cukrzyca typu 2

OCENA WSPARCIA W CHOROBY



Zestawienie rozkładów odpowiedzi na pytanie do osób z cukrzycą typu 2: „Jak ocenia Pani/Pan wsparcie bliskiej osoby w codziennym życiu z cukrzycą?” i pytanie do bliskich osób z cukrzycą: „Jak Pani/Pan ocenia swoje wsparcie, które otrzymuje od Pani/Pana w codziennym życiu osoba z cukrzycą?”. N=370; N=370

WYNIKI – OSOBY Z CUKRZYCĄ TYPU 2

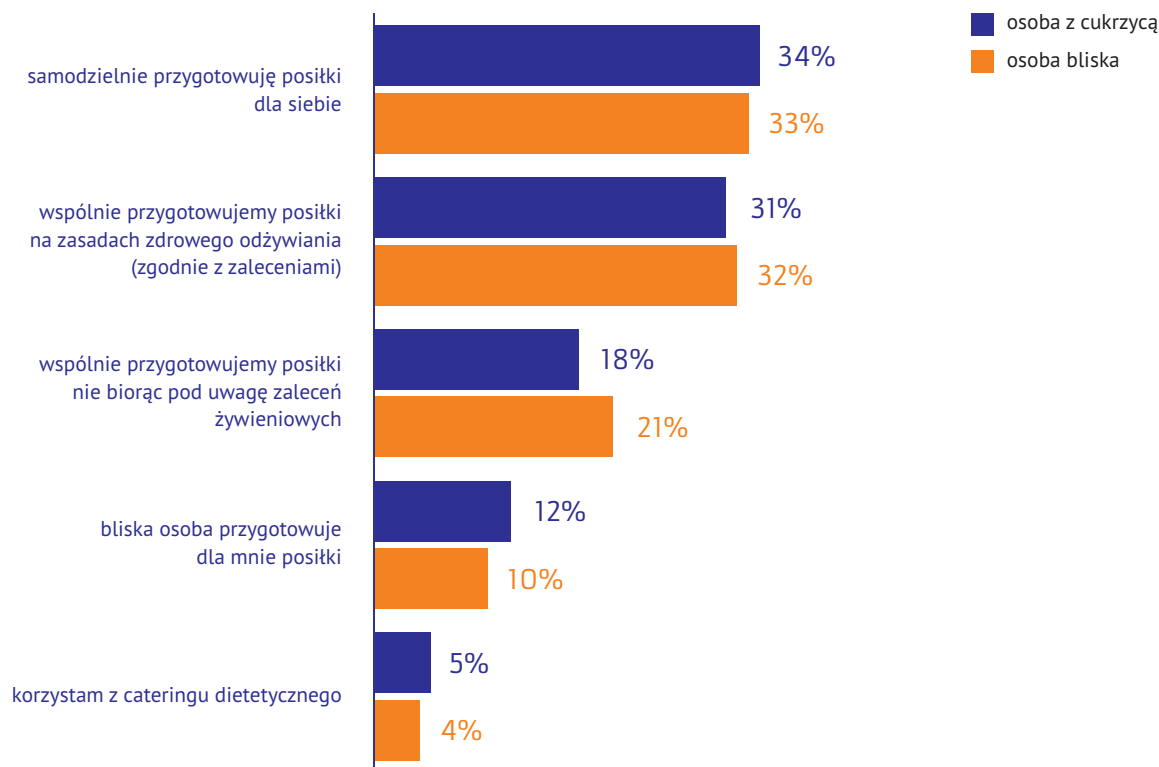
Badane osoby z cukrzycą z reguły dobrze oceniają pomoc, którą otrzymują od swoich osób bliskich w codziennym życiu z cukrzycą. Co trzeci badany (35%) ocenia tę pomoc jako bardzo dobrą, niewiele mniej, bo 31% jako dobrą, a co piąty (21%) jako raczej dobrą. Co ósma badana osoba (13%) ocenia pomoc ze strony osoby bliskiej jako „raczej złą”. Żadna z badanych osób z cukrzycą nie wystawiła osobom bliskim najniższych możliwych na skali not.

WYNIKI – OSOBY Z CUKRZYCĄ TYPU 2 VS. OSOBY BLISKIE

Ocena osób z cukrzycą dotycząca pomocy osób bliskich w codziennym życiu z cukrzycą pokrywa się z samooceną osób bliskich na temat sprawowanej przez nich opieki. Co trzecia osoba bliska (32%) ocenia ją jako bardzo dobrą, 31% jako dobrą, a co piąty (22%) jako raczej dobrą. Jako raczej złą ocenia ją 14% osób bliskich, a kilku oceniło ją jako złą.

Wykres 10.
cukrzyca typu 2

WSPARCIE W ZAKRESIE PRZYGOTOWANIA POSIŁKÓW



Zestawienie rozkładów odpowiedzi na pytanie do osób z cukrzycą typu 2: „W jaki sposób Pani/Pana bliska osoba wspiera Panią/Pana w zakresie przygotowania posiłków?” i pytanie do bliskich osób z cukrzycą: „W jaki sposób wspiera Pani/Pan bliską osobę z cukrzycą w zakresie przygotowania posiłków?”. N=370; N=370

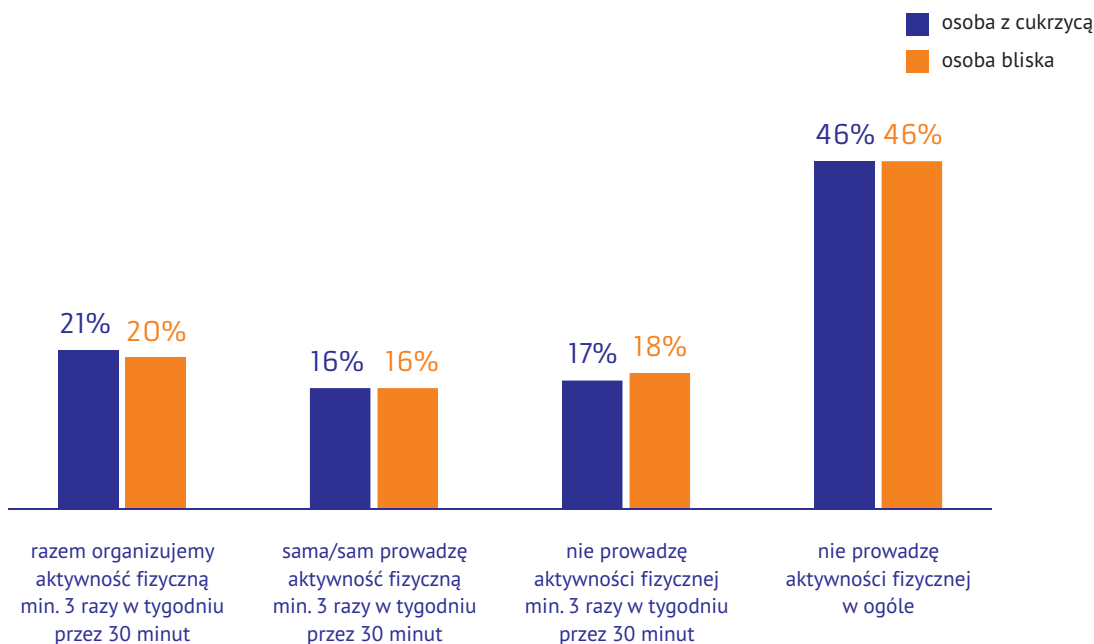
WYNIKI – OSOBY Z CUKRZYCĄ TYPU 2

Część osób z cukrzycą typu 2 przyznaje, że w różnych formach i w różnym zakresie otrzymują wsparcie od osób bliskich w zakresie przygotowywania posiłków. Co trzecia osoba z cukrzycą (34%) deklaruje, że przygotowuje posiłki wspólnie z osobą bliską, przestrzegając zasad zdrowego odżywiania, a blisko co piąty badany (18%) przygotowuje posiłki wspólnie z osobą bliską, ale nie bierze pod uwagę zaleceń żywieniowych dla diabetyków. Co ósma osoba z cukrzycą (12%) twierdzi, że to bliska osoba przygotowuje dla niej posiłki. Samodzielnie posiłki dla siebie przygotowuje blisko co trzeci badany (31%), a co dwudziesty (5%) korzysta z cateringu dietetycznego.

WYNIKI – OSOBY Z CUKRZYCĄ TYPU 2 VS. OSOBY BLISKIE

Osoby bliskie mają zbliżone z osobami z cukrzycą zdanie na temat wspólnego przygotowywania posiłków. Co trzecia osoba bliska (33%) twierdzi, że wspólne posiłki są przygotowywane zgodnie z zadaniami dobrego żywienia. Co piąta osoba bliska (21%) deklaruje, że posiłki przygotowuje wspólnie z osobą z cukrzycą, ale nie stosują się do zasad dobrego żywienia. Co dziesiąty (10%) deklaruje, że samodzielnie przygotowuje posiłki dla osoby z cukrzycą, a co trzeci (32%) przyznaje, że osoba z cukrzycą przygotowuje sobie posiłki samodzielnie. Kilka osób (4%) zadeklarowało, że podopieczny – osoba z cukrzycą typu 2 korzysta z cateringu dietetycznego.

WSPARCIE W ZAKRESIE AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ



Zestawienie rozkładów odpowiedzi na pytanie do osób z cukrzycą typu 2: „W jaki sposób Pani/Pana bliska osoba wspiera Panią/Pana w zakresie aktywności fizycznej?” i pytanie do bliskich osób z cukrzycą: „W jaki sposób wspiera Pani/Pan bliską osobę z cukrzycą w zakresie aktywności fizycznej?”. N=370; N=370

WYNIKI – OSOBY Z CUKRZYCĄ TYPU 2

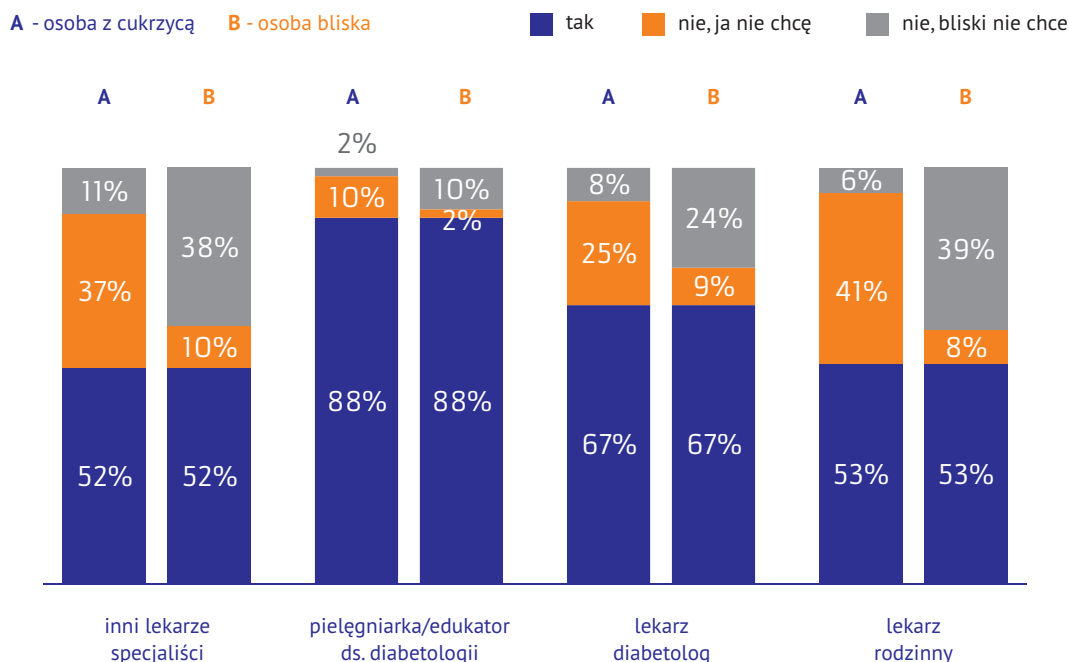
Blisko połowa (46%) osób z cukrzycą typu 2 przyznaje, że nie prowadzi żadnej aktywności fizycznej. Z pozostałej grupy 37% prowadzi aktywność fizyczną co najmniej 3 razy w tygodniu po 30 minut. W tej grupie są osoby z cukrzycą (20% ogółu wszystkich osób z cukrzycą i 57% aktywnych fizycznie 3 razy w tygodniu po 30 minut), które prowadzą aktywność fizyczną wspólnie z osobą bliską. Co szóstą osobą z cukrzycą (17%) deklaruje, że prowadzi aktywność fizyczną, ale robi to rzadziej niż 3 razy w tygodniu po 30 minut.

WYNIKI – OSOBY Z CUKRZYCĄ TYPU 2 VS. OSOBY BLISKIE

Deklaracje aktywności fizycznej osób z cukrzycą z punktu widzenia osób bliskich są niemalże identyczne jak deklaracje samych osób z cukrzycą. Blisko połowa osób bliskich (46%) twierdzi, że osoby z cukrzycą nie prowadzą żadnej aktywności fizycznej. Co piąta osoba bliska (20%) deklaruje, że prowadzi aktywność fizyczną z osobą z cukrzycą wspólnie i robią to co najmniej 3 razy w tygodniu po 30 minut. Co szóstą (16%) twierdzi, że osoba z cukrzycą sama prowadzi aktywność fizyczną co najmniej 3 razy w tygodniu po 30 minut i niemalże tyle samo (18%) przyznaje, że osoba z cukrzycą prowadzi aktywność fizyczną rzadziej niż 3 razy po 30 minut.

Wykres 12.
cukrzyca typu 2

WIZYTY U SPECJALISTÓW



Zestawienie rozkładów odpowiedzi na pytanie do osób z cukrzycą typu 2: „Czy Pani/Pana bliska osoba uczestniczy wspólnie z Panią/Panem w wizytach u...?” i pytanie do osoby bliskiej: „Czy uczestniczy Pani/Pan z bliską osobą z cukrzycą w wizytach u...?”.
N=370; N=370

WYNIKI – OSOBY Z CUKRZYCĄ TYPU 2

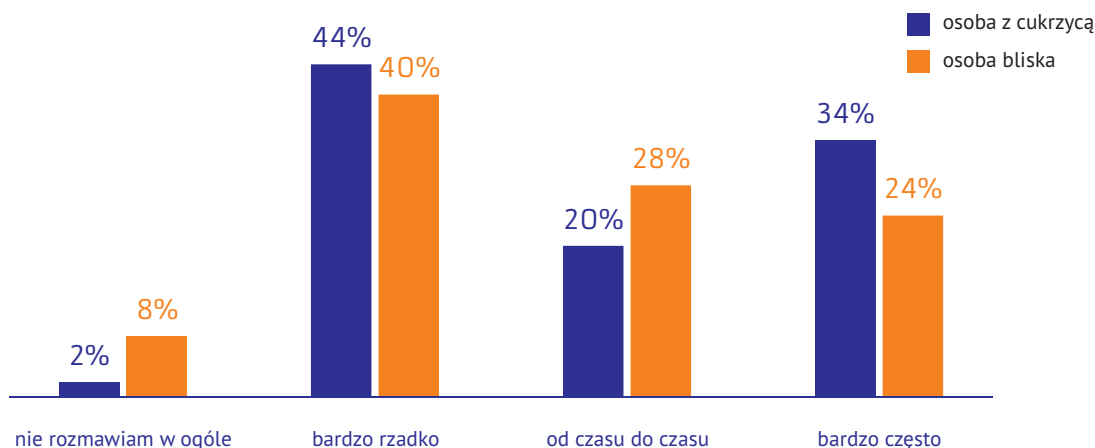
Osoby z cukrzycą deklarują, że bliska osoba najczęściej towarzyszy im podczas wizyt u pielęgniarki/edukatora ds. diabetologii – twierdzi tak blisko 9 na 10 badanych (88%). Dwie trzecie (67%) osób z cukrzycą typu 2 twierdzi, że bliscy towarzyszą im podczas wizyt u diabetologa, połowa (53%) podczas wizyt u lekarza rodzinnego i 52% u lekarzy innych specjalności. Osoby z cukrzycą najczęściej nie chcą, żeby bliscy towarzyszyli im podczas wizyt u lekarza rodzinnego (41%) i lekarzy innych specjalności (37%). Co czwarta badana osoba z cukrzycą (25%) nie chce, żeby osoba bliska towarzyszyła jej podczas wizyty u lekarza diabetologii.

WYNIKI – OSOBY Z CUKRZYCĄ TYPU 2 VS. OSOBY BLISKIE

Bliscy osób z cukrzycą typu 2 – podobnie jak osoby z cukrzycą – wskazali, że towarzyszą osobom z cukrzycą podczas wizyt najczęściej u pielęgniarki/edukatora ds. diabetologii (88%) i lekarza diabetologa (67%), a rzadziej u lekarza pierwszego kontaktu (53%) i lekarzy innych specjalności (52%). Cztery na dziesięć osób bliskich deklaruje, że nie towarzyszy osobom z cukrzycą podczas wizyt u lekarza rodzinnego (39% wskazań) i lekarzy innych specjalności (38% wskazań), ponieważ osoby z cukrzycą tego nie chcą. Co czwarta osoba bliska (24%) twierdzi, że to osoba z cukrzycą nie chce, żeby towarzyszyli im w wizytach u lekarza diabetologa.

Wykres 13.
cukrzyca typu 2

ROZMOWA O CUKRZICY



Zestawienie rozkładów odpowiedzi na pytanie do osób z cukrzycą typu 2: „Z bliskimi o cukrzycy rozmawia Pani/Pan...” i pytanie do bliskich osób z cukrzycą: „Na temat cukrzycy rozmawia Pani/Pan z osobą chorą na cukrzycę...”. N=370; N=370

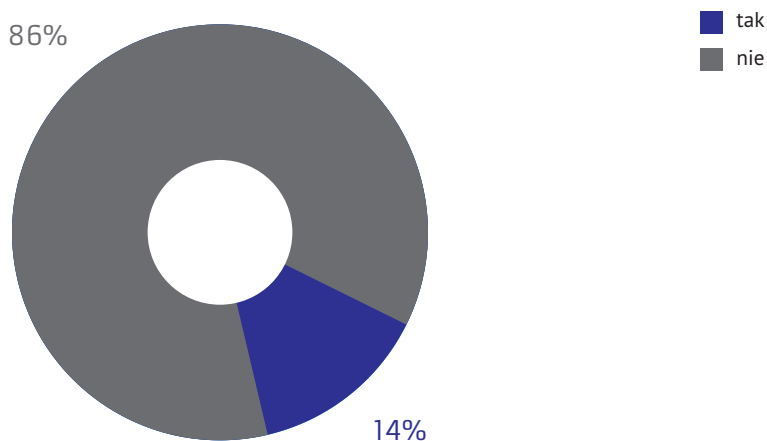
WYNIKI – OSOBY Z CUKRZycĄ TYPU 2

Co trzecia badana osoba z cukrzycą (34%) przyznaje, że z osobami bliskimi rozmawia bardzo często o cukrzycy. Co piąta (20%) rozmawia o cukrzycy z bliską osobą od czasu do czasu. Blisko połowa (44%) rozmawia rzadko, a kilka osób zadeklarowało, że nie rozmawia w ogóle.

WYNIKI – OSOBY Z CUKRZycĄ TYPU 2 VS. OSOBY BLISKIE

Co czwarta badana osoba bliska (24%) deklaruje, że rozmawia z bliską osobą chorą na cukrzycę o tej chorobie bardzo często (znacznie rzadziej niż wskazywały to osoby z cukrzycą: 34%), 28% rozmawia od czasu do czasu, a 40% bardzo rzadko. Cztery razy więcej osób bliskich niż osób z cukrzycą (8% vs. 2%) deklaruje, że o cukrzycy nie rozmawia wcale.

POSIADANIE ZWIERZĘCIA DOMOWEGO



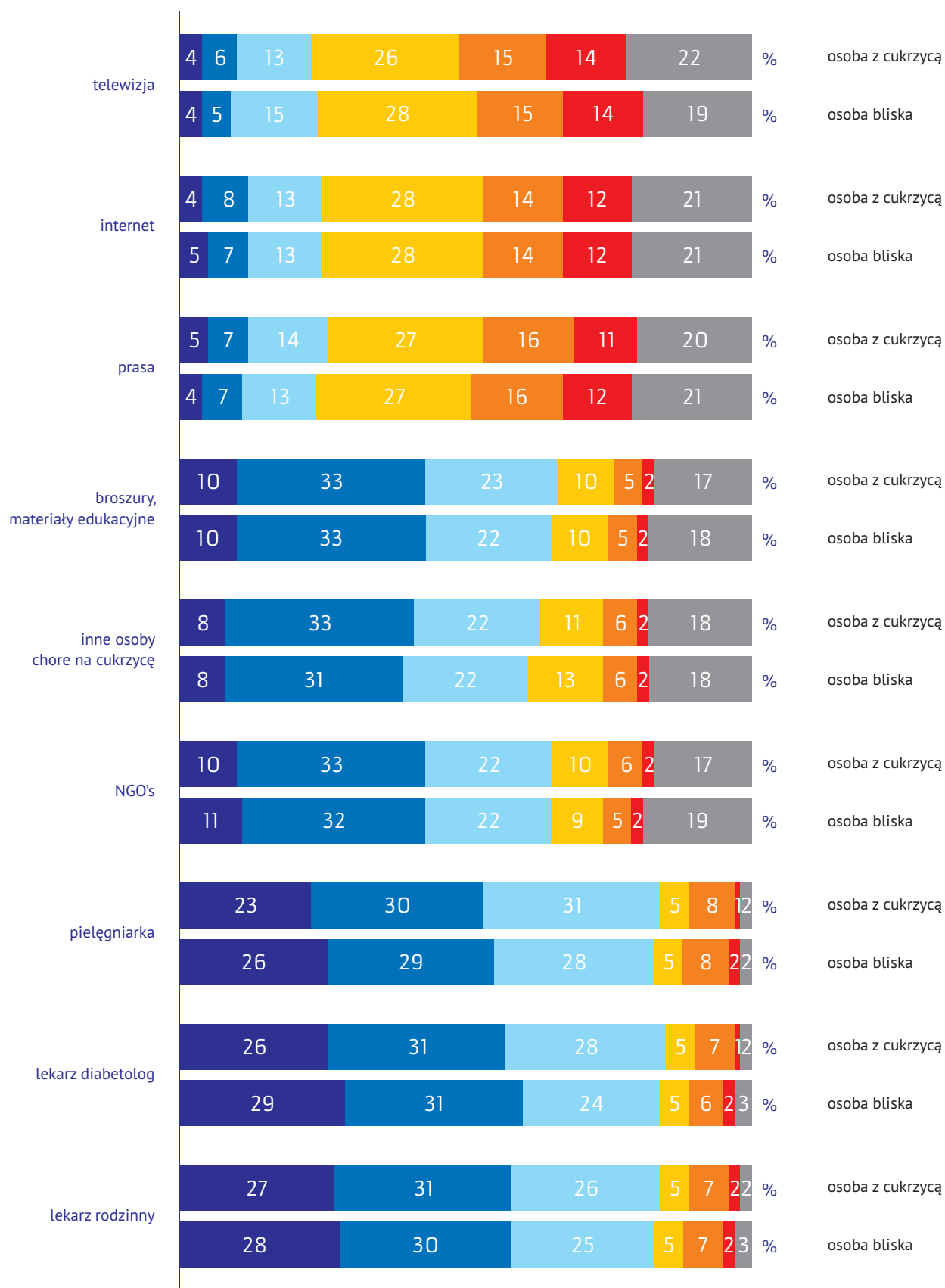
Rozkład odpowiedzi na pytanie do osób z cukrzycą typu 2: „Czy posiada Pani/Pan zwierzę w domu?”. N=310

WYNIKI – OSOBY Z CUKRZYCĄ TYPU 2

Znakomita większość badanych osób z cukrzycą (86%) nie posiada zwierzęcia w domu. Pozostali (14%) deklarują, że mają najczęściej psa lub kota, a zwierzę ma pozytywny wpływ na ich stan psychiczny, ponieważ motywuje i uspokaja.

Wykres 15.
cukrzyca typu 2

ZAUFANIE DO ŹRÓDEŁ WIEDZY NA TEMAT CUKRZYCY



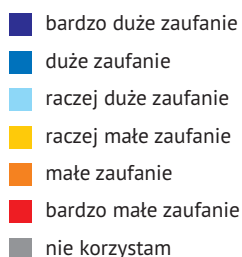
Rozkład odpowiedzi na pytanie do osób z cukrzycą typu 2: „Do którego z poniższych źródeł informacji ma Pani/Pan zaufanie, jeśli chodzi o pozyskiwanie wiedzy na temat cukrzycy?” i pytanie do osób bliskich: „Do którego z poniższych źródeł informacji ma Pani/Pan zaufanie, jeśli chodzi o pozyskiwanie wiedzy na temat cukrzycy?”. N=370; N=370

WYNIKI – OSOBY Z CUKRZYCĄ TYPU 2

Osoby z cukrzycą korzystają z różnych źródeł, kiedy chcą uzyskać informacje na temat swojej choroby. Najczęściej wskazywanymi źródłami są: lekarz rodzinny, lekarz diabetolog i pielęgniarka. A najrzadziej wskazywanymi: prasa, Internet i telewizja. Biorąc pod uwagę wszystkie wskazania na skali odnoszące się do dużego zaufania, osoby z cukrzycą ufają najbardziej lekarzowi diabetologowi (85% łącznych wskazań), następnie lekarzowi rodzinnemu (84% łącznych wskazań) i pielęgniarce (84% łącznych wskazań). Informacjom zawartym w broszurach i materiałach edukacyjnych ufa 66% osób z cukrzycą, organizacjom pozarządowym – 65%, a innym osobom chorym na cukrzycę – 63%. Najmniej badane osoby z cukrzycą ufają telewizji (55% łącznych wskazań), internetowi i prasie (po 54% łącznych wskazań). Co czwarta badana osoba z cukrzycą ma bardzo duże zaufanie do lekarza rodzinnego (27%), lekarza diabetologa (26%) i pielęgniarki (23%).

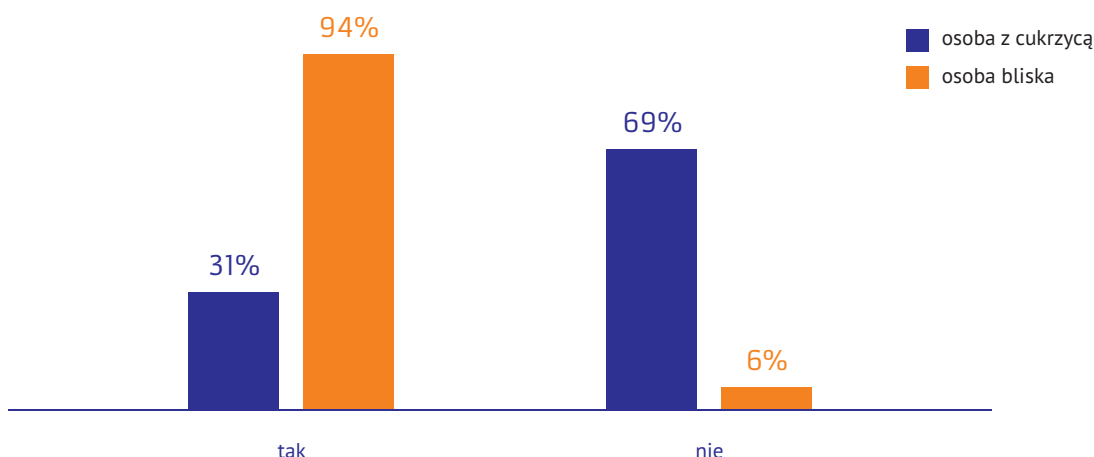
WYNIKI – OSOBY Z CUKRZYCĄ TYPU 2 VS. OSOBY BLISKIE

Najczęściej wskazywanymi przez osoby bliskie źródłami informacji o cukrzycy są, podobnie jak w przypadku osób z cukrzycą: lekarze rodinni, lekarze diabetolodzy i pielęgniarki. Najrzadziej osoby bliskie szukają informacji o chorobie w telewizji, prasie i w Internecie. Wymienione główne źródła informacji są również tymi, którym osoby bliskie najbardziej ufają. Sumując wyniki wskazujące na duże zaufanie, bliscy osób z cukrzycą ufają na pierwszym miejscu lekarzowi diabetologowi (84% wskazań łącznych), lekarzowi rodzinnemu (83% wskazań łącznych) i pielęgniarce 83% wskazań łącznych). Najmniejsze zaufanie osoby bliskie mają do telewizji, prasy i Internetu.



Wykres 16.
cukrzyca typu 2

WIEDZA NA TEMAT PRAWDŁOWEGO POZIOMU GLUKOZY WE KRWI



Zestawienie rozkładów odpowiedzi na pytanie do osób z cukrzycą typu 2: „Czy wie Pani/Pan jaki jest prawidłowy poziom glukozy we krwi na czczo dla osoby zdrowej?” i pytania do bliskich osób z cukrzycą: „Czy wie Pani/Pan jaki jest prawidłowy poziom glukozy we krwi na czczo dla osoby zdrowej?”. N=370; N=370

Wykres 16. A i B
cukrzyca typu 2

PRAWDŁOWE WSKAZANIE POZIOMU GLUKOZY WE KRWI NA CZCZO DLA OSOBY ZDROWEJ



Rozkład wskazań osób z cukrzycą typu 2, które zadeklarowały, że wiedzą jaka jest norma.

Rozkład wskazań dla bliskich osób z cukrzycą typu 2, które zadeklarowały, że wiedzą jaka jest norma.

WYNIKI – OSOBY Z CUKRZycĄ TYPU 2

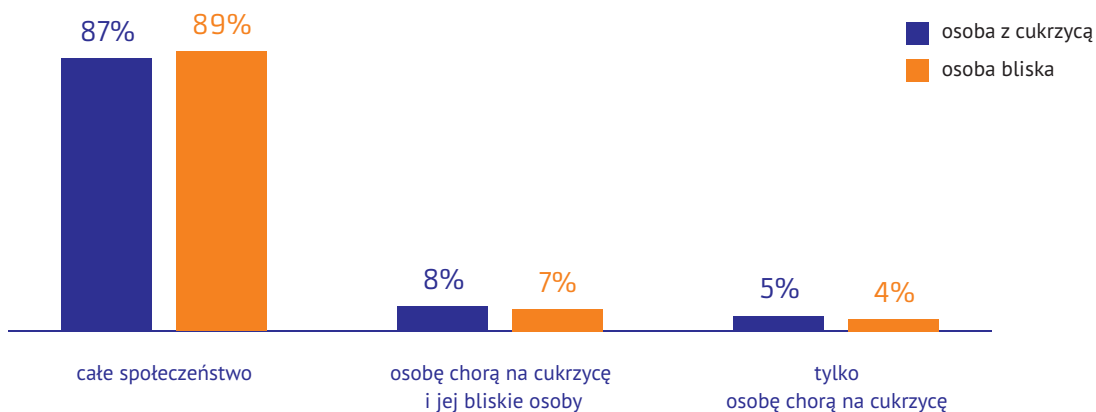
Co trzecia (31%) z badanych osób z cukrzycą typu 2 zadeklarowała, że wie, jaki jest prawidłowy poziom glukozy we krwi dla osoby zdrowej. Niestety, z tej grupy tylko co piąta potrafiła podać prawidłowe wskazanie. W efekcie tylko 7% z ogółu wszystkich badanych osób z cukrzycą potrafiło podać prawidłowy poziom glukozy we krwi. Większość osób z cukrzycą (69%) przyznała, że nie zna tej wartości.

WYNIKI – OSOBY Z CUKRZycĄ TYPU 2 VS. OSOBY BLISKIE

Osoby bliskie trzykrotnie częściej niż osoby z cukrzycą deklarowały, że wiedzą jaki jest poziom glukozy we krwi na czczo dla osoby zdrowej (94% osoby bliskie vs. 31% osoby z cukrzycą). Tylko 6% bliskich osób z cukrzycą przyznało, że nie zna tego wskazania. Niestety z tej licznej grupy deklarujących, że ma tę wiedzę, ani jedna osoba nie podała poprawnej wartości.

Wykres 17.
cukrzyca typu 2

EDUKACJA NA TEMAT CUKRZYCY



Zestawienie rozkładów odpowiedzi na pytanie do osób z cukrzycą typu 2: „Czy uważa Pani/Pan, że edukacja na temat cukrzycy powinna obejmować...?” i pytanie do bliskich osób z cukrzycą: „Czy uważa Pani/Pan, że edukacja na temat cukrzycy powinna obejmować...?”.
N=370; N=370

WYNIKI – OSOBY Z CUKRZYCĄ TYPU 2

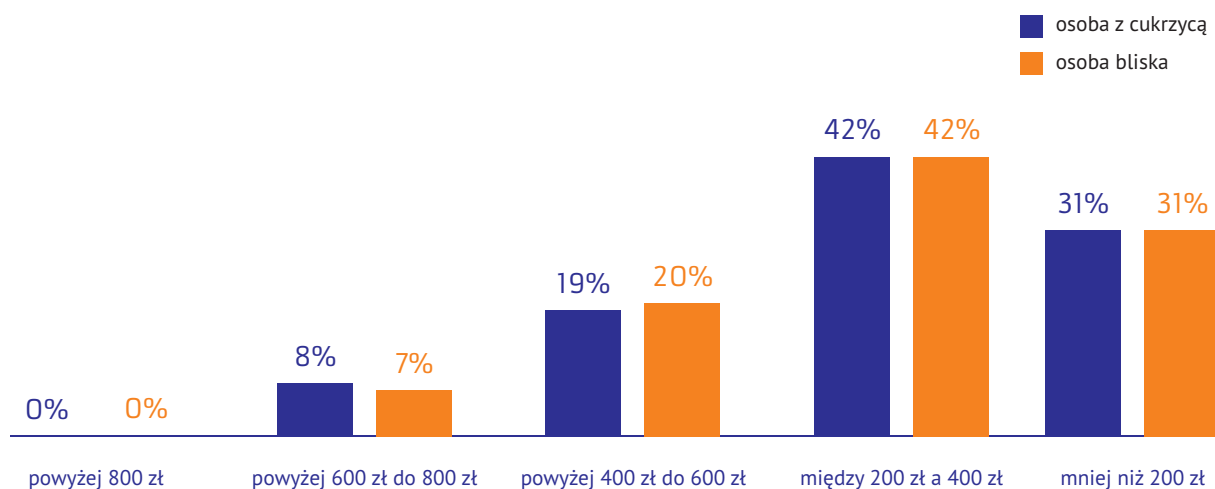
Znakomita większość osób (87%) z cukrzycą typu 2 twierdzi, że edukacja na temat cukrzycy powinna obejmować całe społeczeństwo, 8% uważa, że powinna dotyczyć głównie osób z cukrzycą i ich bliskich, a 5%, że powinna dotyczyć tylko osoby z cukrzycą.

WYNIKI – OSOBY Z CUKRZYCĄ TYPU 2 VS. OSOBY BLISKIE

Osoby bliskie, podobnie jak i osoby z cukrzycą w znakomitej większości (89%) uważają, że edukacja na temat cukrzycy powinna objąć całe społeczeństwo, a tylko co dziesiąty (11%) twierdzi, że powinna dotyczyć tylko osoby z cukrzycą lub i jej bliskich.

Wykres 18.
cukrzyca typu 2

WYDATKI NA CUKRZYCĘ



Zestawienie rozkładów odpowiedzi na pytanie do osób z cukrzycą typu 2: „Ile średnio miesięcznie wydaje Pani/Pan 'na cukrzycę' (leki, dietę, wizyty u lekarza itp.)?” i pytanie do bliskich osób z cukrzycą: „Ile średnio miesięcznie Pani/Pana bliski chory na cukrzycę wydaje 'na cukrzycę' (leki, dietę, wizyty u lekarza itp.)?”. N=370; N=370

WYNIKI – OSOBY Z CUKRZYCĄ TYPU 2

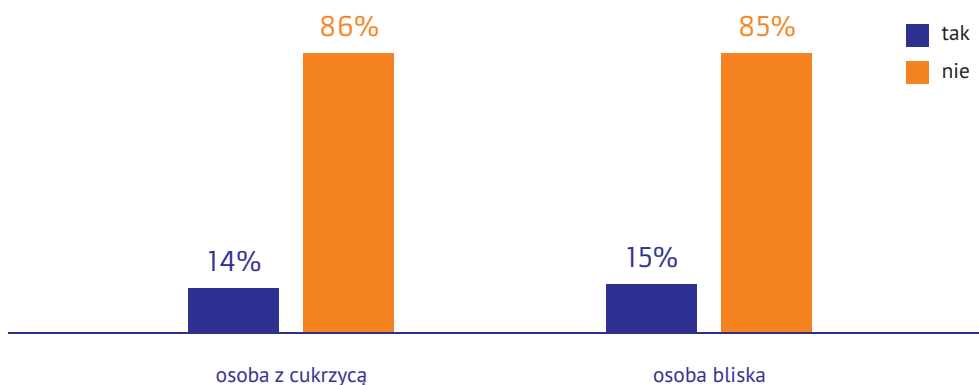
Co trzecia badana osoba z cukrzycą (31%) twierdzi, że „na cukrzycę”, czyli np. leki, dietę, wizyty u lekarzy wydaje miesięcznie mniej niż 200 zł. Czterech na dziesięciu badanych z cukrzycą (42%) wydaje między 200 a 400 złotych, co piąty (20%) między 400 a 600 złotych, a 7% między 600 a 800 złotych. Żadna z badanych osób z cukrzycą nie wydaje „na cukrzycę” więcej niż 800 złotych miesięcznie.

WYNIKI – OSOBY Z CUKRZYCĄ TYPU 2 VS. OSOBY BLISKIE

Wysokość wskazań osób bliskich na temat wydatków „na cukrzycę” ponoszonych przez osoby z cukrzycą typu 2 są niemalże identyczne jak wskazania osób z cukrzycą.

Wykres 19.
cukrzyca typu 2

WARSZTATY Z PIERWSZEJ POMOCY



Zestawienie rozkładów odpowiedzi na pytanie do osób z cukrzycą typu 2: „Czy przeprowadzono z Panią/Panem warsztaty na temat udzielania pierwszej pomocy w sytuacji wystąpienia hipoglikemii i hiperglikemii?” i pytanie do bliskich osób z cukrzycą: „Czy przeprowadzono z Panią/Panem warsztaty na temat udzielania pierwszej pomocy w sytuacji wystąpienia hipoglikemii i hiperglikemii?”. N=370; N=370

WYNIKI – OSOBY Z CUKRZycĄ TYPU 2

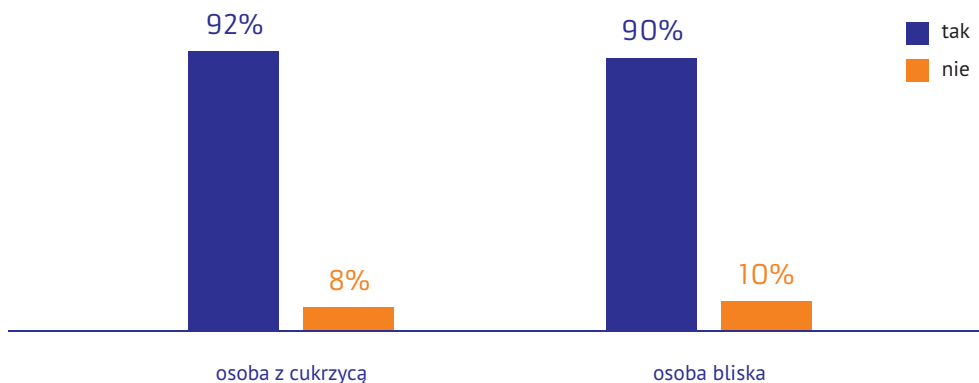
Tylko 14% badanych osób z cukrzycą zadeklarowało, że przeprowadzono z nimi warsztaty na temat udzielania pierwszej pomocy w sytuacji wystąpienia hipoglikemii i hiperglikemii.

WYNIKI – OSOBY BLISKIE

Co siódma (15%) badana osoba bliska zadeklarowała, że przeprowadzono z nim warsztaty na temat udzielania pierwszej pomocy w sytuacji wystąpienia hipoglikemii i hiperglikemii u bliskiej osoby z cukrzycą. Znakomita większość (85%) nie uczestniczyła w takim warsztacie.

Wykres 20.
cukrzyca typu 2

POSIADANIE GLUKAGENU



Zestawienie rozkładów odpowiedzi na pytanie do osób z cukrzycą typu 2: „Czy posiada Pani/Pan w domu Glukagen z prawidłową datą ważności?” i pytanie do bliskich osób z cukrzycą: „Czy Pani/Pana bliski chory na cukrzycę w domu Glukagen z prawidłową datą ważności?”. N=370; N=370

WYNIKI – OSOBY Z CUKRZycĄ TYPU 2

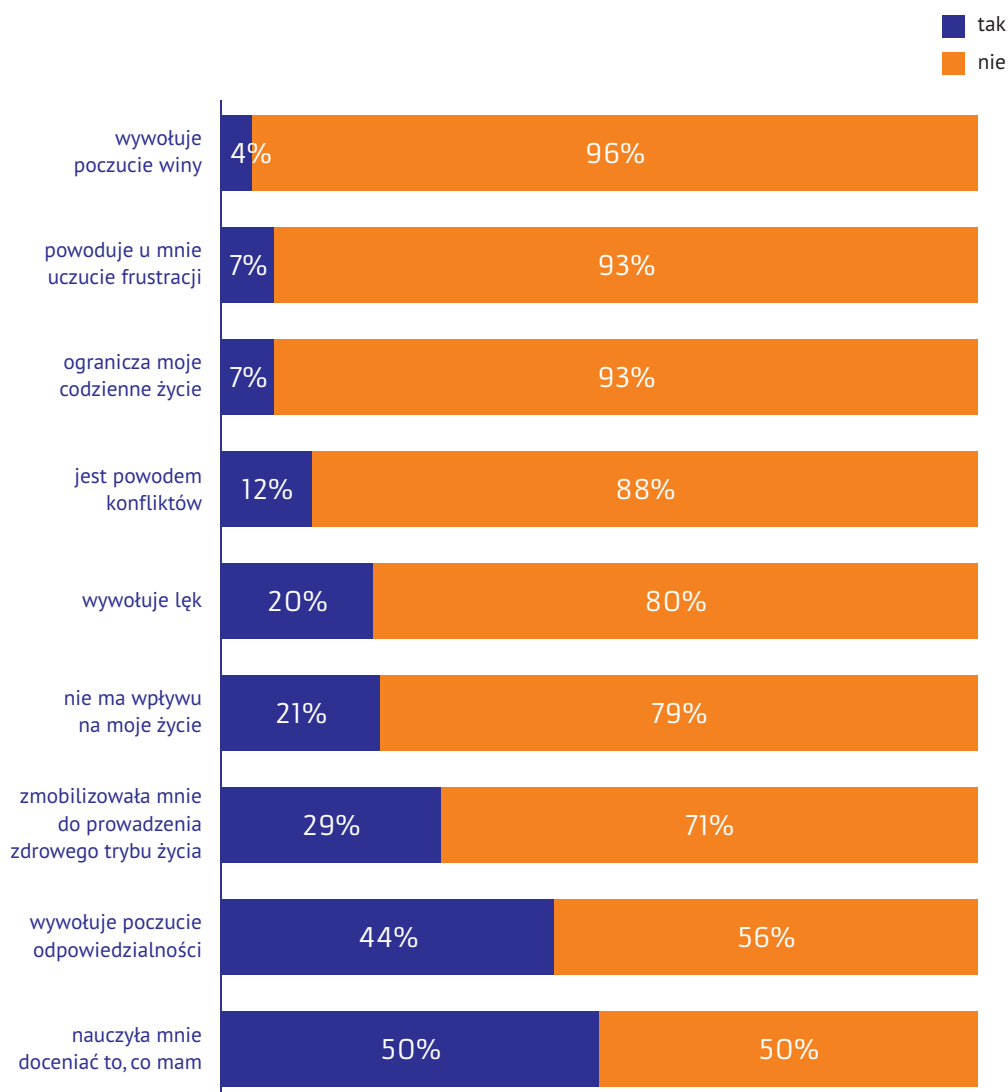
Znakomita większość badanych osób z cukrzycą (92%) zadeklarowała, że posiada Glukagen.

WYNIKI – OSOBY Z CUKRZycĄ TYPU 2 VS. OSOBY BLISKIE

Dziewięć na dziesięć (90%) osób bliskich twierdzi, że bliskie osoby chore na cukrzycę typu 2 posiadają Glukagen z prawidłową datą ważności.

Wykres 21.
cukrzyca typu 2

WPŁYW CUKRZYCY NA SAMOPOCZUCIE OSOBY BLISKIEJ



Rozkład odpowiedzi na pytanie do bliskich osób z cukrzycą typu 2: „Choroba bliskiej osoby chorej na cukrzycę...”. N=370

WYNIKI – OSOBY BLISKIE

Połowa (50%) badanych osób bliskich osób z cukrzycą typu 2 przyznaje, że choroba ich bliskich nauczyła ich doceniać to, co mają i w 44% przypadkach wywołuje poczucie odpowiedzialności. Trzy na dziesięć (29%) osób bliskich zadeklarowało, że cukrzyca u ich bliskich zmobilizowała ich do prowadzenia zdrowego stylu życia. Co piąta (21%) zadeklarowała, że ta choroba nie ma wpływu na ich życie. Również co piąta osoba bliska (20%) twierdzi, że cukrzyca bliskiej osoby wywołuje u niej lęk, a co ósma (12%), że cukrzyca jest źródłem konfliktów. Tylko niewielka grupa badanych osób bliskich (7%) przyznała, że cukrzyca, na którą choruje ich bliski ogranicza ich życie i powoduje uczucie frustracji. Marginalna liczba osób (4%) zadeklarowała, że cukrzyca wywołuje u nich poczucie winy.

A large blue circular graphic element, resembling a thick arc or a partial ring, frames the central text. It is positioned on the left and bottom edges of the page.

MEDYCZNE I SPOŁECZNE ANALIZY WYNIKÓW BADAŃ

ZARZĄDZANIE CUKRZYCĄ W SKALI MIKRO – O ROLI BLISKICH OSÓB Z CUKRZYCĄ W SYSTEMIE OPIEKI ZDROWOTNEJ W POLSCE

dr Tomasz Sobierajski

Powyższe badanie „Polska rodzina z cukrzycą” jest bardzo ważnym głosem w dyskusji dotyczącej rozumienia zjawiska cukrzycy jako choroby społecznej, obejmującej swoim zasięgiem nie tylko pacjentów „bezpośrednich”: osób z cukrzycą typu 1 lub typu 2 oraz przedstawicieli opieki zdrowotnej bezpośrednio zaangażowanych w leczenie osób chorych, ale również bliskich osób chorych, którzy w przypadku sprawowania opieki, towarzyszenia chorem w chorobach przewlekłych, stają się pacjentami „pośrednimi”. Jednak o ile pacjenci „bezpośredni” są wliczeni w system, o tyle o pacjentach „pośrednich” jako niewidocznych w systemie często się zapomina. A to bliscy dzień po dniu wspierają chorych, mobilizują ich, dyscyplinują. Bowiem cukrzyca należy do tej grupy chorób przewlekłych, które wymagają szczególnej dyscypliny. Dotyczy to zarówno mierzenia poziomu glukozy we krwi (w cukrzycy typu 1 nawet kilka razy dziennie), stosowania się do zaleceń żywieniowych oraz trybu życia uzależnionego od typu i stopnia zaawansowania choroby. Wiele badań realizowanych na całym świecie¹ potwierdziło tezę, że „samoopieka” pacjenta i dyscyplina w przestrzeganiu rygorystycznych wymogów, które niesie za sobą cukrzyca, ma wpływ na stan zdrowia pacjentów. Jednak oprócz czynników, które zależne są od samego chorego, na stan jego zdrowia i przebieg choroby, jaką jest cukrzyca, mają również wpływ warunki środowiskowe, społeczne, w których „zanurzona” jest osoba chora. Mowa tu zarówno o znaczących bliskich, czyli np. rodzicach, małżonku, partnerze, z którymi osoba chora na cukrzycę mieszka i ma najczęstszy kontakt, jak również o uogólnionych innych, czyli np. środowisku rówieśniczym, znajomych z pracy, przyjaciółach. Te wewnętrzne i zewnętrzne elementy składają się na proces, który w literaturze przedmiotu, poruszającej temat społecznego znaczenia cukrzycy, nazywany jest wprost *diabetes management* – co na polski moglibyśmy przetłumaczyć jako „zarządzanie cukrzycą”. W owo „zarządzanie” wpisane są nie tylko codzienne działania osób z cukrzycą, do których zmusza i/lub motywuje choroba, ale również uwzględnianie w codziennym życiu rodzinnym osoby z cukrzycą szeregu ważnych, psychospołecznych czynników, które pozwolą na bezkolizyjne funkcjonowanie tej rodziny. Warto powołać się na konkretne przykłady, jak chociażby ojciec rodziny, który jest chory na cukrzycę typu 1, a jednocześnie jest jedynym kierowcą, którego zadaniem jest dowieźć rodzinę na wczasy. Zaangażowanie rodziny w zapewnienie ojcu-kierowcy stałych pór posiłków i mierzenia poziomu glukozy we krwi jest niezbędne do tego, żeby eskapada się powiodła i – przynajmniej z powodu cukrzycy – nie została zakłócona. Niestety nieco inaczej sprawa wygląda, kiedy osobą chorą na cukrzycę jest w rodzinie matka, partnerka. Najczęściej to ona sama, bez udziału swojego partnera, rodziny dba o to, żeby nie mieć np. hipoglikemii. Ale jak pokazują powyższe badania to się zmienia, ponieważ przygotowywanie wspólnych posiłków, podejmowanie aktywności fizycznej, motywowanie osoby chorej na cukrzycę nie jest już tylko domeną kobiet.

Szacuje się, że w krajach rozwiniętych, do których należy również Polska, w ciągu najbliższych 20 lat liczba osób chorych na cukrzycę może ulec podwojeniu. Już teraz cukrzycę określa się mianem epidemii, a „zarządzanie cukrzycą” z poziomu makro, czyli wydatków, jakie musi ponieść państwo – czyli wszyscy ci, którzy płacą podatki – w celu leczenia cukrzycy, a także chorób współistniejących – ponieważ nie od dziś wiadomo, że cukrzyca jest jedną z głównych przyczyn chorób sercowo-naczyniowych czy niewydolności nerek, nie może odnieść oczekiwanych skutków bez uwzględnienia i docenienia

„zarządzania cukrzycą” z poziomu mikro. Zatem wzmocnienie każdego działania na poziomie mikro w ramach „zarządzania cukrzycą” może mieć niebagatelny wpływ na poprawę stanu zdrowia całego społeczeństwa.

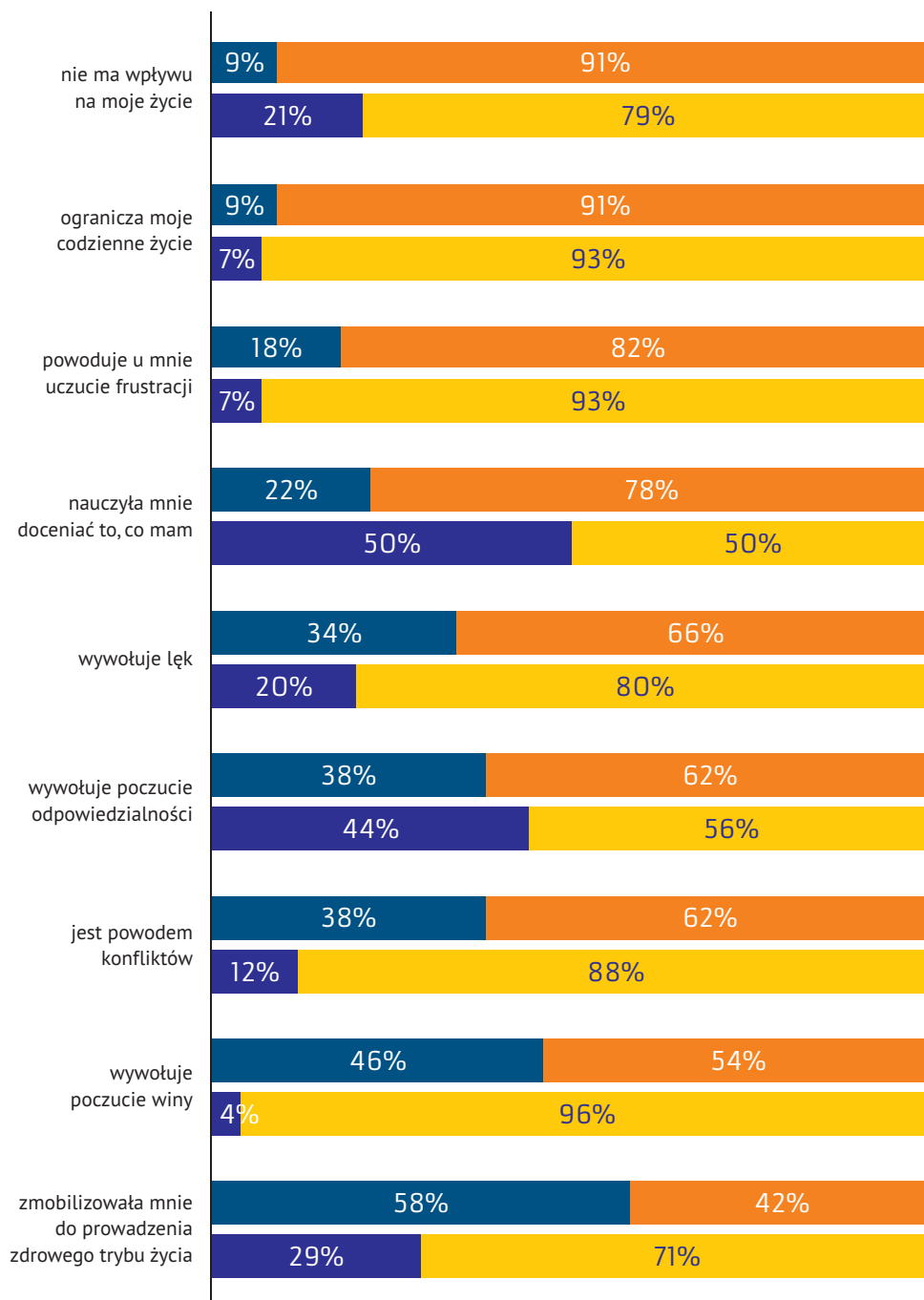
Badania, których wyniki zostały przedstawione w powyższym raporcie, dotyczą sedna zjawiska „zarządzania cukrzycą” w skali mikro. Chorowanie na cukrzycę jednej osoby w rodzinie pociąga za sobą zmiany w życiu lub stylu życia jego bliskich. Zatem zarządzanie cukrzycą jest elementem, stałym, nierzadko kluczowym zarządzania rodziną (aktywność, posiłki), jak i zarządzania budżetem domowym (comiesięczne stałe wydatki na cukrzycę i leczenie chorób współistniejących z cukrzycą). Co więcej wsparcie osoby chorej przez rodzinę może obniżać poziom stresu związany z chorobą. W badaniu osób z cukrzycą typu 2 przeprowadzono wywiady z 400 respondentami. Jednym z pytań w kwestionariuszu ankiety było pytanie przesiewowe „Czy ma Pani/Pan osobę bliską, która wspiera Panią/Pana w codziennym życiu z cukrzycą?”. Trzydziestu respondentów wskazało, że nie ma takiej osoby. Zostali oni wykluczeni z dalszej analizy – zgodnie z pierwotnymi założeniami badania – czyli porównaniu postaw osób z cukrzycą z postawami ich osób bliskich. Najbardziej interesujące, symptomatyczne jest to, że niemalże cała ta „wykluczona” z dalszej analizy grupa zadeklarowała, że jedną (a czasem jedyną) z chorób współistniejących z cukrzycą jest u nich... depresja. Była to oczywiście zbyt niska próba (30 osób), żeby można było z całą pewnością stwierdzić, że osoby samotne, które są chore na cukrzycę, będą również chorowały na depresję. Niemniej jest to pewne wskazanie, sygnał, któremu warto przyrzeć się w toku dalszych pogłębionych badań.

Nadal mało jest badań (na całym świecie, nie tylko w Polsce), które pozwoliłyby na pełne zrozumienie tego, jak grupa społeczna, oparcie w rodzinie wpływa na lepsze funkcjonowanie w chorobie osób z cukrzycą. A już ponad 20 lat temu w badaniach Glasgowa i Tooberta wskazano, że wsparcie rodziny było najsilniejszym motywatorem do przestrzegania zasad leczenia u osób z cukrzycą typu 2². Badania Zhanga, Norrisa, Gregga i Becklesa przeprowadzone dekadę później wśród starszych pacjentów chorych na cukrzycę potwierdziły, że wsparcie rodziny, przyjaciół, znajomych ma ogromny wpływ na to, że pacjenci stosują się do zaleceń związanych z aktywnością i dietą³. W tym ujęciu interesujące są również wyniki badań Pereiry, Berg-Crossa, Almeidy i Machado, ukazujące silną korelację pomiędzy wsparciem rodziny, ale także jej strukturalną stałością a lepszą kontrolą glikemiczną u pacjentów z cukrzycą⁴. Z drugiej strony badania Nickletta i Lianga prowadzone wśród młodych osób chorych na cukrzycę typu 1 wykazały na zależność pomiędzy konfliktami w rodzinie, które miały wpływ na rozmytą odpowiedzialność za sprawowanie opieki nad chorym dzieckiem, a pogarszaniem się stanu zdrowia pacjenta⁵.

Wyniki badań „Polska rodzina z cukrzycą” przedstawiają nowy aspekt choroby jako silnego czynnika wpływającego na stałość, poczucie pewności i poczucie winy u osób bliskich wspierających osoby z cukrzycą typu 1 i typu 2. Na poniższym wykresie przedstawione zostały porównawczo wyniki odpowiedzi osób bliskich na pytanie o to, jak choroba osoby z cukrzycą wpływa na życie jej/jego osoby bliskiej.

WPŁYW CHOROBY NA ŻYCIE OSOBY BLISKIEJ: BLISCY OSÓB CHORYCH NA CUKRZYCĘ TYPU 1 VS. BLISCY OSÓB CHORYCH NA CUKRZYCĘ TYPU 2

■ tak, osoba z cukrzycą typu 1 ■ nie, osoba z cukrzycą typu 1 ■ tak, osoba z cukrzycą typu 2 ■ nie, osoba z cukrzycą typu 2



Rozkład odpowiedzi na pytanie: „Choroba bliskiej osoby na cukrzycę...” N=310 dla bliskich osób chorych na cukrzycę typu 1 i N=370 dla bliskich osób chorych na cukrzycę typu 2

Interesujące jest to, że tylko co jedenasta (9%) osoba bliska osoby z cukrzycą typu 1 stwierdziła, że ta choroba nie ma wpływu na jej życie. Przy czym, w przypadku cukrzycy typu 2 brak wpływu choroby na życie wskazała co piąta (21%) osoba bliska. Ta różnica może wynikać z tego, że cukrzyca typu 1 jest chorobą „zastaną”, która towarzyszy danej relacji od początku. Warto zauważyć również, że bliskie osoby osób z cukrzycą typu 1 w większej liczbie niż opiekunowie chorych z cukrzycą typu 2 podkreślają, że choroba ta wywołuje w nich negatywne emocje. To, że cukrzyca wywołuje w osobach bliskich poczucie winy, zadeklarowała blisko połowa (46%) bliskich osób chorych na cukrzycę typu 1, a tylko 4% (jedenaście razy mniej) bliskich osób chorych na cukrzycę typu 2. Ta duża różnica w odpowiedziach bliskich osób z cukrzycą typu 1 a typu 2 jest rażąca i stanowi bardzo ważne wskazanie dla organizacji pozarządowych, które pracują na rzecz osób z cukrzycą typu 1, służące znalezieniu przyczyn tego stanu rzeczy. Czy to poczucie winy wynika z niewiedzy o chorobie? Czy też może jest wynikiem procesu badawczego, podczas którego badane osoby bliskie zdały sobie sprawę z tego, z jak ciężką chorobą zmagają się ich bliscy? Odpowiedzi na te pytania można byłoby znaleźć podczas pogłębionych badań z opiekunami osób z cukrzycą typu 1. Trzy razy więcej bliskich osób z cukrzycą typu 1 niż bliskich osób z cukrzycą typu 2 przyznaje, że choroba jest powodem konfliktów (38% dla typu 1 vs. 12% dla typu 2). Te różnice we wskazaniach obu badanych grup są – być może – skutkiem tego, że cukrzyca typu 1 zazwyczaj wymaga większego zaangażowania oraz dyscypliny zarówno ze strony osób chorych, jak i ich bliskich, szczególnie kiedy bliskimi są rodzice. Te zależności mogą stanowić przyczynę również innych wskazań, jak tego, że dwukrotnie częściej bliscy osób chorych na cukrzycę typu 1 niż bliscy chorych na cukrzycę typu 2 przyznają, że choroba powoduje u nich poczucie frustracji (18% dla typu 1 vs. 7% dla typu 2) oraz że wyraźnie częściej choroba wywołuje lęk u bliskich osób z cukrzycą typu 1 niż u bliskich osób z cukrzycą typu 2 (34% dla typu 1 vs. 20% dla typu 2).

Ważne jest to, że na poziomie metafizycznym, czyli przy odpowiedzi: „choroba nauczyła mnie doceniać to, co mam”, zmiana w patrzeniu na świat cechuje w dwa razy większym stopniu bliskich osób chorych na cukrzycę typu 2 (50% wskazań) niż u bliskich osób chorych na cukrzycę typu 1 (22%). Ale już na poziomie „przyziemnym”, związanym z mobilizacją do prowadzenia zdrowego stylu życia tendencja jest odwrotna – tę kategorię wskazało dwa razy więcej bliskich osób z cukrzycą typu 1 (58% wskazań) niż bliskich osób z cukrzycą typu 2 (29%).

Niezależnie od tego należy wyraźnie podkreślić, że cukrzyca ma wpływ na zmianę życia u ośmiu na dziesięciu (78%) bliskich osób chorych na cukrzycę typu 2 i aż dziewięciu na dziesięciu (91%) bliskich osób chorych na cukrzycę typu 1.

Cukrzyca wymaga nie tylko od osób chorych, ale także od ich bliskich zmiany stylu życia przyzwyczajzeń, nawyków, trybu pracy, spędzania czasu wolnego, relaksu, diety.

Badanie „Polska rodzina z cukrzycą” po raz pierwszy tak dobitnie, spośród badań zrealizowanych dotąd w Polsce, pokazały na bardzo silną korelację pomiędzy wsparciem rodziny a przestrzeganiem zaleceń związanych z leczeniem cukrzycy.

REKOMENDACJE:

Zarówno osoby z cukrzycą, jak i ich bliscy wskazywali w znakomitej większości, że edukacja na temat cukrzycy powinna objąć całe społeczeństwo, co powinno być jedną z podstaw procesu edukacyjnego na temat cukrzycy jako jednej z chorób cywilizacyjnych, jednak warto bardzo wyraźnie zaznaczyć, że pogłębiony proces edukacyjny na temat choroby powinien objąć również osoby z cukrzycą, jak i ich bliskich, którzy nierzadko nie mają podstawowej wiedzy na temat choroby.

Przedstawione wyniki badań stanowią doskonały punkt wyjścia do pogłębionych badań wśród osób z cukrzycą np. na temat metod leczenia, harmonogramu dnia, ale przede wszystkim społecznego funkcjonowania w cukrzycy oraz charakteru relacji pomiędzy osobami z cukrzycą i ich bliskimi.

Zestawienie wyników badań pacjentów z cukrzycą z odpowiedziami ich bliskich w wielu punktach (jak chociażby rodzaje przyjmowanych leków czy choroby współistniejące) obnażyło brak właściwej komunikacji w chorobie pomiędzy obiema stronami.

Przy planowaniu kampanii edukacyjnych – niezależnie od ich zasięgu – należy wziąć pod uwagę wskazania dotyczące rodzajów źródeł, z których korzystają osoby z cukrzycą i ich bliscy i kierować działania edukacyjne do tych mediów, czy poprzez te osoby, które cieszą się wśród badanych największym zaufaniem.

Badania wskazują na potrzebę zwiększenia roli i wsparcia w zdobyciu wiedzy na temat cukrzycy u lekarzy pierwszego kontaktu, którzy u chorych na cukrzycę typu 2 cieszą się bardzo dużym zaufaniem, a u chorych na cukrzycę typu 1 mają niskie zaufanie.

Przedstawione wyniki badań ukazują jak ważne dla funkcjonowania medycznego i społecznego dla osób z cukrzycą są ich osoby bliskie, które stoją poza nawiasem systemu opieki zdrowotnej, a „współdzielenie” choroby przytłacza nierzadko depresją czy poczuciem winy – objęcie pomocą psychologiczną osób bliskich, które „chorują” razem z osobami z cukrzycą powinno być rozwiązaniem systemowym, realizowanym przy współudziale organizacji pozarządowych.

1. R.M. DiMatteo, Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis, *The Health Psychology*, 2004, 23, ss.207-218
2. R.E. Glasgow, D.J. Toobert, Social environment and regimen adherence among type II diabetes patients, *The Diabetes Care*, 1988, 11, ss. 377-386
3. X. Zhang, S. Norris, E.W. Gregg, G. Beckles, Social support and mortality among older persons with diabetes, *The Diabetes Education*, 2007, 33, ss. 273-281
4. M. Pereira, L. Berg-Cros, P. Almeida, J. Machado, Impact of family environment and support on adherence, metabolic control, and quality of life adolescents with diabetes, *The International Journal of Behavioral Medicine*, 2008, 15, ss. 187-193
5. E. Nicklett, J. Liang, Diabetes-related support, regimen adherence, and health decline among older adults, *The Journal of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 2009, 65B, ss. 390-399

CUKRZYCA OCZAMI DIABETOLOGA

dr Anna Majchrzak

WPROWADZENIE

Mimo ogromnego postępu w medycynie cukrzyca nadal niszczy miliony osób na świecie. Choroba ta jest często określana jako tsunami XXI wieku, a liczba chorych osób stale wzrasta. Aktualnie na cukrzycę choruje ok. 425 milionów osób, z czego jedna czwarta to osoby powyżej 65. roku życia. Dodatkowo ok. 352 miliony osób w tzw. stanie przedcukrzycowym jest zagrożonych rozwojem cukrzycy. Szacuje się, że do 2045 roku liczba chorych w wielu regionach świata ulegnie podwojeniu. W Europie w 2017 roku chorowało 58 milionów osób, a do 2045 roku liczba chorych wzrośnie do 67 milionów. Największy wzrost zachorowań na cukrzycę dotyczy krajów rozwijających się. Wiele z nich nie ma wystarczających środków na działania profilaktyczne i prawidłowe leczenie w tej grupie chorych.

Przyczyną wzrostu występowania otyłości i cukrzycy są niechlubne „osiągnięcia” naszej cywilizacji, takie jak postępująca urbanizacja, siedzący tryb życia i brak dostatecznej aktywności fizycznej, czy nieprawidłowe żywienie.

Zbyt późno rozpoznana i przewlekłe źle wyrównana metabolicznie cukrzyca może prowadzić do amputacji kończyn, przewlekłej choroby nerek i ślepoty oraz śmierci. Szacuje się, że w 2017 roku z powodu cukrzycy zmarły ok. 4 miliony osób w wieku 20–79 lat, co oznacza, że co 8 sekund umiera jeden pacjent z cukrzycą. Z drugiej strony, istnieją dowody na to, że zmiana stylu życia, czyli zdrowa dieta i większa aktywność fizyczna, mogą znacznie zmniejszyć ryzyko rozwoju cukrzycy typu 2, a wczesna diagnoza i skuteczne leczenie znacznie zmniejsza występowanie późnych powikłań i zgonów.

Cukrzyca wywiera także ogromny wpływ społeczny. Ta nieuleczalna przewlekła choroba wywiera efekt nie tylko na osobę chorą, ale także na jej rodzinę.

DEFINICJA CUKRZYCY

Cukrzyca jest to grupa chorób metabolicznych charakteryzująca się hiperglikemią wynikającą z defektu wydzielania i/lub działania insuliny. Przewlekła hiperglikemia wiąże się z uszkodzeniem, zaburzeniem czynności i niewydolnością różnych narządów, zwłaszcza oczu, nerek, nerwów, serca i naczyń krwionośnych.

Insulina to hormon produkowany przez komórki β wysp trzustkowych, który transportuje glukozę do tkanek docelowych, gdzie jest ona wykorzystywana jako źródło energii. Zaburzenie wydzielania lub działania insuliny prowadzi do wzrostu stężenia glukozy we krwi – cechy typowej dla cukrzycy.

Istnieje szereg objawów klinicznych, które mogą sugerować wystąpienie cukrzycy. Są to:

- oddawanie dużych ilości moczu – nasilona diureza (poliuria, wielomocz) spowodowana wydalaniem glukozy z moczem;
- wzmożone pragnienie (polidypsja) wywołane odwodnieniem w przebiegu poliurii;
- utrata masy ciała niewytłumaczona celowym odchudzaniem – spowodowana utratą kalorii w postaci glukozy w mocz;
- inne, mniej typowe objawy obejmują: osłabienie i wzmożoną senność, zmiany ropne na skórze oraz infekcje w obrębie narządów moczowo-płciowych, szczególnie grzybicze zapalenie napletka u mężczyzn.

W przypadku występowania takich objawów należy wykonać oznaczenie glikemii przygodnej.

ROZPOZNAWANIE CUKRZYCY

Prawidłowa glikemia na czczo u osoby zdrowej wynosi 70–99 mg/dl (3,9–5,5 mmol/l).

Cukrzycę można rozpoznać w następujących przypadkach:

- gdy glikemia na czczo w osoczu krwi żyłnej 2-krotnie wyniesie > 126 mg/dl,
- gdy w drugiej godzinie testu obciążenia 75 g glukozy glikemia wyniesie > 200 mg/dl,
- jeśli występują typowe kliniczne objawy hiperglikemii, a glikemia przygodna jest wyższa niż 200 mg/dl.

W tych przypadkach, gdy glikemia na czczo oznaczona w osoczu krwi żyłnej będzie się mieścić w zakresie 100–125 mg/dl, pacjenta należy skierować na test obciążenia 75 g glukozy (OGTT, Oral Glucose Tolerance Test). Podobnie test ten należy wykonać u osoby z glikemią na czczo poniżej 100 mg/dl, ale u której występuje duże prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń gospodarki węglowodanowej.

Na podstawie tego testu można rozpoznać stan przedcukrzycowy, czyli:

- nieprawidłowa glikemia na czczo (IFG, Impaired Fasting Glucose): 100–125 mg/dl (5,6–6,9 mmol/l) i/lub
- nieprawidłowa tolerancja glukozy (IGT, Impaired Glucose Tolerance): gdy w 120 minucie OGTT glikemia mieści się w zakresie 140–199 mg/dl (7,8–11 mmol/l).

Badaniami przesiewowymi w kierunku cukrzycy należy objąć nie tylko osoby z typowymi objawami hiperglikemii – u ponad połowy chorych nie występują żadne objawy.

Do grup ryzyka wystąpienia cukrzycy należą osoby:

- z nadwagą lub otyłością [BMI $\geq$ 25 kg/m² i/lub obwód w talii > 80 cm (kobiety); > 94 cm (mężczyźni)];
- z cukrzycą występującą w rodzinie (rodzice bądź rodzeństwo);
- mało aktywne fizycznie;
- z grupy środowiskowej lub etnicznej częściej narażonej na cukrzycę;
- z uprzednio rozpoznanym stanem przedcukrzycowym;
- kobiety z przebytą cukrzycą ciążową;
- kobiety, które urodziły dziecko o masie ciała > 4 kg;
- z nadciśnieniem tętniczym ($\geq$ 140/90 mm Hg);
- z zaburzeniami gospodarki lipidowej [stężenie cholesterolu frakcji HDL < 40 mg/dl (< 1,0 mmol/l) i/lub triglicerydów > 150 mg/dl (> 1,7 mmol/l)];
- kobiety z zespołem policystycznych jajników;
- z chorobą układu sercowo-naczyniowego.

Ponadto badanie w kierunku cukrzycy należy przeprowadzić raz w ciągu trzech lat u każdej osoby powyżej 45. roku życia.

Jednocześnie należy jeszcze raz podkreślić, że do rozpoznania cukrzycy i innych zaburzeń gospodarki węglowodanowej konieczne są oznaczenia glikemii wykonane

w laboratorium z osocza krwi żyłnej. Nie należy w tym celu wykonywać oznaczeń przy użyciu glukometru.

Mimo że osoby z rodziny chorego z cukrzycą (rodzice, rodzeństwo, dzieci) należą do grupy ryzyka wystąpienia tej choroby, to rzadko wiedzą oni, jakie są prawidłowe wartości glikemii u osób zdrowych. Jak wskazały dane z wywiadów przeprowadzonych wśród osób bliskich pacjentów z cukrzycą typu 2, większość z nich nie znała prawidłowych wartości glikemii, chociaż wiedzę taką deklarowało aż 91 % respondentów z tej grupie badanych. Pacjenci z cukrzycą typu 2 także nie wiedzieli, jakie są prawidłowe wartości glikemii u osób zdrowych. Wiedzę taką deklarowało jedynie 31% chorych, z czego jedynie co piąty chory potrafił podać prawidłowe wskazanie. 69% pacjentów z cukrzycą przyznało, że nie zna tej wartości.

W przypadku pacjentów z typem 1 cukrzycy aż 95% chorych przyznało, że zna wartość norm glikemii we krwi u osoby zdrowej. Jednak prawidłowy wynik podało tylko 13% chorych w tej grupie. Bliscy chorych z cukrzycą typu 1 w 68% przyznali, że mają taką wiedzę, z tego jedynie 20% podało prawidłową wartość glikemii na czczo u osoby zdrowej.

Powyższe dane są bardzo niepokojące. Oznaczają bowiem, że lekarze opiekujący się chorym z cukrzycą w niedostateczny sposób zwracają uwagę na fakt ryzyka wystąpienia cukrzycy u innych członków rodziny chorego. Wprowadzenie badań przesiewowych u rodzin osób z cukrzycą, którzy należą do grupy ryzyka wystąpienia cukrzycy, pozwoliłoby na wczesne wykrycie zaburzeń gospodarki węglowodanowej w tej grupie pacjentów. Brak takich działań skutkuje rozpoznaniem cukrzycy późno, zwykle w okresie występowania objawów klinicznych lub – co gorsza – na etapie wystąpienia późnych narządowych nieodwracalnych powikłań cukrzycy.

Już wyniki badań raportu „Polska w stanie przedcukrzycowym” wskazywały, iż 42% badanych (N=800) uważało, że stan przedcukrzycowy wiąże się z podwyższonym poziomem glukozy we krwi. 18% kojarzyło ten stan ze wzmożoną sennością i osłabieniem. Należy również wspomnieć, że tylko 8% badanych miało świadomość zagrożenia przekształcenia się stanu przedcukrzycowego w cukrzycę, a ponad połowa nie potrafiła podać objawów tego schorzenia ani jego potencjalnych skutków dla organizmu. W przedmiotowym raporcie zbadano dogłębnie wiedzę osób z cukrzycą i ich bliskich w zakresie normy poziomu glukozy na czczo u osoby zdrowej. Tym samym wyniki potwierdzają znacząco bardzo niski poziom wiedzy nie tylko osób z cukrzycą, ale ich bliskich. Podobnie w analizie wyników dotyczących wskazania liczby lat z cukrzycą, występuje duża rozbieżność w odpowiedziach. O ile co czwarta (25%) osoba z cukrzycą wskazała, że choruje na cukrzycę 10 lat i mniej, o tyle tę wartość wskazał co trzeci (35%) bliski. Mając na uwadze dane epidemiologiczne, które wskazują wzrost liczby zachorowań na cukrzycę warto pomyśleć o kampanii edukacyjnej poprzez źródła, do których społeczeństwo polskie ma największe zaufanie.

WNIOSEK:

Niepokojący znacząco niski poziom wiedzy osób chorych na cukrzycę i ich bliskich w zakresie normy poziomu glukozy u osoby zdrowej.

REKOMENDACJA:

Przeprowadzenie kampanii edukacyjnej z przekazem podstawowych informacji poprzez źródła, do których społeczeństwo ma największy poziom zaufania.

KLASYFIKACJA CUKRZYCY

Aktualnie wyróżnia się następujące typy cukrzycy wg Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization, WHO):

1. Cukrzyca typu 1

- autoimmunologiczna,
- idiopatyczna.

2. Cukrzyca typu 2

3. Inne specyficzne typy cukrzycy:

- genetyczne defekty czynności komórki β ,
- genetyczne defekty działania insuliny,
- choroby zewnątrzwydzielniczej części trzustki,
- endokrynopatie,
- leki i substancje chemiczne,
- infekcje,
- rzadkie postaci cukrzycy wywołane procesem immunologicznym,
- inne uwarunkowane genetycznie zespoły związane z cukrzycą.

4. Cukrzyca ciążowa.

Wspólnym mianownikiem dla wszystkich typów cukrzycy jest hiperglikemia. Natomiast patomechanizm jej powstawania jest w każdym typie cukrzycy inny. Większość przypadków cukrzycy na świecie stanowi cukrzyca typu 2.

Najważniejsze różnice między typem 1 i 2 cukrzycy przedstawiono na następnej stronie:

CUKRZYCA TYPU 1:

- jest chorobą autoimmunologiczną, co oznacza, że układ odpornościowy pacjenta niszczy komórki β w wysepkach trzustkowych, co prowadzi do niedoboru insuliny w organizmie;
- początek tej choroby jest najczęściej nagły, objawy rozwijają się w ciągu kilku dni lub tygodni;
- choroba ta może wystąpić w każdym wieku, nawet u osób starszych, choć najczęściej dotyczy dzieci i młodzieży, najczęściej są to osoby szczupłe;
- pacjenci muszą pobierać insulinę, aby kontrolować poziom glukozy, bez insuliny nie mogą żyć;
- ten typ cukrzycy zawsze nazywamy cukrzycą insulinozależną.

CUKRZYCA TYPU 2:

- najczęściej występujący typ cukrzycy, około 90% wszystkich przypadków;
- powstaje z powodu nieprawidłowej reakcji na insulinę, tzw. insulinooporności, oraz nieprawidłowej sekrecji insuliny; dziś wiadomo, że oprócz tych podstawowych istnieje szereg innych dodatkowych zaburzeń w funkcjonowaniu organizmu, prowadzących do hiperglikemii;
- najczęściej schorzenie to występuje u osób starszym, ale coraz częściej cukrzycę typu 2 rozpoznaje się u dzieci i młodzieży, co jest związane z otyłością, niedostateczną aktywnością fizyczną i złym odżywianiem w tej grupie młodych chorych;
- początek tej choroby jest zwykle powolny, podstępny, często nie występują żadne objawy, a cukrzyca rozpoznana jest przypadkowo; często w momencie rozpoznania cukrzycy rozpoznaje się równocześnie jej przewlekłe nieodwracalne powikłania narządowe;
- u podłoża cukrzycy typu 2 leży otyłość, brak aktywności fizycznej, siedzący tryb życia, nieprawidłowe odżywianie, a także skłonność rodziła;
- bardzo często w cukrzycy typu 2 stwierdza się też inne nieprawidłowości, tj. nadciśnienie tętnicze, zaburzenia gospodarki lipidowej, chorobę niedokrwienną serca czy podwyższone stężenie kwasu moczowego;
- podstawą leczenia cukrzycy typu 2 jest odpowiednia dieta pozwalająca na uzyskanie należytej masy ciała oraz aktywność fizyczna;
- w drugiej kolejności stosuje się leki doustne, w monoterapii bądź terapii skojarzonej, a przy braku ich skuteczności do leczenia włączana jest insulina;
- ten typ cukrzycy zawsze nazywamy cukrzycą insulinozależną, nawet w przypadku, gdy pacjent jest już leczony insuliną!

Jak potwierdzają dane zebrane z wywiadów, badane osoby z cukrzycą nie miały problemów z określeniem, na jaki typ cukrzycy chorują. Jednak 16% osób bliskich nie potrafiło poprawnie odpowiedzieć na to pytanie. Wśród osób bliskich 9%, czyli co jedenasta osoba nie wiedziała, na jaki typ cukrzycy choruje jego bliski. Jeżeli osoba z cukrzycą typu 2 leczona była insuliną, to jego bliski uważał, że pacjent choruje na typ 1 cukrzycy. Tego typu rozumowanie nierzadko występuje też wśród lekarzy. Wskazuje to na brak podstawowej wiedzy na temat patogenetyki tych dwóch typów cukrzycy. Kilka osób (2%) określiło, że jest to inny typ cukrzycy niż 1 lub 2.

WNIOSEK:

Osoby z cukrzycą i ich bliscy często określają typ cukrzycy w zależności od stosowanej terapii tabletkami bądź insuliną, nie biorąc pod uwagę odmiennych patomechanizmów prowadzących do tych dwóch różnych typów cukrzycy.

REKOMENDACJA:

Prowadzenie kampanii edukacyjnej dotyczącej różnic między podstawowymi typami cukrzycy, ze szczególnym uwzględnieniem patogenezy cukrzycy typu 2, celem wczesnego wdrażania interwencji mających na celu redukcję modyfikowalnych czynników ryzyka rozwoju cukrzycy typu 2, jako najczęściej występującego zaburzenia gospodarki węglowodanowej w populacji.

LECZENIE CUKRZYCY

Postępowanie nefarmakologiczne

Główne elementy postępowania nefarmakologicznego w terapii cukrzycy to edukacja oraz systematyczna samokontrola. Edukacja w cukrzycy odgrywa kluczową rolę. Powinna obejmować nie tylko pacjentów z cukrzycą, ale także ich opiekunów i rodziny. Podstawowe zadania edukacji diabetologicznej to skuteczna samoopieka oraz poprawa wyrównania metabolicznego i jakości życia. Edukacja powinna uwzględniać indywidualne potrzeby i preferencje pacjenta (patient-centered approach), a także stanowić wsparcie dla pacjenta z cukrzycą i jego rodziny. W grupie osób w wieku starszym edukacja powinna być prowadzona na poziomie dostosowanym do sprawności intelektualnej i fizycznej pacjenta. W tej grupie chorych częstym problemem są zaburzenia funkcji poznawczych, demencja czy też zaburzenia depresyjne. Edukacją muszą być też objęci opiekunowie pacjenta.

W danych zebranych na potrzeby niniejszego raportu 87% osób z cukrzycą typu 2 twierdziło, że edukacja na temat cukrzycy powinna obejmować całe społeczeństwo, 8% że powinna dotyczyć głównie osób z cukrzycą i ich bliskich, a 5%, że powinna dotyczyć tylko osób z cukrzycą. Podobnie osoby bliskie w większości (89%) uważały, że edukacja na temat cukrzycy powinna objąć całe społeczeństwo, a tylko co dziesiąta (11%) twierdziła, że powinna dotyczyć tylko osób z cukrzycą lub/i jej bliskich.

Mimo że od wielu lat środowisko diabetologiczne, zarówno lekarskie, jak i pielęgniarskie, kładzie szczególny nacisk na edukację terapeutyczną, to nadal wydaje się, że obejmuje ona zbyt małą liczbę osób z cukrzycą i zdecydowanie za rzadko kierowana jest do rodzin pacjentów. Ponadto brak szeroko prowadzonej edukacji na skalę społeczną skutkuje stygmatyzowaniem pacjentów, ich izolacją, poczuciem winy i porażki.

W leczeniu cukrzycy, oprócz stosowania diety, wysiłku fizycznego i leków, niezwykle istotne jest prowadzenie systematycznej samokontroli. Monitorowanie glikemii i retrospektywna

analiza są integralnym elementem terapii cukrzycy. W tym celu można korzystać z glukometrów lub z urządzeń służących do skanowania glikemii (system Free Style Libre), bądź urządzeń służących do ciągłego monitorowania glikemii (Continuous Glucose Monitoring, CGMS). Te ostatnie metody są jednak bardzo kosztowne. W Polsce refundowane są urządzenia CGMS tylko dla wąskiej grupy pacjentów z cukrzycą typu 1.

Pacjenci stosujący różne metody leczenia cukrzycy powinni być wyedukowani w zakresie prowadzenia samokontroli. Pierwszym elementem tej edukacji jest nauka obsługi nakłuwacza i glukometru. W kolejnym etapie pacjent powinien być pouczony, kiedy i jak często powinien oznaczać glikemię. Należy podkreślić, że oznaczanie jedynie glikemii na czczo nie daje żadnego wglądu w wyrównanie metaboliczne i efektywność stosowanego leczenia. Celowe jest oznaczanie glikemii dwie godziny po posiłku, a u osób stosujących wielokrotne wstrzyknięcia insuliny kontrola glikemii obejmuje także pomiary przed posiłkami, przed snem oraz około godziny 3.00. Celem prowadzenia systematycznej samokontroli jest dostarczenie informacji o wpływie diety i stosowanego leczenia na poziomy glikemii. Tylko na podstawie takich danych pacjenci mogą wyciągać wnioski na temat stosowanej diety, a lekarz diabetolog może ocenić skuteczność zalecanej pacjentowi terapii, w zakresie rodzaju i dawki stosowanych leków. W edukacji dotyczącej prowadzenia samokontroli glikemii należy uwzględnić rodzaj stosowanej terapii. Podkreślić należy, że u osób stosujących leki doustne oznaczania glikemii na czczo oraz glikemii w nocy jest bezcelowe. W tej grupie chorych najistotniejsza jest kontrola glikemii dwie godziny po posiłkach. Pacjenci stosujący insulinoterapię powinni oznaczać glikemię przed posiłkami w celu dopasowania odpowiedniej dawki insuliny, okresowo również dwie godziny po posiłkach w celu oceny skuteczności dawkowania insuliny. W celu doboru prawidłowej dawki insuliny długodziałającej, bazowej, należy okresowo kontrolować glikemię na czczo oraz o godz. 3.00.

Zalecana częstość kontroli glikemii wg zaleceń Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego jest następująca:

Sposób leczenia cukrzycy	Częstość pomiarów glikemii przy prowadzeniu samokontroli
Wielokrotne (tj. co najmniej 3x dziennie) wstrzyknięcia insuliny Intensywna funkcjonalna insulinoterapia, niezależnie od typu cukrzycy	Wielokrotne (tj. co najmniej 4 x dziennie) pomiary w ciągu doby według ustalonych zasad leczenia oraz potrzeb pacjenta
Chorzy leczeni wyłącznie dietą	Raz w miesiącu skrócony profil glikemii (na czczo i 2 godz. po głównych posiłkach) oraz raz w tygodniu o różnych porach dnia
Chorzy stosujący doustne leki przeciwcukrzycowe i/lub analogi GLP	Raz w tygodniu skrócony profil glikemii (na czczo i po głównych posiłkach), codziennie 1 badanie o różnych porach dnia
Chorzy na cukrzycę typu 2 leczeni stałymi dawkami insuliny	Codziennie 1–2 pomiary glikemii, dodatkowo raz w tygodniu skrócony profil glikemii (na czczo i po głównych posiłkach) oraz raz w miesiącu dobowy profil glikemii

Celem stosowania regularnej samokontroli jest obserwacja i interpretacja odnotowanych wyników, dzięki czemu pacjent może wprowadzać korekty w diecie, aktywności fizycznej i dawkowaniu leków, w tym insuliny. Prowadzenie samokontroli jest metodą aktywnego zaangażowania pacjenta w terapię.

Z danych wywiadów przeprowadzonych z osobami chorymi na cukrzycę typu 1 większość, bo aż 93% deklaruwała, że używa glukometru, pozostałe 7% nie używa tego urządzenia (prawdopodobnie do grupy tej należą osoby korzystające z systemu skanowania glikemii bądź z systemów ciągłego monitorowania glikemii).

Prawie wszyscy pacjenci z typem 1 cukrzycy (99%) zadeklarowali, że kontrolują poziom glikemii we krwi co najmniej cztery razy dziennie. Dane o pomiarach wykonywanych co najmniej cztery razy dziennie potwierdziło dziewięć na dziesięć (92%) bliskich osób z cukrzycą typu 1. 7% badanych bliskich osób chorych nie potrafiło odpowiedzieć na to pytanie.

Wśród problemów z prowadzeniem samokontroli wśród osób z cukrzycą typu 1 wymieniano zbyt małą liczbę pasków testowych przepisywanych przez lekarza (66%), a połowa (52%) chorych twierdziła, że jest zbyt zajęta, żeby pamiętać o pomiarze. 40% chorych deklaruowało, że pomija badania glukozy we krwi z powodu bólu opuszków palców, a co trzecia (33%) z powodu tego, że glukometr jest „za daleko”. Tylko co dwunasty badany (8%) przyznaje, że codzienne badanie poziomu glukozy we krwi nie sprawia mu problemu. Żaden z badanych nie zadeklarował, że nie wykonuje pomiarów poziomu glukozy we krwi z tego powodu, że jest ono bolesne i nieprzyjemne.

Osoby bliskie dużo częściej (81% vs. 66%) wskazywały, że osoby z cukrzycą otrzymują zbyt mało pasków od lekarza, żeby wykonywać częstsze kontrole. Niemal dwie trzecie (61%) uważa, że pomiar jest utrudniony, bo glukometr jest „zbyt daleko”, a blisko połowa twierdzi, że osoba z cukrzycą jest często zbyt zajęta, żeby pamiętać o pomiarze (48% wskazań) lub pomija je z powodu bólu opuszków palców (46%). Tylko pojedyncze osoby wśród osób bliskich uważały, że badanie poziomu glukozy we krwi nie jest dla osób z cukrzycą problemem.

Wśród chorych z cukrzycą typu 2 aż 94% zadeklarowało, że używa na co dzień glukometru. Tylko 6% zadeklarowało, że tego nie robi. Jednak bliscy w tej grupie chorych inaczej ocenili korzystanie z glukometru – na codzienne używanie glukometru przez osoby z cukrzycą wskazało (71%) osób bliskich, a 29% z nich stwierdziło, że ich bliscy, osoby z cukrzycą, nie używają glukometru na co dzień.

Należy zaznaczyć, że praktyka kliniczna wskazuje, że mimo iż pacjent otrzymuje glukometr często w momencie rozpoznania cukrzycy w gabinecie lekarza rodzinnego, to nadal zdarza się, że nikt nie prowadzi szkolenia na temat praktycznej obsługi tego urządzenia. Wśród pacjentów w starszym wieku urządzenie to może budzić lęk i niechęć do jego wykorzystywania w codziennej samoopiece.

Deklaracje badanych osób z cukrzycą typu 2 i osób bliskich pod kątem badania poziomu glukozy we krwi glukometrem wyraźnie rozbiegają się w przypadku częstszych niż raz dziennie badań poziomu glukozy. Osoby bliskie rzadziej deklarują, że osoby z cukrzycą badają poziom glukozy we krwi glukometrem co najmniej cztery razy dziennie (osoby

z cukrzycą 19% vs. osoby bliskie 13%). Różnica jest również w odniesieniu do badania co najmniej dwa razy dziennie o różnych porach dnia – na tę wartość wskazała co piąta osoba z cukrzycą (20%) i co czwarta osoba bliska (26%). Co trzecia osoba bliska (37%), podobnie jak osoby z cukrzycą (31%), deklaruje, że badanie poziomu cukru we krwi nie sprawia podopiecznym problemu.

W pozostałych przypadkach perspektywa osoby bliskiej na temat używania glukometru przez osobę z cukrzycą typu 2 jest nierzadko skrajnie różna. Co czwarta osoba bliska (26%) twierdzi, że osoba z cukrzycą nie wykonuje badania, ponieważ jest zbyt zajęta innymi sprawami (przy 18% wskazań tej odpowiedzi u osób z cukrzycą). Również co czwarta osoba bliska (23%) twierdzi, że osoby z cukrzycą nie wykonują regularnych badań pomiaru cukru we krwi, ponieważ dostają od lekarza zbyt mało pasków testowych (przy 15% wskazań tej odpowiedzi u osób z cukrzycą). Ponad połowa osób bliskich (59%) twierdzi, że wykonywanie badania przez osoby z cukrzycą typu 2 jest trudne, bo niełatwo jest przestrzegać czasu jego wykonania (przy 14% wskazań tej odpowiedzi u osób z cukrzycą). Trzy czwarte osób bliskich (75%) twierdzi, że to ból opuszków palców sprawia, że osoby z cukrzycą nie dokonują pomiarów za pomocą glukometru (przy 12% wskazań u osób z cukrzycą). Tylko kilka osób z cukrzycą wskazało, że nie wykonuje pomiarów, bo urządzenie jest „za daleko”, a tę odpowiedź wskazała co trzecia osoba bliska (38%). Co czwarta osoba bliska chorego z cukrzycą typu 2 (24%) uważa, że niewykonywanie badania wiąże się z tym, że jest ono dla osoby z cukrzycą nieprzyjemne (przy 1% wskazania tej odpowiedzi u osób z cukrzycą).

Powyższe dane wskazują, że pacjenci nie doceniają w sposób należyty korzyści płynących z posiadania glukometru i kontrolowania glikemii. Pomijanie pomiarów z tak błahych powodów jak „jestem zbyt zajęty”, bądź „glukometr jest zbyt daleko” jest lekceważeniem własnego zdrowia i bezpieczeństwa. Należy chorym uświadamiać, że pomiar glikemii często może uchronić pacjenta przed zagrażającą zdrowiu i życiu hipoglikemią, np. przed planowanym wysiłkiem fizycznym lub w związku z obfitym posiłkiem podczas spotkań rodzinnych czy towarzyskich.

W analizowanych wynikach na uwagę zwraca fakt deklarowanej zarówno przez pacjentów, jak i ich bliskich, zbyt małej liczby pasków testowych do glukometru przepisywanych przez lekarza. Ciekawa i nie do końca wyjaśniona jest geneza tego zjawiska. Być może wiąże się ona z ceną pasków. W przypadku pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych lekami doustnymi, cena pasków wynosi ok. 15 złotych. Może to istotnie zwiększać wydatki związane z leczeniem cukrzycy. W przypadku cukrzycy typu 1 cena pasków jest znacząco niższa, ale z kolei większa ilość pomiarów glikemii w ciągu doby również generować może istotne koszty. Jednak w naszych ankietach pacjenci wyraźnie deklarowali zbyt małą liczbę pasków testowych przepisywanych na receptę przez lekarza. Należy zwrócić uwagę na fakt, że kiedyś opiekę nad chorym z cukrzycą typu 1 sprawował niemal wyłącznie specjalista diabetolog. Dzisiaj, z uwagi na mniejszą dostępność do lekarza specjalisty oraz brak ogniwa pośredniego między przejściem z opieki diabetologicznej pediatrycznej do opieki dla osób dorosłych, chorzy ci częściej niż uprzednio trafiają do lekarza rodzinnego. Tu zaś napotykać na wyraźny opór np. przy wypisywaniu recept na paski testowe do glukometru. Być może wynika to z niedostatecznej wiedzy lekarzy rodzinnych na temat nowoczesnego leczenia cukrzycy typu 1. W badaniach naszych okazało się, że pacjenci z cukrzycą typu 1 mają niewielkie zaufanie do lekarzy rodzinnych.

WNIOSEK:

Z obserwacji klinicznych wynika, że pacjenci z różnych powodów pomijają lub zbyt często wykonują oznaczenia w sposób nieprzemyślany, uniemożliwiający wyciągnięcie odpowiednich wniosków terapeutycznych. Może to skutkować nieprawidłowym leczeniem i progresją choroby.

REKOMENDACJA:

Na podstawie powyższej analizy należy podkreślić, że personel medyczny powinien przykładać szczególną wagę do edukowania pacjentów na temat potrzeby regularnego badania poziomów glikemii – w sposób właściwy dla danego chorego i stosowanej przez niego terapii. Należy również zapewnić chorym wystarczającą liczbę pasków testowych oraz poprawić dostęp do nowoczesnych urządzeń do pomiaru glikemii (tj. system Free Style Libre).

Postępowanie farmakologiczne

W cukrzycy typu 1 wybór terapii nie budzi żadnych wątpliwości – pacjenci muszą stosować insulinę. Pozostaje jedynie kwestia metody leczenia insuliną. U młodych, aktywnych, dobrze zmotywowanych i wyedukowanych chorych metodą z wyboru jest intensywna czynnościowa insulinoterapia. Polega ona na podawaniu insuliny o przedłużonym działaniu jako tzw. bazy oraz podawaniu insuliny krótkodziałającej przed każdym spożywanym posiłkiem, w zależności od aktualnej glikemii, wielkości posiłku (głównie zawartości węglowodanów) i planowanej aktywności fizycznej. Insulina może być podawana za pomocą wstrzykiwaczy (tzw. penów) bądź za pomocą osobistej pompy insulinowej.

W cukrzycy typu 2 początkowo terapia obejmuje zmianę stylu życia. Składa się na nią zmiana sposobu żywienia, czyli wdrożenie zasad zdrowego żywienia, dzięki czemu możliwa będzie redukcja masy ciała do masy należnej, oraz zwiększenie aktywności fizycznej. Jednocześnie, od początku choroby zalecana jest farmakoterapia. Według obowiązujących na świecie standardów, pierwszym i najważniejszym lekiem jest metformina. Jeżeli terapia metforminą nie przynosi pożądanych efektów, wyrażonych osiągnięciem docelowej dla danego pacjenta wartości hemoglobiny glikowanej HbA1c, wówczas rozważyć należy terapię skojarzoną. Do dyspozycji mamy leki takie jak pochodne sulfonilomocznika, gli-tazon, inhibitory DPP-4, czy szczególnie ostatnio zalecane inhibitory SGLT2 (tzw. flo-zyny) bądź analogi GLP-1. Jeżeli natomiast nieskuteczne będą połączenia kilku leków o różnym mechanizmie działania, wówczas należy rozważyć rozpoczęcie insulinoterapii.

W grupie chorych z cukrzycą typu 1 objętych analizą, wszyscy pacjenci leczeni byli insuliną, przy czym dwie trzecie osób z cukrzycą (67%) deklaruje, że używa wstrzykiwaczy typu pen, a jedna trzecia (33%), że używa osobistej pompy insulinowej. Trzy czwarte (74%) osób z cukrzycą typu 1 zażywało dodatkowo inne leki, związane głównie ze współistniejącymi chorobami tarczycy.

Najczęstszą, zaleconą osobom z cukrzycą typu 2 metodą leczenia są tabletki przeciwcukrzycowe dostępne na receptę (97%), które biorą niemalże wszystkie osoby z cukrzycą. Dziewięć na dziesięć osób z cukrzycą (87%) sięga po „inne leki”, co druga (46%) stosuje terapię behawioralną, czyli dietę połączoną z aktywnością fizyczną. Cztery na dziesięć osób z cukrzycą (40%) stosuje równocześnie tabletki przeciwcukrzycowe i terapię behawioralną. Osoby z cukrzycą typu 2 stosujące insulinoterapię w 100% korzystają z penów, żaden chory z cukrzycą typu 2 w analizowanej grupie nie korzystał z osobistej pompy insulinowej.

Osoby bliskie pacjentów z cukrzycą typu 2 inaczej oceniły stosowanie terapii behawioralnej, czyli diety połączonej z aktywnością fizyczną. O ile stosowanie tej terapii deklaruje blisko co druga badana osoba z cukrzycą (46%), o tyle na tę metodę leczenia wskazuje tylko co dziesiąta osoba bliska osoby z cukrzycą (10%). Tym samym terapia behawioralna w oczach osób bliskich plasuje się na przedostatnim miejscu metod leczenia zaleconych przez lekarza osobie z cukrzycą typu 2.

Niepokojące z punktu widzenia diabetologa są dane dotyczące stosowania terapii behawioralnej. Modyfikacja diety, stosowanie zasad zdrowego żywienia, redukcja nadmiernej masy ciała oraz stosowanie regularnej aktywności fizycznej są podstawą leczenia cukrzycy. Są to również najprostsze i najtańsze sposoby terapii o udowodnionej skuteczności. Uzyskane w raporcie wyniki wskazują, że zespoły terapeutyczne, zarówno lekarze, jak i pielęgniarki, kładą zbyt mały nacisk na edukację w tym właśnie zakresie i nie monitorują zaleconych celów, tj. jak ilość godzin poświęconych na aktywność fizyczną czy stopniowa redukcja masy ciała u otyłych pacjentów. Bez zrozumienia przyczyn wystąpienia cukrzycy, szczególnie w przypadku cukrzycy typu 2, i modyfikacji stylu życia i diety, które się do stanu takiego przyczyniły – powodzenie terapii farmakologicznej może być bardzo ograniczone.

Jak wskazują analizowane dane oraz praktyka kliniczna osoby chore z cukrzycą przyjmują zwykle kilka leków. Szczególnie dotyczy to pacjentów z cukrzycą typu 2, gdy występują u nich liczne choroby towarzyszące. Wydaje się, że dla wielu z osób w takiej sytuacji najkorzystniejsze jest stosowanie leków oferujących oprócz skuteczności i bezpieczeństwa również prosty schemat podawania – np. jeden raz dziennie.

Osoby z cukrzycą typu 2 leczone nieskutecznie za pomocą leków doustnych wykazują często opór przed zmianą terapii i rozpoczęciem insulinoterapii, ponieważ insulinoterapia kojarzy im się z tzw. gorszą cukrzycą. Z drugiej strony niekiedy lekarze opóźniają moment włączenia insuliny – zjawisko takie określane jest jako „clinical inertia”. Istotnym byłoby zapewnienie lekarzowi prowadzącemu pełnego wachlarza możliwości terapeutycznych. Zgodnie z obowiązującymi standardami w opiece diabetologicznej, terapia powinna być dostosowana do stopnia zaawansowania choroby, stopnia wyrównania metabolicznego, ale przede wszystkim do indywidualnych potrzeb i możliwości pacjenta. Jest to podstawa tzw. opieki pacjentocentrycznej (patient-centered approach). Ważna jest świadomość celów leczenia cukrzycy na każdym jej etapie. Dobór terapii w przypadku osoby chorej na cukrzycę ma ogromne znaczenie na ewentualne przyszłe powikłania, stopień ich zaawansowania, co w przyszłości przekłada się na długość życia pacjenta. Od kilku lat, w przypadku wielu nowoczesnych leków przeciwcukrzycowych, szczególną uwagę zwraca się na ich bezpieczeństwo sercowo-naczyniowe, ale również na pozytywny wpływ na zmniejszenie ryzyka wystąpienia zdarzeń sercowo-naczyniowych – tj. zawał

serca, udar mózgu czy śmierć z przyczyn sercowo-naczyniowych. W związku z wynikami dużych badań klinicznych, tj. Leader i Empa-reg outcome, zmieniły się rekomendacje dotyczące wyboru stosowanych leków na różnych etapach choroby. Obok metforminy główną rolę w terapii cukrzycy typu 2 odgrywają obecnie analogi GLP-1, leki z grupy DDP-4 oraz floszyny. Niestety, w Polsce leki te nie są refundowane, co oznacza, że są one dostępne dla niewielkiego grona chorych z cukrzycą typu 2.

REKOMENDACJA:

Zapewnienie dostępu do innowacyjnych terapii pozwalających na osiągnięcie krótko- oraz długoterminowych jej rezultatów oraz jednoczesnego dostępu do profesjonalnej edukacji przyczyni się do poprawy efektywności opieki diabetologicznej.

POWIKŁANIA CUKRZYCY

Przewlekła hiperglikemia wiąże się z uszkodzeniem, zaburzeniem czynności i niewydolnością różnych narządów, zwłaszcza oczu, nerek, nerwów, serca i naczyń krwionośnych. Innymi słowy niewyrównana, źle kontrolowana cukrzyca prowadzi do rozwoju przewlekłych powikłań narządowych, prowadząc do uszkodzenia, a ostatecznie do niewydolności tych narządów. Obecność przewlekłych powikłań wiąże się z częstymi hospitalizacjami i przedwczesną śmiercią pacjentów. Powikłania sercowo-naczyniowe i nerkowe są główną przyczyną zgonów osób z cukrzycą na świecie.

Retinopatia cukrzycowa dotyczy ponad jednej trzeciej osób z cukrzycą i jest główną przyczyną ślepoty osób w wieku produkcyjnym. U osób z cukrzycą choroba niedokrwienna serca występuje 2–3 razy częściej, a skrajna niewydolność nerek aż 10 razy częściej niż w populacji ogólnej. Większość chorych na cukrzycę nie jest świadoma obecności przewlekłych powikłań. Jednak powikłania te mogłyby być wykryte już we wczesnych stadiach za pomocą programów przesiewowych.

Powikłania cukrzycy dotyczą małych naczyń (mikroangiopatia) i dużych naczyń tętniczych (makroangiopatia).

Do powikłań mikroangiopatycznych zaliczamy:

- retinopatię cukrzycową,
- cukrzycową chorobę nerek,
- neuropatię cukrzycową.

Do powikłań makroangiopatycznych należą choroby układu sercowo-naczyniowego:

- choroba niedokrwienna serca,
- choroba naczyń mózgowych (udar mózgu),
- choroba naczyń obwodowych (zespół stopy cukrzycowej),

Powikłania mikroangiopatyczne	Powikłania makroangiopatyczne
retinopatia cukrzycowa cukrzycowa choroba nerek neuropatia cukrzycowa	choroba niedokrwienna serca choroba naczyń mózgowych (udar mózgu) choroba naczyń obwodowych (zespół stopy cukrzycowej)

Aktywne leczenie i zarządzanie cukrzycą przez pacjenta, poprzez zaangażowanie go w proces terapeutyczny, jest istotną częścią skutecznego zapobiegania lub opóźnienia występowania przewlekłych powikłań cukrzycy.

U pacjentów z cukrzycą, oprócz jej powikłań, mogą występować również inne choroby towarzyszące. W cukrzycy typu 1 są to najczęściej:

- autoimmunologiczne choroby tarczycy,
- autoimmunologiczne choroby wątroby,
- bielactwo,
- celiakia.

W cukrzycy typu 2 są to:

- nadciśnienie tętnicze,
- zaburzenia gospodarki lipidowej,
- łuszczyca.

W obydwóch grupach chorych częściej mogą występować zakażenia, zwłaszcza zakażenia grzybicze, a rzadziej o etiologii bakteryjnej. Wśród zakażeń wymienić można mukormykozę, złośliwe zapalenie ucha zewnętrznego, zakażenia skóry, martwicę powięzi (zespół Maleney'a), bakteryjne zakażenia dróg moczowych, czy gazowe zapalenie pęcherzyka żółciowego.

Jak potwierdzają dane z wywiadów przeprowadzonych z osobami chorymi na cukrzycę i ich bliskimi w ramach raportu, to w grupie pacjentów z cukrzycą typu 1 wśród chorób współistniejących z cukrzycą wymieniano u 52% chorych choroby tarczycy, u 37% choroby układu sercowo-naczyniowego, 37% chorych deklaroowało depresję, 29% na nadciśnienie tętnicze. Ponadto wymieniano celiakię (12%), otyłość (7%), retinopatię (7%), nietrzymanie moczu (5%), choroby ginekologiczne (3%), łuszczycę (3%) oraz impotencję (2%). Osoby bliskie inaczej postrzegały występowanie chorób dodatkowych w tej grupie chorych. Najczęściej wymieniali depresję (45%), potem nadciśnienie tętnicze (34%), choroby układu sercowo-naczyniowego (37%) i choroby tarczycy (29%), które pacjenci wskazywali na pierwszym miejscu. Osoby bliskie wcale nie wymieniły chorób takich jak celiakia, otyłość, nietrzymanie moczu, problemy ginekologiczne. Za to wyraźnie częściej osoby bliskie wskazywały na występowanie impotencji (5% wg osób bliskich vs. 2% osób z cukrzycą).

Wysokie ryzyko współwystępowania depresji u chorych z cukrzycą powinno zawsze pozostawać w świadomości lekarza prowadzącego. Obecność depresji zdecydowanie pogarsza wyrównanie metaboliczne cukrzycy. Konieczna jest zatem odpowiednio wczesna diagnostyka i rozpoznanie oraz odpowiednia terapia. W ten tylko sposób można poprawić jakość życia pacjenta, a co za tym idzie w konsekwencji przyczynić się do lepszej kontroli cukrzycy dzięki pozytywnej postawie chorego.

Wśród chorych z typem 2 cukrzycy największa grupa badanych (60%) podała, że choruje na nadciśnienie tętnicze, 44% chorych zgłaszało choroby układu sercowo-naczyniowego, co czwarty badany (25%) deklarował depresję, a co szósty (16%) zgłaszał współistnienie choroby tarczycy. Rzadziej występujące w tej grupie badanych choroby współistniejące z cukrzycą to jaskra (8%), zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa (6%), dna moczanowa (6%) czy bezdech senny (4%). Warto zwrócić uwagę, że co czwarty pacjent (25%) choruje nawet na cztery choroby współistniejące. Osoby bliskie chorych z cukrzycą typu 2 występowanie schorzeń współistniejących oszacowali podobnie. Jedynie znaczącą różnicę odnotowano w zakresie współwystępowania depresji – deklarowało ją 35% osób z cukrzycą, a jedynie 25% ich bliskich.

Wielu z pacjentów z cukrzycą typu 2 jest obciążonych chorobami towarzyszącymi, szczególnie ze strony układu sercowo-naczyniowego. Dlatego ważne jest umożliwienie lekarzom doboru takich terapii, które w najbardziej skuteczny sposób pozwalają kontrolować poziom glikemii, a jednocześnie działają protekcyjnie na układ sercowo-naczyniowy.

HIPOGLIKEMIA

Hipoglikemia jest częstym powikłaniem leczenia cukrzycy.

Hipoglikemia to ostre powikłanie cukrzycy i oznacza zbyt niski poziom glukozy we krwi. Aktualna definicja wskazuje, że hipoglikemię rozpoznaje się przy obniżeniu stężenia glukozy we krwi poniżej 70 mg/dl (3,9 mmol/l), niezależnie od tego, czy występują objawy kliniczne czy nie. U części osób, zwłaszcza z długim wywiadem cukrzycy, pierwsze objawy mogą się pojawiać dopiero przy niższych wartościach glikemii. Przy takiej wartości glikemii należy podjąć działania zapobiegające dalszemu jej spadkowi – należy spożyć dodatkową porcję węglowodanów lub – jeśli to możliwe – dostosować dawkę leków hipoglikemizujących. Glikemię 70 mg/dl przyjmuje się jako wartość alertową, a glikemię 54 mg/dl (3 mmol/l) za hipoglikemię istotną klinicznie.

Należy podkreślić, że czasami typowe objawy niedocukrzenia mogą pojawić się już przy znacznie wyższych glikemiach – dotyczy to osób przewlekłe źle wyrównanych, gdzie organizm uznaje wysokie glikemie za normę. Z drugiej zaś strony u pacjentów z częstymi, nawracającymi hipoglikemiami mogą nie występować żadne objawy – stan taki nazywamy zaburzonym odczuwaniem hipoglikemii bądź nieświadomością hipoglikemii. Jest to bardzo poważne powikłanie i istotny problem kliniczny.

Do czynników ryzyka wystąpienia hipoglikemii zaliczamy:

- stosowanie insuliny (w monoterapii lub w skojarzeniu z innymi lekami przeciwhiperglikemicznymi);
- stosowanie leków z grupy pochodnych sulfonilomocznika (w monoterapii bądź w skojarzeniu z innymi lekami przeciwhiperglikemicznymi);
- niewłaściwe dostosowanie dawek leków w przypadku podejmowania wysiłku fizycznego;
- brak spożycia zaplanowanego posiłku;
- spożywanie alkoholu;
- zbyt szybkie dążenie do normalizacji wartości HbA1c.

Należy pamiętać, że hipoglikemia w pewnych sytuacjach i w określonych grupach pacjentów, tj. osoby w wieku starszym, osoby z chorobą niedokrwienną serca, może stanowić stan bezpośredniego zagrożenia życia. Należy uświadomić pacjentom, że u każdego z nich hipoglikemia może dać inne dolegliwości i inne objawy kliniczne. Może wystąpić zasłabnięcie, duszność, zaburzenia świadomości, ból głowy czy zaburzenia rytmu serca. W przypadku złego samopoczucia pacjent zawsze powinien skontrolować poziom glikemii. Należy też podjąć wszelkie działania profilaktyczne, aby nie dopuścić do jej wystąpienia, a w przypadku hipoglikemii należy jak najszybciej podjąć odpowiednie postępowanie.

U pacjenta przytomnego zaleca się podanie doustnie 15–20 g glukozy (tzn. 1.5–2 wymienniki węglowodanowe) w postaci szybko wchłaniającej się (coca-cola, sok owocowy, słodka herbata). Wzrost glikemii powinien nastąpić po 15–20 minutach. Aby zapobiec ponownej hipoglikemii, należy dodatkowo spożyć węglowodany złożone, a pomiar glikemii powtórzyć po 60 minutach. Jeżeli pacjent jest nieprzytomny bądź ma zaburzenia świadomości i zaburzenia połykania, należy podać dożylnie 20% roztwór glukozy, a następnie kontynuować wlew 10% roztworu glukozy pod kontrolą glikemii. Przy braku dostępu do żyły należy podać domięśniowo lub podskórnie 1 mg glukagonu. Po odzyskaniu przytomności przez pacjenta należy podać węglowodany doustnie, aby zapobiec nawrotowi hipoglikemii. Niekiedy pacjenci leczeni insuliną lub pochodnymi sulfonilomocznika mogą być narażeni na ryzyko wystąpienia przedłużających się hipoglikemii, które mogą wymagać długotrwałego wlewu dożylnego, a nawet mogą stanowić wskazanie do hospitalizacji chorego i dalszej obserwacji.

Należy pamiętać, że glukagon jest hormonem działającym antagonistycznie do insuliny. Jego działanie w przypadku hipoglikemii polega na uwalnianiu glukozy z wątroby przez zwiększenie jej wyrzutu na drodze hamowania syntezy glikogenu i pobudzania glikogenolizy i glukoneogenezy w komórkach wątroby. Wzrost stężenia glukagonu prowadzi do wyrzutu insuliny. W związku z tym nie można go stosować w terapii hipoglikemii u osób z zachowanym wydzielaniem insuliny własnej – mogłoby to grozić nawrotem kolejnego incydentu hipoglikemii.

Leku tego nie wolno zatem podawać tym pacjentom, których trzustka jest zdolna do produkcji insuliny (np. pacjentom z typem 2 cukrzycy skutecznie leczonym pochodną sulfonilomocznika czy pacjentom w okresie remisji cukrzycy typu 1).

W danych uzyskanych z wywiadów przeprowadzonych z osobami z cukrzycą typu 1 dziewięć na dziesięć (90%) osób zadeklarowało, że przeprowadzono z nimi warsztaty na temat udzielania pierwszej pomocy w sytuacji wystąpienia hipoglikemii i hiperglikemii. Co dziesiąta osoba z cukrzycą typu 1 (10%) twierdziła, że nie miała takiego szkolenia. Wśród osób bliskich chorych z cukrzycą typu 1 trzy czwarte (73%) zadeklarowało, że uczestniczyło w warsztatach na temat udzielania pierwszej pomocy w sytuacji wystąpienia hipoglikemii i hiperglikemii. Co czwarta osoba bliska (27%) twierdziła, że nie miała takiego szkolenia.

W przypadku chorych z cukrzycą typu 2 aż 86% respondentów odbyło praktyczne szkolenie, a jedynie 14% badanych osób z cukrzycą zadeklarowało, że przeprowadzono z nimi warsztaty na temat udzielania pierwszej pomocy w sytuacji wystąpienia hipoglikemii i hiperglikemii. Wśród osób bliskich warsztaty na temat udzielania pierwszej pomocy w sytuacji wystąpienia hipoglikemii i hiperglikemii u bliskiej osoby z cukrzycą

przeprowadzono jedynie dla 15% osób. Większość osób bliskich (85%) nie uczestniczyła w takim warsztacie.

Większość badanych osób z cukrzycą (92%) zadeklarowała, że posiada Glukagen. Dziewięć na dziesięć (90%) osób bliskich twierdziło, że bliskie osoby chore na cukrzycę typu 2 posiadały Glukagen z prawidłową datą ważności.

Na podstawie przeprowadzonych ankiet nie można było przeprowadzić korelacji, czy pacjenci posiadający Glukagen byli leczeni insuliną, czy innymi lekami doustnymi; w tym ostatnim przypadku zastosowanie Glukagenu w przypadku hipoglikemii mogłoby mieć niekorzystne następstwa dla chorego wywołując kolejny epizod hipoglikemii.

WNIOSKI:

Pacjenci z cukrzycą zbyt rzadko są edukowani w sposób praktyczny w zakresie czynników ryzyka, objawów i postępowania w przypadku wystąpienia ostrego powikłania cukrzycy, jakim jest hipoglikemia. Rodziny pacjentów nie są wcale praktycznie szkolone w tym zakresie.

Mimo szeroko prowadzonej edukacji diabetologicznej dane zebrane z wywiadów przeprowadzonych w grupie 1390 respondentów wskazują, że nadal pacjenci z cukrzycą, a także większość członków ich rodzin, nie posiadają często podstawowej wiedzy, nie czuje dostatecznego wsparcia ze strony rodziny i społeczeństwa w życiu z cukrzycą. O wielu problemach pacjenci z cukrzycą nie rozmawiają, nawet w gronie najbliższych im osób. Choroba ta nadal jest dla chorych i ich bliskich rodzin ciężarem, źródłem konfliktów i znacznego obciążenia finansowego.

REKOMENDACJE:

Należy zwrócić uwagę i częściej organizować praktyczne warsztaty dla osób z cukrzycą oraz ich rodzin dotyczące postępowania w przypadkach ostrych powikłań cukrzycy, tj. hiperglikemia i hipoglikemia. Niewystarczający jest przekaz w formie wykładów czy ulotek informacyjnych.

Warto zwrócić uwagę i częściej organizować szkolenia dla lekarzy rodzinnych, głównie w zakresie nowoczesnych metod leczenia cukrzycy typu 1, tj. intensywna czynnościowa insulinoterapia, systemy skanowania glikemii, terapia za pomocą osobistej pompy insulinowej, systemy ciągłego monitorowania glikemii, metody samokontroli. W efekcie należy się spodziewać wzrostu zaufania pacjentów do tej grupy lekarzy.

Należy zwrócić uwagę i szeroko prowadzić kampanie społeczne, głównie w mediach społecznościowych, które cieszą się bardzo wysokim stopniem zaufania pacjentów i ich bliskich, na temat cukrzycy, a w szczególności różnic między typem 1 i 2 cukrzycy.

1. Zalecenia dotyczące postępowania u chorych na cukrzyce. Stanowisko PTD, 2018.
2. IDF Diabetes Atlas 2017.
3. „Cukrzyca” pod redakcją Jacka Sieradzkiego. 2016.
4. Strojek K., Stepanow B., Ślusarska-Staniszeńska A. Raport „Polska w stanie przedcukrzycowym”. Warszawa 2016.
5. Raport „Polska w stanie przedcukrzycowym”, 2016.

HOLISTYCZNA EDUKACJA DIABETOLOGICZNA W CODZIENNYM ŻYCIU OSÓB CHORYCH NA CUKRZYCĘ I ICH BLISKICH

mgr Beata Stepanow

Nigdy nie jest za późno, żeby zacząć od nowa, żeby pójść inną drogą i raz jeszcze spróbować. Nigdy nie jest za późno, by na stacji złych zdarzeń złapać pociąg ostatni i dojechać do marzeń (...)

Jan Paweł II

Ujednolicenie i wypracowanie ogólnie akceptowalnych wytycznych dotyczących edukacji w dziedzinie diabetologii okazało się kilka lat temu jedną z najważniejszych potrzeb środowiska pielęgniarskiego, położniczego oraz pacjenckiego. W wyniku wielu spotkań, dyskusji i konsultacji, również z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia, powstała koncepcja opracowania przez Stowarzyszenie Edukacji Diabetologicznej Standardów Holistycznej Edukacji Diabetologicznej. Przygotowywane Standardy Holistycznej Edukacji Diabetologicznej mają za zadanie ujednolicenie zasad postępowania w edukacji z pacjentem diabetologicznym, jego bliskimi i środowiskiem, w którym przebywa. Stowarzyszenie Edukacji Diabetologicznej, na kanwie doświadczenia swoich członków, wprowadziło pojęcie Holistycznej Edukacji Diabetologicznej, jako edukacji terapeutycznej osoby chorej na cukrzycę, pacjentów ze stanem przedcukrzycowym, osób z grupy o podwyższonym ryzyku wystąpienia cukrzycy, obejmującą środowisko rodzinne pacjentów, jak również środowisko społeczno-zawodowe, w którym przebywają lub pracują.

Wyniki badań przedstawione w raporcie „Polska rodzina z cukrzycą” są dowodem na to, iż cukrzyca wymaga holistycznego podejścia z uwagi na odmienność każdego pacjenta, sytuacji w jakiej się znajduje, środowiska, w którym egzystuje – opiera się na personalnym podejściu oraz indywidualnym planie edukacji, a także uwzględnia interdyscyplinarny charakter cukrzycy. Warto również zaobserwować środowisko zawodowe osób chorych na cukrzycę, aby poznać potrzeby ich, jak również ich pracodawców. Gdy analizując wyniki, zdajemy sobie sprawę, że w domu chorego często nie rozmawia się o cukrzycy, a nawet bywa ona powodem kłótni, to rodzi się pytanie, czy współpracownicy wiedzą o jego chorobie? Gdyby wiedzieli, czy potrafiliby pomóc w sytuacji ostrych powikłań cukrzycy? Gdyby wiedzieli, czy wiedza pomogłaby im samym i ich rodzinie?

Cukrzyca to schorzenie przewlekłe, które znacząco zmienia życie chorego. Jakie będą emocje? To wszystko zależy na jakim etapie życia osobistego, zawodowego, lub społecznego jest dana osoba. Zmiana jest procesem, a każdy jej etap w codziennym życiu z cukrzycą wymaga zaangażowania. Pojawienie się cukrzycy czasami motywuje do pozytywnych zmian dotyczących nawyków żywieniowych czy przestrzegania regularnej aktywności fizycznej, zwłaszcza wtedy, gdy jest obok osoba, która wspiera i motywuje. Jest również drugie oblicze cukrzycy, które powoduje wycofanie się osoby z procesu terapeutycznego. Widzimy wówczas, jak osoba z cukrzycą z wielu powodów nie przestrzega zaleceń pielęgniarskich i lekarskich.

Dlatego też holistyczna edukacja diabetologiczna osób chorych na cukrzycę i ich środowiska osobistego, społeczno-zawodowego, prowadzona przez edukatorów do spraw diabetologii, ma niezwykle istotne znaczenie. Dzięki niej wszyscy stają się świadomi zarówno swojej choroby, jak i zagrożeń, które ona za sobą niesie.

REKOMENDACJA:

Poznanie potrzeb osób chorych na cukrzycę w środowisku zawodowym.

a. Codziennosc z samokontrolą poziomu glukozy

Samokontrola to zespół wszystkich działań podejmowanych przez osobę chorą na cukrzycę i/lub środowisko rodzinne, społeczno-zawodowe, w celu oceny i normalizacji wyrównania metabolicznego cukrzycy i jej ewentualnych powikłań oraz aktywna kontrola szeroko pojętego własnego stanu zdrowia. Wytworzenie się u pacjenta silnych mechanizmów motywacyjnych do codziennej realizacji zaleceń pielęgnarskich i lekarskich staje się w tej sytuacji warunkiem skuteczności działania. Podstawowym wymogiem jest uzyskanie właściwego zasobu informacji o chorobie, metodach jej leczenia, kontroli i samokontroli, pełnej możliwości prowadzenia aktywnego życia, działania w wielu rolach społecznych, w rodzinie i w pracy.¹

Możliwość pomiaru stężenia glukozy we krwi zrewolucjonizowała nowoczesną terapię cukrzycy, stając się jej integralną częścią. Najpowszechniej używanymi analizatorami służącymi do oznaczania stężenia glukozy we krwi są glukometry. Nową jakość monitorowania glikemii wprowadziła technologia wytwarzania czujników-sensorów oraz urządzeń do ciągłego pomiaru stężenia glukozy (CGM, *continuum glucose monitoring*). Ciągły monitoring glikemii w czasie rzeczywistym (CGM – RT) – CGM (*continuous glucose monitoring*) to inaczej ciągły pomiar glikemii, którego odczyt odbywa się w czasie rzeczywistym. System składa się z trzech elementów – sensora, transmitera oraz czytnika. System monitorowania glikemii oparty na metodzie skanowania (FGM) – FGM (*flash glucose monitoring*) to system pomiaru glikemii, który odbywa się bez nakłuwania opuszka palca, ale pod warunkiem zbliżenia czytnika do sensora. Dodatkowo FGM nie wymaga codziennej kalibracji. W CGM i FGM najważniejszą składową systemu jest sensor (elektroda, czujnik), który umieszczany jest w tkance podskórnej. Pomiar glikemii odbywa się w płynie śródtkankowym, a nie we krwi.²

Analiza wyników w raporcie „Polska rodzina z cukrzycą” wskazuje, iż 22 osoby z cukrzycą typu 1 (N=310), które odpowiedziały, że nie używają glukometru, korzystają z nowoczesnych metod monitorowania glikemii. Potwierdzają to również ich bliscy. Sytuacja jest inna w przypadku osób chorych na cukrzycę typu 2. Gdy 22 osoby chore na cukrzycę typu 2 (N=370) wskazały, iż nie używają glukometru, okazało się, że ich bliscy nie potwierdzają tej sytuacji. Otóż 108 bliskich (N=370) wskazało, iż osoba chora na cukrzycę typu 2 nie używa glukometru i nie wskazuje na inny system monitorowania glikemii. Badanie dalej informuje, iż największą grupę badanych (43%) stanowią osoby z cukrzycą typu 2, które deklarują, że badają poziom glukozy we krwi raz dziennie, co szósty (16%) raz w tygodniu, a kilka osób (2%) raz w miesiącu. Niepokojące są wyniki pokazujące, że znaczna liczba badanych osób chorych na cukrzycę typu 2 (43%) dokonuje pomiaru poziomu glukozy jedynie raz dziennie na czczo, co potwierdzają ich bliscy (41%).

HOLISTYCZNA EDUKACJA DIABETOLOGICZNA W CODZIENNYM ŻYCIU OSÓB CHORYCH NA CUKRZYCĘ I ICH BLISKICH

Okazuje się, że warto przeprowadzić analizę zależności pomiędzy częstością pomiarów glikemii a sposobem leczenia, zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Natomiast zastanawiający jest powód, dla którego tak duży procent badanych wskazuje na częstość pomiaru glikemii – raz dziennie na czczo. Wyniki badań wskazują, iż co siódmy badany z cukrzycą typu 2 (14%) pomija kontrole, ponieważ nie jest w stanie przestrzegać czasu ich dokonywania. Co ósma osoba z cukrzycą typu 2 (12%) twierdzi, że pomija badania glikemii z powodu bólu opuszków palców. Jeśli podobne zachowanie potwierdzają cztery na dziesięć badanych osób z cukrzycą typu 1 (40%), to może warto byłoby poznać przyczyny występowania bólu. Tym bardziej że problem związany z pomiarem – ból opuszków palców – osoby z cukrzycą typu 1 wskazywały częściej niż osoby bliskie (60% wskazań dla osób z cukrzycą vs. 46% wskazań dla osób bliskich). Wynika z tego, że bliscy nie wiedzą, jakim wyzwaniem jest pomiar glukozy dla osób chorujących. Nasuwa się pytanie, jak można im pomóc? I tu pojawiają się nowoczesne technologie w monitorowaniu glikemii, które nie są dostępne dla wszystkich, ze względu na brak refundacji. Natomiast badanie wskazuje, iż znakomita większość (84%) badanych osób z cukrzycą typu 1 oraz 51% osób z cukrzycą typu 2 zadeklarowała, że chciałaby korzystać z urządzenia do badania poziomu glukozy we krwi bez konieczności codziennego nakłuwania, jednak pod warunkiem, że byłoby to refundowane.

WNIOSKI:

Nowoczesny system do monitorowania glikemii pozwala na samokontrolę bez nakłuwania opuszków palców, co pozwala na uniknięcie odczuwania bólu.

Zastosowanie nowoczesnego systemu do monitorowania glikemii może ułatwić samokontrolę glikemii, a tym samym samoobserwację, jak czynniki behawioralne wpływają na poziom glukozy.

REKOMENDACJE:

Umożliwienie osobom chorym na cukrzycę korzystania z nowoczesnych metod monitorowania poziomu glukozy w celu zapewnienia komfortu życia bez codziennego bólu.

Przeprowadzenie szczegółowej analizy przyczyn odczuwania bólu przez osoby chore na cukrzycę stosujące glukometry.

Przeprowadzenie analizy zależności pomiędzy częstością pomiarów glikemii a sposobem leczenia, zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego.

b) Leczenie behawioralne

Leczenie cukrzycy to nie tylko przyjmowanie leków zgodnie z zaleceniami lekarza. Równie ważnym i nieodłącznym elementem procesu terapeutycznego w przypadku cukrzycy jest terapia behawioralna, czyli czynności obejmujące modyfikację zachowań i zmianę nawyków. Racjonalne odżywianie i aktywność fizyczna, dostosowane do indywidualnych potrzeb i możliwości, są kluczem do ich osiągnięcia.³ Jednakże należy wskazać, iż głównym wyzwaniem dla osób chorych na cukrzycę i ich bliskich jest nie uczenie się, ale oduczenie się. Nic się nie zmienia bez naszej osobistej metamorfozy. Jednakże często boimy się zmian, ponieważ ciężko nam rozstać się z tym, z czym już umiemy sobie radzić.

W badaniu wyników raportu „Polska rodzina z cukrzycą” zastanawiające jest to, że gdy dochodzi do analizy wspólnego przygotowywania posiłków, pojawia się różnica wskazań dotycząca przestrzegania zasad zdrowego odżywiania zgodnie z zaleceniami. Otóż osoby z cukrzycą typu 1, jak i osoby z cukrzycą typu 2, w większym procencie uważają, że jeśli posiłki są przygotowywane wspólnie z bliskimi to na zasadach zdrowego odżywiania. Niestety bliscy osób chorych na cukrzycę tego nie potwierdzają. W sytuacji, gdy osoby z cukrzycą twierdzą, że posiłki przygotowywane są wspólnie bez przestrzegania zaleceń żywieniowych, to ich bliscy uważają, iż tak nie jest. Pomimo że procentowo nie są to znaczące różnice, to pozwalają domniemać, iż nie dla wszystkich zasady zdrowego odżywiania znaczą to samo. Różnice mogą być również powodem konfliktów, zwłaszcza wtedy, gdy wyniki badań laboratoryjnych czy poziomy glukozy nie są zadowalające. Dowodem na to może być fakt, iż ponad połowa (57%) osób z cukrzycą typu 1 i 32% osób z cukrzycą typu 2 przyznaje, że samodzielnie przygotowują posiłki dla siebie.

Francuski myśliciel Monteskiusz powiedział, że „zdrowie utrzymane za pomocą restrykcyjnej diety to przykra choroba”, ale wcale nie musi tak być. Istotne jest, aby osoby chore na cukrzycę i ich bliscy znali wskazówki dotyczące zdrowego żywienia i jedzenia oparte na prostych oraz realistycznych zasadach, które będą mogli z łatwością wdrożyć w życie. Mając na uwadze choroby współistniejące należy zalecenia żywieniowe modyfikować we współpracy z zespołem terapeutycznym. W tym miejscu wielki ukłon w stronę ojca medycyny – Hipokratesa, bo to on już ponad 2400 lat temu dał nam wskazówki do stosowania profilaktyki zdrowotnej, uznając, że: „twoje pożywienie powinno być lekarstwem, a twoje lekarstwo powinno być pożywieniem”, czym wskazał na istotną rolę odżywiania, a dorzucając jeszcze zdanie: „bezczynność i lenistwo prowadzą do zguby”, poruszył aspekt aktywności fizycznej.

Z wielu funkcjonujących w obiegu naukowym definicji możemy wywnioskować, że aktywność fizyczna to systematyczny, zorganizowany i zaplanowany w czasie wysiłek fizyczny, czyli pewnego rodzaju trening, który musi być dostosowany do indywidualnych możliwości każdej osoby. Charakterystyczną cechą jest regularność powtarzania określonych ćwiczeń czy zachowań. Aktywność fizyczna ma działanie profilaktyczne u chorych zagrożonych cukrzycą, a w połączeniu z odpowiednim odżywianiem zmniejsza ryzyko wystąpienia cukrzycy. Natomiast w przypadku zachorowania jest znaczącym elementem w jej terapii, jak również nefarmakologiczną metodą leczenia insulinooporności. Ważne jest jednak dokładne zrozumienie profilaktycznego znaczenia leczniczego aktywności fizycznej, mechanizmów działania, umiejętności praktycznego stosowania, w tym sposobów dawkowania.⁴

W badaniu na uwagę zasługuje fakt, iż 46% osób z cukrzycą typu 2 nie prowadzi żadnej aktywności fizycznej, co potwierdzają ich bliscy. Inna sytuacja ma miejsce w przypadku osób z cukrzycą typu 1. To ich bliscy w znacznym procencie (82%) wskazują, iż osoby z cukrzycą typu 1 nie prowadzą żadnej aktywności fizycznej (przy 3% wskazań osób z cukrzycą tego typu). Można domniemać, iż osoby z cukrzycą typu 1 prowadzą pewien rodzaj aktywności fizycznej, ale nie spełniają określonych oczekiwań, które mają ich bliscy. Pozytywny jest fakt, iż co piąta bliska osoby z cukrzycą typu 2 (20%) deklaruje, że prowadzi aktywność fizyczną wspólnie i robią to co najmniej trzy razy w tygodniu po 30 minut. Niestety w niewielkim procencie widoczne jest to u osób z cukrzycą typu 1 i ich bliskich. Należy wziąć pod uwagę, iż badane osoby z cukrzycą typu 1 są to przede wszystkim osoby czynne zawodowo i przestrzeganie zasad regularnej aktywności fizycznej może być dla nich ogromnym wyzwaniem. Przytaczając kolejną sentencję Hipokratesa „Zdrowie wymaga stanu równowagi między wpływami środowiska, sposobem życia oraz różnymi elementami ludzkiej natury”, należy wskazać istotną rolę odpowiedniej kondycji psychicznej. Samopoczucie osoby chorej na cukrzycę wpływa na niemal wszystkie aspekty postępowania terapeutycznego.⁵

Autorzy ankiet zastanawiali się nad zasadnością powyższego stwierdzenia i wprowadzili jedno z pytań dotyczące posiadania zwierzęcia w domu, a także wpływu jego obecności na domowników.

Badania wskazują na nieoceniony pozytywny wpływ obecności zwierzęcia w życiu osoby chorej na cukrzycę. 23% osób z cukrzycą typu 1 (N=310) i 14 % osób z cukrzycą typu 2 ma w domu zwierzę. W największym procencie są to psy, których posiadanie, zdaniem osób z cukrzycą, pozytywnie wpływa na ich stan psychiczny, ponieważ m.in. motywują do aktywności fizycznej, rozbawiają i uspokajają.

WNIOSKI:

Biorąc pod uwagę stan psychomotoryczny oraz stan zdrowia wynikający z badań diagnostycznych, każda osoba chora na cukrzycę powinna mieć opracowany indywidualny program aktywności fizycznej dostosowany do własnych możliwości i potrzeb.

Edukacja w zakresie zdrowego odżywiania powinna być dostosowana do istniejących chorób towarzyszących w cukrzycy, a zasady żywieniowe powinny uwzględniać indywidualne preferencje żywieniowe, wiek, aktualną masę ciała oraz poziom aktywności fizycznej osoby chorej na cukrzycę oraz jej statut ekonomiczny.

Edukacja w zakresie leczenia behawioralnego powinna mieć charakter holistyczny, to znaczy uwzględniać zindywidualizowane podejście do osoby chorej na cukrzycę i obejmować jej otoczenie, rodzinę oraz środowisko społeczno-zawodowe.

REKOMENDACJA:

Umieszczenie usługi edukacyjnej świadczonej przez edukatora ds. diabetologii w koszyku świadczeń gwarantowanych.

c) Choroby współistniejące – interdyscyplinarny charakter cukrzycy oraz koszty „cukrzycy”

Na świecie cukrzyca jest przyczyną większej liczby zgonów niż rak piersi i prostaty łącznie.⁶ Badania wskazują, iż najczęstszym powikłaniem cukrzycy i główną przyczyną zwiększonej śmiertelności są choroby układu sercowo-naczyniowego, przede wszystkim choroba niedokrwienna serca, zawał mięśnia sercowego i udar mózgu jako skutek zmian miażdżycowych w naczyniach wieńcowych.⁷

Ogólnopolskie badania epidemiologiczne dotyczące cukrzycy, które przeprowadziła w 2010 roku Koalicja na rzecz Walki z Cukrzycą wspólnie z TNS OBOP, zadając pytanie – Jaki rodzaj powikłań zdrowotnych pojawił się u Pana/Pani w związku z cukrzycą? – dało następujące wyniki:⁷

- 41% uszkodzenie wzroku
- 27% choroba układu krążenia
- 16% uszkodzenie nerwów obwodowych
- 10% uszkodzenie nerek
- 6% zespół stopy cukrzycowej
- 5% udar mózgu

Zgony spowodowane powikłaniami w cukrzycy to straty ludzkie, które są niepoliczalne. Natomiast inne rokrocznie występujące skutki powikłań cukrzycy – około 13 tysięcy amputacji spowodowanych zespołem stopy cukrzycowej, prawie 220 000 epizodów hipoglikemii, leczenie otyłości, depresji i innych powikłań, a także konsekwencje utraconej produktywności, rent z powodu niezdolności do pracy, niepełnosprawności to ogromne koszty ekonomiczne. W przeliczeniu na złotówki cukrzyca kosztuje polskie społeczeństwo około 7 miliardów złotych rocznie. Składają się na nie następujące koszty:

Świadczenia specjalistyczne bez refundacji	– blisko 400 milionów złotych
Koszty leczenia cukrzycy na poziomie Podstawowej Opieki Zdrowotnej	– ponad 260 milionów złotych
Koszty refundacji leków i wyrobów medycznych	– prawie 1,140 miliarda złotych
Bezpośrednie koszty powikłań	– prawie 2,1 miliarda złotych
Pośrednie koszty powikłań	– prawie 1,5 miliarda złotych

Uwzględniając jeszcze koszty nieobecności w pracy (przebywanie na zwolnieniu chorobowym), niepełnej zdolności do wykonywania czynności zawodowych (będąc w pracy), rent chorobowych spowodowanych niezdolnością do pracy, utratą produktywności z powodu rent socjalnych i zgonów, koszty cukrzycy generują wydatki na poziomie co najmniej 7 miliardów złotych.⁸

Badania, których wyniki zostały przedstawione w raporcie „Polska rodzina z cukrzycą” dotyczą spraw ekonomicznych związanych z cukrzycą. Analizując wskazania miesięcznych wydatków „na cukrzycę”, znaczącą różnicę w ich postrzeganiu widać w wynikach dotyczących osób z cukrzycą i ich bliskich. Otóż osoby z cukrzycą wskazują mniejszy zakres kosztowy niż ich bliscy. Można domniemać, iż bliscy czują większe obciążenie finansowe związane z leczeniem bliskiej osoby na cukrzycę. Warto mieć na uwadze to, iż finanse mogą być też powodem nieporozumień, a także być przyczyną braku rozmów w rodzinie na temat cukrzycy.

W badaniu osoby z cukrzycą wskazały na wiele chorób współistniejących. Zarówno osoby z cukrzycą, jak i ich bliscy, wskazali w znacznym procencie występowanie chorób sercowo-naczyniowych oraz nadciśnienie tętnicze. Natomiast bliscy w większym procencie wskazali występowanie depresji. Można domniemać, iż badane osoby z cukrzycą ukrywają ten fakt w obawie przed oceną, odrzuceniem czy utratą pracy. Ważnym dla obserwacji wynikiem jest wpisanie chorób przez samych badanych. Bliscy w większym procencie wskazali występowanie u osoby z cukrzycą typu 1 impotencji. Natomiast pominęli choroby ginekologiczne i nietrzymanie moczu. Wymienione grupy chorób czy dolegliwości należą często do tematów tabu. Jednakże wskazanie nietrzymania moczu przez 5% osób z cukrzycą typu 1 jest powodem do dalszych obserwacji. Można zatem przypuszczać, że bliscy nie mają wiedzy, iż osoby z cukrzycą zmagają się z nietrzymaniem moczu, które dotyczy prawie 5 milionów Polaków.⁹

W Polsce możemy poszczycić się opracowanymi zaleceniami klinicznymi dotyczącymi postępowania u chorych na cukrzycę – Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego oraz Standardami Holistycznej Edukacji Diabetologicznej Stowarzyszenia Edukacji Diabetologicznej opartymi na dowodach naukowych oraz najlepszych rozwiązaniach programowych i organizacyjnych. Opierają się na personalnym podejściu oraz indywidualnym planie edukacji, a także uwzględniają interdyscyplinarny charakter cukrzycy. Ważna jest świadomość celów leczenia cukrzycy na każdym jej etapie. Cele te mogą być jednak osiągnięte tylko pod warunkiem realnego dostępu do innowacyjnych terapii pozwalających na osiągnięcie krótko- oraz długoterminowych rezultatów terapii oraz jednocześnie dostępu do profesjonalnej edukacji. Dobór terapii w przypadku osoby chorej na cukrzycę ma ogromne znaczenie na ewentualne przyszłe powikłania, ich intensywność i wreszcie długość życia pacjenta. Od kilkunastu lat, w przypadku leków przeciwcukrzycowych, szczególną uwagę zwraca się na ich bezpieczeństwo kardiologiczne, a w szczególności sercowo-naczyniowe.¹⁰

WNIOSEK:

Leczenie cukrzycy, a zwłaszcza jej powikłań, obciąża nie tylko budżet państwa, ale ma znaczący wpływ na jakość życia osób chorych na cukrzycę i ich bliskich.

REKOMENDACJE:

Zapewnienie zalecanych opcji terapeutycznych stanowiących standard leczniczy w innych krajach Europy.

Określenie potrzeb osób chorych na cukrzycę zmagających się z nietrzymaniem moczu.

Udrożnienie dostępu do opieki wielospecjalistycznej związanej z interdyscyplinarnym charakterem cukrzycy.

d) Edukacja diabetologiczna – Jak? Gdzie? Kiedy?

Podczas 50. Kongresu Europejskiego Towarzystwa Badań nad Cukrzycą (EASD) w Wiedniu wykazało, że opieka diabetologiczna w Europie jest na coraz wyższym poziomie, a Polska wypadła w tym porównaniu niekorzystnie – zajęliśmy 25 miejsce na 30 ocenianych krajów.

(...) wysoki procent ludzi otyłych i niezdrowy tryb życia sprawiają, że cukrzyca w Polsce stała się tykającą bombą zegarową. Zwiększone zagrożenie cukrzycą wymaga silnej opieki diabetologicznej, jednak w Polsce nie jest ona traktowana priorytetowo. – Żenująco trudny jest dostęp do informacji, między innymi o procedurach i wynikach leczenia cukrzycy (...) – powiedziała dr Beatriz Cebolla, dyrektor Europejskiego Indeksu Diabetologicznego 2014 (Euro Diabetes Index 2014). Za konieczne uznała całkowitą modernizację opieki diabetologicznej w Polsce. – Należy równolegle pracować nad zdrowiem publicznym, raportowaniem danych i dostępem do usług – dodała.

Po raz kolejny wrócić należy do słów Sir George'a Alberti i przystąpić do czynów. Oto lista zaleceń zawarta w indeksie¹¹ skierowanym do Polski, w celu udoskonalenia opieki diabetologicznej:

- poprawa trybu życia ludności
- raportowanie zakresu procedur, takich jak regularne wizyty kontrolne
- zwiększenie liczby pacjentów przechodzących coroczne badania kontrolne
- stworzenie narodowego rejestru chorych na cukrzycę
- lepsza dystrybucja pasków testowych i pomp insulinowych
- wprowadzenie ujednoliconej edukacji pacjentów¹¹

Cukrzyca typu 2 to schorzenie przewlekłe, które znacząco zmienia życie chorego. Edukacja diabetologiczna pacjenta na etapie rozpoznania choroby ma niezwykle istotne znaczenie. Dzięki niej pacjent staje się świadomy zarówno swojej choroby, jak i zagrożeń, które niesie ze sobą cukrzyca. Taki pacjent, wdrażając właściwe wykształcone nawyki, wspomaga proces leczenia oraz zwiększa komfort swojego życia. Żadne broszury ani książki nie są w stanie skutecznie wyedukować pacjenta z cukrzycą, do tego potrzebni są odpowiednio wykwalifikowani edukatorzy do spraw diabetologii. Niestety, w Polsce edukacja diabetologiczna realizowana przez edukatorów do spraw diabetologii nie jest odrębnie finansowana.

W badaniu osoby z cukrzycą typu 1 wskazują, iż nie mają żadnego kontaktu z edukatorem do spraw diabetologii. Natomiast osoby z cukrzycą typu 2 deklarują, że bliska osoba najczęściej towarzyszy im podczas wizyt u pielęgniarki/edukatora do spraw diabetologii. Zastanawiająca jest różnica w odpowiedziach pomiędzy obiema grupami. Otóż osoby z cukrzycą typu 1, po zakończeniu opieki na poziomie pediatrycznym, rozpoczynają nowy etap opieki dla dorosłych. Niestety na tym poziomie nie funkcjonuje w systemie opieki zdrowotnej stanowisko edukatora do spraw diabetologii. Warto podkreślić, iż nie jest wymagana obecność edukatora do spraw diabetologii w Ambulatoryjnej Opiece Specjalistycznej – w Poradni Diabetologicznej. Skąd w takim razie wskazanie wizyt u edukatora do spraw diabetologii przez osoby z cukrzycą typu 2? Można domniemać, iż edukatorzy do spraw diabetologii realizują programy edukacyjno-profilaktyczne we współpracy z samorządami lokalnymi lub firmami farmaceutycznymi, dając tym samym dostęp do edukacji osobom z cukrzycą typu 2 i ich bliskim, czego nie zapewnia system opieki zdrowotnej w Polsce.

W maju 2016 roku Stowarzyszenie Edukacji Diabetologicznej złożyło w Ministerstwie Zdrowia Kartę Problemu Zdrowotnego, wskazując na potrzebę umieszczenia usługi edukacyjnej świadczonej przez edukatora do spraw diabetologii w koszyku świadczeń gwarantowanych. Złożona Karta Problemu Zdrowotnego została wsparta opracowanymi Standardami Holistycznej Edukacji Diabetologicznej, które normalizują sposób i zakres edukacji pacjentów. Karta Problemu Zdrowotnego, zaakceptowana przez Ministra Zdrowia, została przekazana do opinii Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT). Niestety Prezes AOTMiT nie rekomenduje zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej „Świadczenie edukacyjne z zakresu diabetologii u pacjentów z cukrzycą” jako świadczenia gwarantowanego z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Kontraktowanie tej usługi świadczonej przez wysoko wyspecjalizowanych edukatorów daje gwarancje ustabilizowania, a w kilkuletnim okresie nawet zmniejszenia kosztów leczenia powikłań towarzyszących cukrzycy, rokując nawet ograniczenie zapadalności na cukrzycę.¹²

WNIOSEK:

Brak usługi edukacyjnej świadczonej przez edukatora do spraw diabetologii w koszyku świadczeń gwarantowanych.

HOLISTYCZNA EDUKACJA DIABETOLOGICZNA W CODZIENNYM ŻYCIU OSÓB CHORYCH NA CUKRZYCĘ I ICH BLISKICH

REKOMENDACJE:

Umieszczenie usługi edukacyjnej świadczonej przez edukatora do spraw diabetologii w koszyku świadczeń gwarantowanych.

Opracowanie i przeprowadzenie programów edukacyjnych dla osób chorych na cukrzycę, ich środowiska rodzinnego i społeczno-zawodowego.

Popularyzacja testu ryzyka stanu przedcukrzycowego i cukrzycy.

1. Potrzeby i rekomendacje edukacyjne w diabetologii. Stanowisko Stowarzyszenia Edukacji Diabetologicznej. Warszawa, 2015.
2. Szadkowska A., Gawrecki A., Jarosz-Chobot P., Myśliwiec M., Zozulińska-Ziółkiewicz D.: Propozycje decyzji terapeutycznych w zależności od trendów glikemii u pacjentów z cukrzycą typu 1. *Pediatr Endocrinol Diabetes Metab* 2016;22,3:105-117.
3. Stepanow B. Słodkie życie? Warszawa, 2017.
4. Strojek K., Stepanow B., Ślusarska-Staniszevska A. Raport „Polska w stanie przedcukrzycowym”. Warszawa 2016.
5. Cukrzyca. Ukryta pandemia. Sytuacja w Polsce. Edycja 2013
6. Pakiet narzędziowy ExPAND, grudzień 2013.
7. Stanowisko Stowarzyszenia Edukacji Diabetologicznej. Zapobieganie powikłaniom sercowo-naczyniowym u pacjentów z cukrzycą typu 2. Oszczędności dla płatnika. Korzyści dla pacjenta. Warszawa, grudzień 2016.
8. Stanowisko Stowarzyszenia Edukacji Diabetologicznej. Potrzeby i rekomendacje edukacyjne w diabetologii. Warszawa, lipiec 2015.
9. Rekomendacje Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w zakresie postępowania w zaburzeniach kontynencji. Warszawa, listopad 2017; 23.
10. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2018. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. *Diabetologia Kliniczna* 2018, tom 4, nr 1.
11. Europejski Indeks Diabetologiczny 2014 (Euro Diabetes Index 2014), <http://www.healthpowerhouse.com>
12. ExPAND – Pakiet narzędziowy dotyczący strategii postępowania w zakresie cukrzycy – Europejska sieć na rzecz zmian w polityce zdrowotnej dotyczącej cukrzycy (The European Policy Action Network on Diabetes) powstała w 2011 r., aby zjednoczyć parlamentarzystów i głównych interesariuszy w zakresie cukrzycy z całej Europy w celu stworzenia strategii nowej generacji w zakresie cukrzycy. Pakiet narzędziowy ExPAND dotyczący strategii postępowania w zakresie cukrzycy (The ExPAND Policy Toolkit for Diabetes) jest wynikiem dyskusji pomiędzy członkami ExPAND, jakie miały miejsce w latach 2012–2013.

TEST RYZYKA STANU PRZEDCUKRZYCOWEGO I CUKRZYCY

mgr Beata Stepanow

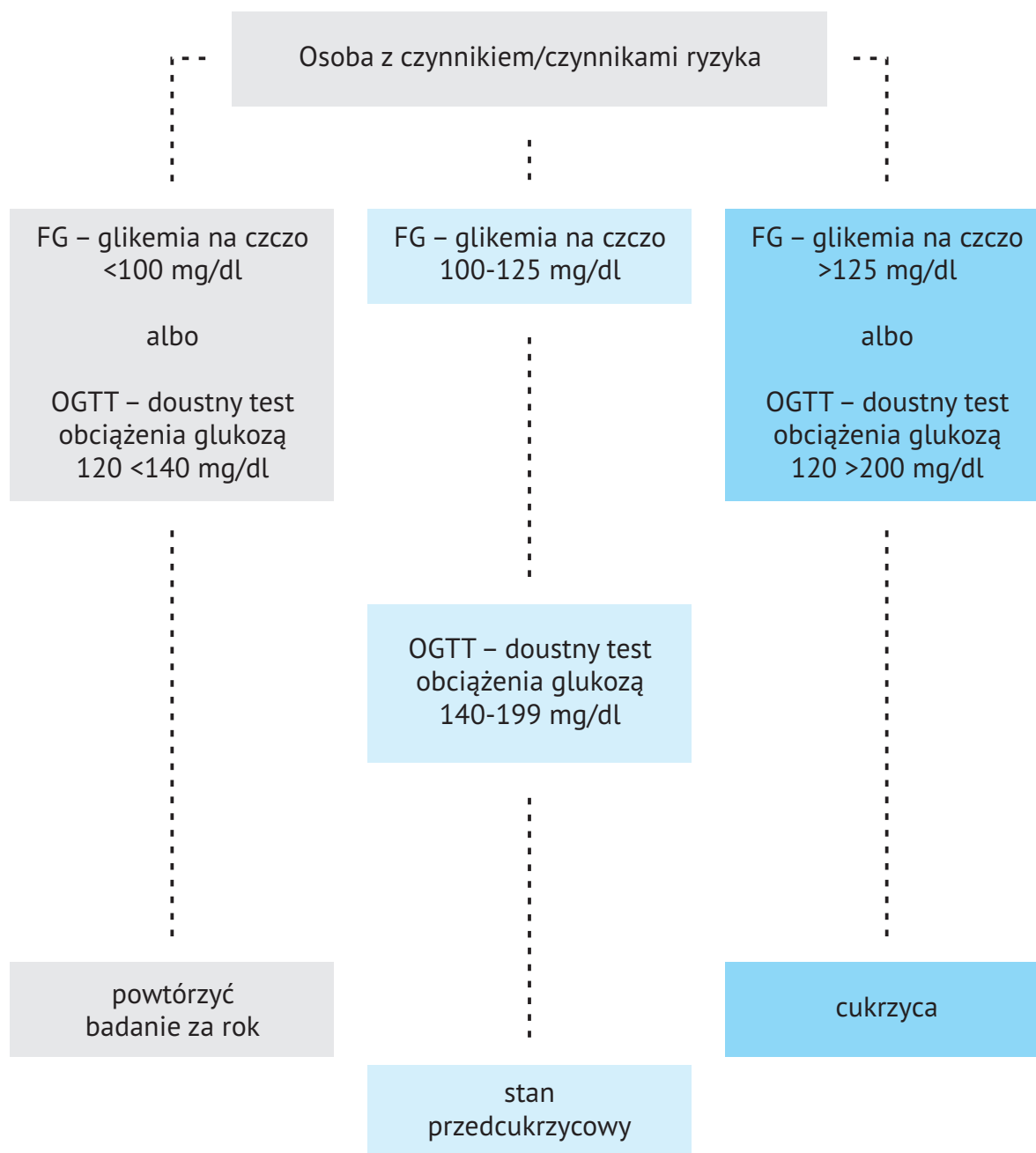
Okolo 1 miliona Polaków chorych na cukrzycę typu 2 nadal nie jest zdiagnozowana. Jak pokazuje praktyka kliniczna wielu Polaków dowiaduje się, że są chorzy na cukrzycę typu 2 w sytuacji kiedy wystąpią już u nich powikłania, zwłaszcza sercowo-naczyniowe. Do faktów tych nawiązują wyniki ankiet, które pokazały bardzo niski poziom wiedzy jaki jest prawidłowy poziom glukozy u osób zdrowych. Można domniemać również, że wiedza jakie poziomy cukru wskazują na stan przedcukrzycowy czy cukrzycę są równie niskie. Niepokojące jest również to, że bliscy osób chorych na cukrzycę – będący w grupie ryzyka również nie posiadają wiedzy w tym zakresie. W związku z tym, w celu wsparcia wszystkich stron zaangażowanych w poprawę diagnostyki cukrzycy, poniżej przedstawiamy test ryzyka stanu przedcukrzycowego i cukrzycy. Test ten został opracowany we współpracy z prof. Krzysztofem Strojkiem, Konsultantem Krajowym w Dziedzinie Diabetologii, na podstawie raportu „Polska w stanie przedcukrzycowym”

Jeżeli u osoby badanej występuje minimum JEDEN z poniższych czynników ryzyka stanu przedcukrzycowego, zaleca się wykonanie badania stężenia glukozy na czczo (badanie w osoczu krwi żyłnej) i/lub doustnego testu obciążenia glukozą.

1. **Wiek powyżej 45 lat**
2. **Nadwaga lub otyłość – BMI powyżej lub równe 25 kg/m²**
3. **Obwód w talii: > 80 cm – kobiety; > 94 cm – mężczyźni**
4. **Cukrzyca występująca w rodzinie**
5. **Mało aktywny tryb życia (aktywność fizyczna mniej niż 3 razy w tygodniu przez 30 minut)**
6. **Przestrzegane zasady zdrowego żywienia**
7. **Choroby układu sercowo-naczyniowego**
8. **Przebyta cukrzyca ciążowa**
9. **Nadciśnienie tętnicze > 140/90 mm Hg**
10. **Podwyższone wartości poziomu cholesterolu i triglicerydów**
11. **Kobieta z zespołem policystycznych jajników**
12. **Kobieta, która urodziła dziecko o masie ciała > 4 kg**

TEST RYZYKA STANU PRZEDCUKRZYCOWEGO I CUKRZYCY

ALGORYTM DIAGNOSTYCZNY^{1,2}



1. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. *Diabetologia Praktyczna* 2018. Tom 4; nr 1, str. ????
2. Strojek K., Stepanow B., Ślusarska-Staniszevska A., *Raport „Polska w stanie przedcukrzycowym”*. Warszawa, 2016

ZAUFANIE DO ŹRÓDEŁ WIEDZY NA TEMAT CUKRZYCY

Elżbieta Brzozowska, Ewa Matusiak

Diabetolog i pielęgniarka – najsilniejsze źródła informacji o chorobie

Zidentyfikowanie źródeł wiedzy, którym ufają osoby z cukrzycą typu 1 i typu 2 oraz ich bliscy, ma istotne znaczenie dla powodzenia działań edukacyjnych, które – jak wynika z niniejszego badania – należy prowadzić w sposób ciągły i konsekwentny.

Dla osób z cukrzycą typu 1 najbardziej wiarygodnym źródłem wiedzy jest personel medyczny specjalizujący się w leczeniu cukrzycy, czyli lekarz diabetolog oraz pielęgniarka diabetologiczna. Sumując odpowiedzi od poziomu bardzo dużego zaufania, dużego zaufania po raczej duże zaufanie, lekarzowi diabetologowi ufa aż 93% respondentów, zaś pielęgniarce 95%.

Również dużym zaufaniem osób z cukrzycą typu 1 cieszą się materiały edukacyjne i broszury – łącznie 84% badanych wskazuje na to źródło informacji jako wiarygodne. Kolejnym źródłem wiedzy są inni chorzy – na ich wysoką wiarygodność wskazuje 79% badanych.

Podczas gdy poziom zaufania do lekarza i pielęgniarki jest w większości bardzo wysoki, to do materiałów i innych chorych jest wysoki lub raczej wysoki. Tylko 11% osób wskazuje na bardzo wysoki poziom zaufania do materiałów, a 4% do innych pacjentów. Natomiast bardzo wysokim poziomem zaufania lekarza obdarza 65% osób, a pielęgniarkę 54% badanych. Potwierdza to tezę, że lekarz i pielęgniarka to bezdyskusyjnie największe autorytety dla chorych z cukrzycą typu 1 i najbardziej preferowane i wiarygodne źródła informacji. W konsekwencji oznacza to, że najskuteczniejszą formą dotarcia z ważnymi komunikatami dotyczącymi kontroli cukrzycy do chorych z cukrzycą typu 1 są rozmowy z lekarzami i pielęgniarkami. Dlatego ważne jest, by odpowiednia ilość czasu była przeznaczana na wizytę, tak by lekarz miał czas informować/edukować pacjenta i odpowiedzieć na pytania i wątpliwości. Ten czas zainwestowany w wiedzę chorego z najbardziej wiarygodnego źródła ma największą szansę przełożyć się na pożądane działania i modyfikację stylu życia. Równie wysoko oceniają lekarzy i pielęgniarki osoby bliskie, czyli partnerzy czy małżonkowie osób z cukrzycą typu 1. Lekarza uznaje za najbardziej wiarygodne źródło informacji 82% bliskich, a pielęgniarkę 80% z nich. Oznacza to, że również edukacja bliskich będzie najbardziej skuteczna, jeśli poprowadzi ją lekarz czy pielęgniarka. Bliscy pod ich wpływem mogą lepiej wspierać swoich partnerów z cukrzycą typu 1, pomagać w przygotowaniu właściwych posiłków, wspierać w aktywności fizycznej, czy uczestniczyć w monitorowaniu stanu glikemii. Jeśli będą dysponować odpowiednią wiedzą, mogą również pomagać w momentach trudnych – podczas incydentów hiper- i hipoglikemii. Mogą też pierwsi zaobserwować niepokojące objawy związane z powikłaniami cukrzycy. Materiały edukacyjne są ważnym źródłem wiedzy, jednak nie są w stanie zastąpić rozmowy z lekarzem czy pielęgniarką – wartościowej, dostosowanej do stanu i potrzeb chorego oraz osoby jej bliskiej.

Zaufanie do lekarzy POZ

Jak pokazują wyniki ankiet osoby z cukrzycą typu 1 i ich bliscy nie postrzegają lekarza POZ jako wiarygodnego dla siebie źródła informacji. Ponad 55% badanych z cukrzycą typu 1 twierdzi, że ma niski poziom zaufania do lekarzy POZ, zaś 41% respondentów potwierdza, że im ufa. Prawdopodobnie wynika to z faktu, że lekarze POZ nie angażują się w leczenie cukrzycy typu 1 i wszelkie kwestie związane z kontrolą choroby pozostawiają diabetologom. Mając na uwadze ryzyko licznych powikłań u pacjentów z cukrzycą

typu 1, zasadna wydaje się szersza edukacja lekarzy POZ oraz internistów mająca na celu wychulenie ich na sygnały świadczące o braku kontroli choroby.

Jeszcze inaczej lekarza POZ postrzegają bliscy osób z cukrzycą typu 1, aż 93% respondentów nisko ocenia stopień zaufania do lekarzy POZ. Prawdopodobnie wynika to z bardzo niskiego zaangażowania bliskich w wizyty i braku znajomości lekarza POZ bliskiej osoby z cukrzycą typu 1. Tym bardziej że osobami bliskimi badanych pacjentów byli nie rodzice, a partnerzy czy małżonkowie, którzy zapewne nie odwiedzają lekarza POZ wspólnie z chorym.

Czego nie ma w sieci, to nie istnieje

Osoby chore na cukrzycę typu 1 w takim samym stopniu ufają innym chorym, co treściom o cukrzycy znalezionym w internecie. 69% badanych wysoko ocenia obydwa źródła informacji. Z kolei bliscy nieco wyżej cenią informacje podawane przez innych chorych na cukrzycę typu 1, ufa im aż 82% badanych, internet wysoko ocenia 70% z nich.

Zdecydowanie niższe oceny uzyskały pozostałe źródła informacji – takie jak telewizja i prasa czy działania organizacji wspierające osoby z cukrzycą typu 1. Aż 65% badanych twierdzi, że do telewizji ma zaufanie małe lub bardzo małe albo wcale z niej nie korzysta – przy czym do tego ostatniego stwierdzenia skłania się co trzecia badana osoba. Z prasy jako źródła informacji o swojej chorobie nie korzysta w ogóle aż 67% badanych. Podobnie oceniają prasę i telewizję ich bliscy. Większość badanych to osoby dość młode, wpisujące się więc w ogólnospołeczny trend – ta grupa wiekowa odchodzi od mediów tradycyjnych na rzecz internetu i mediów społecznościowych. Tu są w stanie znaleźć wszelkie niezbędne informacje, w tym grupy wsparcia, również grupy zamknięte na Facebooku. Grup zamkniętych, w których do uczestnictwa wymagana jest zgoda administratora, a treści tam publikowane dostępne są wyłącznie dla jej członków, związanych z tematem cukrzycy jest kilka, przy czym najliczniejsza zrzesza ponad 13 tys. członków i prowadzi ją organizacja mojacukrzyca.org. Na Facebooku są też dostępne grupy otwarte i profile publiczne związane z tą tematyką. Wiodące profile obserwowane są przez kilkanaście tysięcy osób, pomniejsze lub skupiające się na określonej podgrupie (np. kobiety z cukrzycą) czy problemie zbierają po kilkaset osób. W dzisiejszych czasach każdy może założyć i moderować grupę, a treści tam przekazywane nie są merytorycznie weryfikowane, co powoduje, że nie zawsze są rzetelne. Mając na uwadze powyższe, ważne jest, by organizacje pozarządowe działające na rzecz edukacji pacjentów będące źródłem sprawdzonych i wiarygodnych informacji były aktywne we wszystkich kanałach komunikacji, szczególnie w mediach społecznościowych. Są one źródłem informacji wygodnym, szybkim i pozwalającym zachować ważną dla niektórych osób anonimowość.

Organizacje pacjentów – skąd ten kryzys?

Co trzecia badana osoba darzy organizacje pacjentów raczej dużym i dużym zaufaniem, czyli 4-krotnie wyższym niż telewizję i prawie 3-krotnie wyższym niż prasę.

Warto jednak rozważyć, dlaczego 59% chorych na cukrzycę typu 1 nie korzysta z pomocy organizacji pozarządowych, a 7% ma do nich małe zaufanie. Z kolei co czwarta bliska osoba darzy organizacje pozarządowe zaufaniem, ale trzy czwarte spośród badanych bliskich w ogóle nie korzysta lub ma niskie zaufanie do organizacji.

Powodów tego stanu rzeczy może być kilka. Respondenci z cukrzycą typu 1 to osoby młode, jednak chorujące na cukrzycę już od 11 lat i więcej. Zapewne z racji wieku są to osoby aktywne – uczące się i/lub pracujące. Można przypuszczać, że przez lata choroby oswoiły się z nią, czują się dobrze zaopiekowane przez diabetologa i pielęgniarkę, mają ustabilizowaną i dobrze kontrolowaną chorobę. Wiedzą, gdzie szukać informacji, jeśli tego potrzebują. Innych chorych znajdują w grupach w internecie lub rozmawiają z nimi przy okazji wizyt w przychodni diabetologicznej. Nie czują zatem potrzeby stowarzyszania się w organizacji pozarządowej. Inny aspekt to tzw. syndrom wypalenia osobowości – na różnych etapach choroby u wielu osób ze schorzeniami przewlekłymi obserwuje się wypieranie tego faktu, unikanie rozmów na ten temat, izolowanie się od innych osób, które cierpią na to samo schorzenie. To może być powód, dla którego wejście do stowarzyszenia pacjentów będzie traktowane jako ograniczenie – zamknięcie się w przestrzeni zarezerwowanej dla chorych. A młodzi ludzie nie chcą czuć ograniczeń i skupiać się na chorobie. Żyją z nią, chodzą na wizyty, badają poziom glikemii, przyjmują leki – choroba intensywnie wdzierza się w ich życie, ale oni mogą nie chcieć, by zawładnęła wszystkimi jego sferami. Dlatego budują relacje i kontakty na innych płaszczyznach swoich aktywności – zawodowych, czy związanych z pasją.

Dość podobnie rozkłada się stopień zaufania u bliskich osób z cukrzycą typu 1. O czym to świadczy? Być może partnerzy i małżonkowie uważają, że temat choroby jest „zarządzony” przez lekarza diabetologa, nie wymaga więc szczególnej wiedzy z ich strony. Wiedzą gdzie i jak szukać informacji – w materiałach takich jak broszury edukacyjne, wśród innych chorych i w internecie – i to im wystarcza.

Należy w tym miejscu zastanowić się, czy organizacje pacjentów mają interesującą ofertę dla młodych osób z cukrzycą typu 1 i ich bliskich. Być może część zaobserwowanego zjawiska wynika z faktu, że większość propozycji organizacji działających na rzecz „jedynek” skierowana jest do dzieci i ich rodziców, którzy intensywnie korzystają ze wsparcia tuż po diagnozie i w pierwszych latach osvajania się z chorobą, kiedy jest ona szokiem i niewiadomą. Z kolei, w powszechnym mniemaniu, stowarzyszenia dla dorosłych skupiają głównie osoby starsze, z którymi nasi młodzi respondenci nie mają wspólnego języka.

Wyniki badania pokazują, że jest duża przestrzeń do rozwoju dla organizacji pacjentów, by stawały się bardziej atrakcyjnym i wiarygodnym źródłem informacji o chorobie dla młodych dorosłych z cukrzycą typu 1 i ich bliskich. Warto, by intensyfikowały swe działania w mediach społecznościowych, podążały za pacjentem, który dzisiaj jest najbardziej aktywny w internecie.

Lekarz sprzymierzeńcem osób z cukrzycą typu 2

Nieco inaczej przedstawia się zaufanie do źródeł informacji u osób z cukrzycą typu 2 i ich bliskich.

W tym przypadku kluczową rolę odgrywają trzy grupy: lekarze diabetolodzy, lekarze POZ i pielęgniarki, a zaraz za nimi organizacje pacjentów, inni chorzy, materiały edukacyjne.

Dane wskazują na wysokie zaufanie do lekarzy diabetologów (85% łącznych odpowiedzi świadczących o zaufaniu), którzy dobierają leki i sprawują całościową kontrolę nad procesem leczenia cukrzycy. Jednak w tej grupie chorych duże zaufanie budzą również

lekarze POZ (84% badanych potwierdza zaufanie), którzy w opiece nad tymi pacjentami odgrywają ważną rolę. Lekarze POZ często widząc symptomy choroby, diagnozują ją wstępnie i kierują do diabetologa. Mając częstszy kontakt z pacjentami, są w stanie na bieżąco wspierać proces leczenia poprzez ordynację nowych leków (zwykle doustnych) lub modyfikację dawek. Zwykle monitorują stan chorych nie tylko w obszarze samej cukrzycy, ale też schorzeń towarzyszących. Istotna jest też rola pielęgniarek (84% badanych im ufa), które poświęcają czas na rozmowę z pacjentem, przekazują treści edukacyjne dotyczące konieczności zmiany stylu życia, nawyków żywieniowych, włączenia aktywności fizycznej, instruują w zakresie korzystania z urządzeń do monitorowania glikemii i podawania insuliny. Pielęgniarki diabetologiczne mają szeroką wiedzę dotyczącą choroby i sposobów radzenia sobie z nią, wprowadzają chorego w realia cukrzycy typu 2, pomagają kontrolować przestrzeganie zasad życia z cukrzycą, mogą wychwycić błędy żywieniowe, sprawdzają, czy pacjent monitoruje poziom glikemii. Pacjenci często są bardziej otwarci w relacji z pielęgniarkami niż lekarzami, co pozwala zdefiniować problemy wpływające na nieprawidłową glikemię. Również dla bliskich lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, diabetodzy i pielęgniarki mają kluczowe znaczenie w procesie opieki nad pacjentem. Ponad 80% badanych bliskich osób z cukrzycą typu 2 deklaruje wysoki poziom zaufania, co oznacza, że właśnie te trzy grupy pracowników służby zdrowia będą miały największy wpływ na modelowanie nawyków osób bliskich w kontekście choroby małżonka, partnera czy rodzica.

Wsparcie ma znaczenie

Ponad połowa badanych (55%) przyznaje, że ma zaufanie do organizacji pozarządowych, a 53% do innych chorych. Co ciekawe, jeszcze więcej, bo aż 65% bliskich osób z cukrzycą typu 2 deklaruje wysokie zaufanie do organizacji pozarządowych działających na rzecz chorych z cukrzycą oraz 61% bliskich ufa innym chorym. Widać, że osoby, które w jesieni swojego życia zderzają się z nową dla siebie sytuacją, potrzebują wsparcia innych chorych, ich wiedzy i doświadczenia, jakimi dzielą się na forum organizacji działających na rzecz chorych. Jednocześnie warto zwrócić uwagę, że co trzeci chory nie korzysta z pomocy organizacji pacjentów i innych chorych lub ma do nich niski poziom zaufania. W tej grupie mogą być osoby, które nie potrzebują takiej pomocy lub nie spotkały się z ich ofertą, czy też oferta organizacji nie wychodzi naprzeciw ich potrzebom.

Wśród chorych na cukrzycę typu 2 dobrym źródłem informacji i narzędziem komunikacji są broszury i materiały edukacyjne – aż dwie trzecie badanych deklaruje zaufanie do drukowanych materiałów. Pokazuje to, że osoby z cukrzycą typu 2 chętnie czytają i edukują się na temat swojej choroby. Dlatego warto zadbać o prosty i zrozumiały język przekazu oraz adekwatną, atrakcyjną formę graficzną tych narzędzi – np. zastosowanie większego druku przystosowanego do pogarszającego się wzroku osób starszych.

Odwrotnie przedstawia się zaufanie do mediów, zaledwie co czwarta osoba z cukrzycą typu 2 deklaruje wysoki poziom zaufania do prasy, internetu i telewizji. Co piąty chory w ogóle nie korzysta z tych mediów, a blisko co trzeci chory ocenia swój poziom zaufania jako niski. Wpisuje się to w ogólny trend spadku zaufania do mediów, który postępuje wraz z ich rozdrobnieniem.

Zaufanie do mediów wśród osób z cukrzycą typu 2 koresponduje z ogólnym trendem spadku zaufania do mediów. Jak wynika z opublikowanego przez Reuters Institute for the Study of Journalism raportu „Digital News Report 2018” z roku na rok maleje zaufanie

Polaków do mediów, choć Polska jest wciąż w czołówce krajów o najwyższym jego stopniu. W 2018 roku 48% osób deklarowało zaufanie do mediów, co oznacza, że w stosunku do poprzedniego roku spadło ono o 5%, a w porównaniu do 2016 r. – o 7%¹.

W sieci siła

Zaufanie do internetu jako źródła wiedzy koreluje w Polsce z wiekiem chorych. Wśród badanych osób żyjących z cukrzycą typu 1 aż 69% respondentów przyznaje, że ma zaufanie do internetu, podczas gdy w grupie osób z cukrzycą typu 2, a zatem, starszych wiekiem, ufa internetowi zaledwie 25% badanych i tyle samo ich bliskich.

Z kolei amerykańskie badanie zaufania do internetu (PEW Internet²) przeprowadzone już w 2009 roku pokazało, że 59% badanych w wieku 50–64 lat szuka informacji o chorobie w sieci, choć liczba ta wraz z wiekiem maleje i w segmencie osób powyżej 65. roku życia jest ich tylko 27%. Sprawdzone też poziom zaufania do znalezionych w sieci informacji u osób powyżej 50. r.ż. i okazało się, że rośnie on wraz z częstotliwością poszukiwania informacji w sieci, jednak spada u osób w wieku powyżej 65. r.ż. Wiąże się to zapewne z przyzwyczajeniem do mediów tradycyjnych u osób w wieku dojrzałym i przekonaniem o braku mechanizmów kontroli rzetelności informacji przekazywanych w sieci. Tu jest zatem pole do działania dla organizacji pozarządowych, które powinny dostosowywać treści i projekty stron do potrzeb i możliwości osób starszych, dzięki czemu poziom zaufania i częstotliwość użytkowania będą rosły.

Warto przyrzeć się aktywności pacjentów w internecie, ponieważ jest to istotne źródło informacji o chorobie, zwłaszcza dla chorych z cukrzycą typu 1 i ich bliskich. Jak wynika z badań zrealizowanych przez Interaktywny Instytut Badań Rynkowych dla NextWeb Media³, okazuje się, że aż 70% respondentów szuka informacji o zdrowiu właśnie w sieci. Największe zainteresowanie dotyczy informacji odnoszących się do objawów chorób (65%), leków (41%), leczenia chorób i zabiegów medycznych (33%). Z kolei sondaż przeprowadzony przez Polskie Badanie Internetu⁴ już w 2011 roku pokazał, że internet jest miejscem, gdzie Polacy najchętniej zaglądają (88% z nich), kiedy chcą dowiedzieć się więcej na temat zdrowia, chorób czy ich leczenia. Szukają informacji na forach (35%), w rankingach lekarzy (31%), stronach o zdrowiu (26%). Osoby z grupy wiekowej 25–34 lata to najbardziej aktywni użytkownicy sieci pod kątem tematyki dotyczącej zdrowia i medycyny, co potwierdza nasza próba osób z cukrzycą typu 1. Wyniki badania jednoznacznie wskazują, że największą popularnością cieszą się serwisy zdrowotne wśród użytkowników między 24. a 34. r.ż. W przeciwieństwie do wyników naszego badania lekarze są dopiero drugim najczęściej wskazywanym źródłem informacji o zdrowiu.

Mając na uwadze wyniki ankiet, pojawia się pytanie, jak wzmocnić wiodącą rolę personelu medycznego jako źródła informacji o cukrzycy? Po pierwsze, istotna jest forma przekazu – stosowanie prostego, niemedyckiego języka, wizualizacje przekazywanych treści, udzielanie wyczerpujących odpowiedzi na pytania, wskazywanie na korzyści, jakie odniesie pacjent z postępowania według zaleceń lekarza.

Podobnie jak osoby z cukrzycą typu 2 odpowiedzieli ich bliscy, zgodnie uznając, że personel medyczny, organizacje pozarządowe, inni chorzy i materiały drukowane są dla nich najbardziej wiarygodnym źródłem informacji. Widać wyraźnie, że zarówno chorzy, jak i ich bliscy potrzebują wsparcia i edukacji, by skutecznie wdrażać zalecenia lekarskie.

Nie ma nic równie trudnego do zdobycia i równie łatwego do stracenia jak zaufanie. Pacjent i jego rodzina są szczególnie wrażliwi na punkcie zdrowia, dlatego rzetelna pomoc w zdobyciu informacji o chorobie ma kluczowe znaczenie dla powodzenia terapii.

REKOMENDACJE:

Następują istotne zmiany w strukturze korzystania z mediów, szczególnie młodsza część społeczeństwa głównie wykorzystuje kanały społecznościowe jako kluczowe źródła informacji. Zarówno organizacje pacjentów, jak również lekarze i pielęgniarki, którym zależy na efektywnym kontakcie z pacjentami, powinni rozważyć intensyfikację działań w sieci (profile na Facebooku, blogi, kanały edukacyjne na YouTube, własne strony internetowe połączone z kontem na FB).

Zarówno dla pacjentów, jak i ich bliskich, lekarze i pielęgniarki są najbardziej wiarygodnym źródłem wiedzy. Dlatego warto na każdej wizycie wygospodarować czas pozwalający na przypomnienie podstawowych informacji, np. na temat oczekiwanego u danego pacjenta poziomu glikemii, zalecanej częstości pomiarów glikemii, zasadności wysiłku fizycznego i zdrowej diety. Przy czym ważne, by wskazówki były konkretne i zrozumiałe dla pacjenta, podane w sposób prosty, nakierowany na wskazanie korzyści ze stosowania się do tych zaleceń.

1. <https://www.wirtualnemedial.pl/arttykul/53-procent-polakow-ma-zaufanie-do-mediow-najpopularniejszym-zrodlem-newsow-tvn>
2. Agnieszka Wojtecka, Małgorzata Wojnarowska, Marzena Zarzecka-Baran Wykorzystanie internetu jako źródła informacji o zdrowiu. przegląd wybranych badań na świecie, Zakład Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. *Ann.Acad.Med.Gedan.* 2016, 46, 107-113
3. Raport „Potencjał rynku porad medycznych online” przygotowany dla NextWeb Media; <https://natemat.pl/118793,lekarze-i-pacjenci-popularnosc-tematyki-zdrowotnej-w-internecie>.
4. Polskie Badania Internetu, sondaż PBI „Serwisy o zdrowiu”, MEGAPANEL PBI/GEMIUS, marzec 2011r.; Interaktywny Instytut Badań Rynkowych

MIEJSCE ORGANIZACJI POZARZĄDOWYCH W ŻYCIU OSÓB CHORYCH NA CUKRZYCĘ I ICH BLISKICH

Anna Śliwińska, Prezes Zarządu Głównego Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków

W Polsce istnieją liczne organizacje pozarządowe działające w obszarze zdrowia, w tym także w dziedzinie cukrzycy. Organizacje te różnią się przede wszystkim pod względem formy prawnej (stowarzyszenia/fundacje), grupy docelowej (dzieci/dorośli) oraz obszaru działania (lokalne/ogólnopolskie). Najstarszą i zdecydowanie największą z nich jest powstałe w 1981 roku z inicjatywy samych chorych Polskie Stowarzyszenie Diabetyków, liczące obecnie około 370 oddziałów i kół zrzeszających prawie 70 000 osób chorych na cukrzycę oraz ich rodzin i opiekunów.

Polska jest krajem o dość niskim zaufaniu społecznym, stąd też zaufanie do obcych (w tym zrzeszonych w organizacjach pozarządowych) i do podejmowanych przez nich działań generalnie nie jest tak wysokie, jak w krajach Europy Zachodniej. W naszym kraju, nadal dość patriarchalnym, największym autorytetem jeśli chodzi o zaufanie i czerpanie informacji o chorobie pozostają lekarze i personel medyczny, przekazujący porady choremu bezpośrednio. Wiadomości zawarte np. w materiałach edukacyjnych, choćby spisanych przez te same osoby, nie cieszą się już tak samo dużym zainteresowaniem. Może to wynikać ze swego rodzaju „wygodnictwa”, tzn. braku chęci wkładania dodatkowego wysiłku w samodzielne czytanie, gdy można po prostu spytać podczas wizyty.

Organizacje pozarządowe działające w obszarze cukrzycy znakomicie uzupełniają personel medyczny, jako że zapewniają ciągłą, powtarzaną i rozszerzaną edukację diabetologiczną. Tak więc pacjenci poprzez samą swoją przynależność do takich organizacji nieustannie pogłębiają swoją wiedzę o chorobie, dowiadują się jak nią najlepiej zarządzać, jakie grożą im powikłania itd. Osoby zrzeszone stanowią grupę w podobnej sytuacji – czy to rodziców chorych dzieci, czy chorujących dorosłych, czy nawet chorujących seniorów. Dzięki temu w miarę upływu czasu członkowie zaprzyjaźniają się, stanowiąc dla siebie znakomitą grupę wsparcia, mogącą służyć szerokimi poradami. Z tego powodu organizacja może nabierać dodatkowego charakteru, oferując swoim członkom np. wyjazdy integracyjne, uroczystości kulturalne czy wspólną rekreację. Choć tego typu zajęcia niekoniecznie koncentrują się stricte wokół tematu cukrzycy, na pewno stanowią istotny element socjalizacji osób chorych, czasami samotnych lub wykluczonych. Dodatkowo aktywizują i integrują rodziny chorych, zwykle zapraszane do udziału w takich aktywnościach.

Z przeprowadzonych badań wynika, że osoby z cukrzycą typu 2 oraz ich opiekunowie mają zasadniczo większe zaufanie do organizacji pozarządowych niż osoby z cukrzycą typu 1 oraz ich opiekunowie. Jako że w badaniu osoby z typem 1 cukrzycy były w wieku produkcyjnym, a osoby z typem 2 cukrzycy w większości w późno produkcyjnym i starszym, można zakładać, że zjawisko to wynika w dużej mierze z wieku badanych. Powszechnie wiadomo, że w dzisiejszych czasach osoby młode są zazwyczaj zbyt zaabsorbowane własnymi sprawami, aby szukać wsparcia (lub tym bardziej samemu zacząć działać) w organizacji pozarządowej. Prawdopodobnie nie widzą też konkretnych korzyści, jakie mogłyby wynikać z kontaktu z taką organizacją; nie interesuje ich proponowana oferta aktywności. Z racji regularnych wizyt u lekarza diabetologa i poważniejszego zazwyczaj traktowania cukrzycy typu 1 niż cukrzycy typu 2 u lekarzy i personelu medycznego otrzymują interesujące ich wiadomości i porady, które ewentualnie uzupełniają, korzystając najczęściej z nowoczesnych mediów, takich jak internet. Za grupę wsparcia

MIEJSCE ORGANIZACJI POZARZĄDOWYCH W ŻYCIU OSÓB CHORYCH NA CUKRZYCĘ I ICH BLISKICH

często służy im grupa innych użytkowników internetu skupiona wokół kwestii cukrzycy – stale lub doraźnie. Są też osoby, które nie identyfikują się ze swoją chorobą, nie chcą być przez nią definiowane, nie wymieniają jej jako czołowej charakterystyki własnej osoby i dlatego nie mają ochoty integrować się ze środowiskiem z nią związanym.

Z kolei w przypadku osób z cukrzycą typu 2 zapotrzebowanie na informacje jest inne, ale równie ważne. Choroba, diagnozowana często w wieku dojrzałym lub starszym, wymaga przede wszystkim wprowadzenia zmian w stylu życia i nawykach, choć sprawowana zwłaszcza na początku opieka najczęściej lekarza rodzinnego nie sprzyja przekazywaniu pacjentom wystarczających informacji i porad. Dlatego tacy pacjenci często zmuszeni są poszukiwać ich poza placówką medyczną. Jest szansa, że zwłaszcza w mniejszych ośrodkach mają znajomych także chorych na cukrzycę, którzy sami działają lub słyszeli o diabetologicznej organizacji pozarządowej pomagającej pacjentom. Wówczas istnieje szansa, że sami się do niej również zapiszą. Z doświadczenia Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków wynika, że tak właśnie często prowadzi droga danego pacjenta do stowarzyszenia. Osoby te, często niepracujące już zawodowo, z samodzielnymi dziećmi (bywa że mieszkającymi daleko) dużo chętniej szukają w stowarzyszeniach również wsparcia i towarzysztwa grupy.

Osoby w wieku starszym wymagają też ogólnie więcej różnorodnej pomocy, stąd kontakt z żywym człowiekiem, wiedzącym więcej na temat cukrzycy (jakim jest działacz organizacji pacjentów) może stanowić świetne dopełnienie kontaktu z personelem medycznym. Porady przekazywane przez takich działaczy są najczęściej bardziej przystępne niż te przekazywane przez lekarza (czy nawet pielęgniarkę), ludzie mają dla siebie czas, można zagadnienia szczegółowo tłumaczyć i wyjaśniać wielokrotnie. Powyższe odnosi się także do opiekunów osób starszych, którzy często sami są w zaawansowanym wieku i również potrzebują bardziej kompleksowego wsparcia, a chcą się swoim chorym jak najlepiej zaopiekować, aby żył jak najdłużej i w miarę możliwości w jak najlepszym stanie zdrowia, samodzielnie, nie wymagając stałej opieki. Obserwuje się ponadto pozytywne skutki zaangażowania opiekuna chorego w działalność organizacji pozarządowych nie tylko w zakresie wiedzy o chorobie, ale także w aspekcie socjalizacji i aktywizacji społecznej.

Z drugiej zaś strony spotyka się także opiekunów, którzy wolą, aby pacjent sam edukował się i szukał wsparcia psychologicznego w organizacji pozarządowej, a w domu nie koncentrował się zbyt mocno na swojej chorobie. Bywa, że cukrzyca stanowi źródło domowych konfliktów i kłótni, w pewnym sensie jak dziecko, wobec wychowania którego rodzice mają odmienne teorie, a każdy uważa swoją za jedynie słuszną. Niektórzy opiekunowie boją się ponadto brania odpowiedzialności za zarządzanie chorobą osoby bliskiej, aby nie obarczać ich winą za ewentualne błędne decyzje terapeutyczne. Tacy opiekunowie raczej nigdy nie zwrócą się o pomoc do organizacji pozarządowych, choć bardzo by na tym skorzystali. Co więcej, w przypadku gdy chory w miarę upływu czasu bardzo angażuje się w działalność organizacji, mogą wręcz być z tego faktu niezadowoleni, choć paradoksalnie sami początkowo mogli go do tego zachęcać.

Z perspektywy prezesa Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków mogę zdecydowanie zarekomendować przynależność pacjentów do organizacji. Pomiędzy pacjentami zrzeszonymi a niezrzeszonymi w tego typu organizacjach występuje bardzo zauważalna przepaść, jeśli chodzi o wiedzę o chorobie i życiu z nią. Pacjenci zrzeszeni wykazują się także nieporównywalnie większą świadomością zagrożeń wynikających z bagatelizowania choroby.

MIEJSCE ORGANIZACJI POZARZĄDOWYCH W ŻYCIU OSÓB CHORYCH NA CUKRZYCĘ I ICH BLISKICH

Widać to w każdej, nawet najkrótszej rozmowie z losowo wybranym chorym. Dokładnie to samo dotyczy rodzin, oczywiście tych, które razem ze swoim chorym angażują się w aktywności oferowane przez stowarzyszenia. Również aspekt wsparcia ze strony grupy ma nieocenioną wartość, a oferowane przez wiele organizacji pacjentów zajęcia „poza cukrzycowe” stanowią często bardzo ważny i pozytywny składnik psychologiczny codziennej terapii.

REKOMENDACJA:

Zalecam informowanie pacjentów, zwłaszcza tych tuż po diagnozie, o istnieniu organizacji pozarządowych działających na rzecz chorych na cukrzycę i ich rodzin oraz zachęcanie do korzystania z oferty aktywności proponowanych przez takie organizacje, najlepiej razem ze swoimi opiekunami.

MEDIA SPOŁECZNOŚCIOWE DLA CHORYCH NA CUKRZYCĘ

Jerzy Magiera, mojacukrzyca.org

Dane z wywiadów przeprowadzonych z pacjentami i ich bliskimi w ramach przygotowania raportu potwierdzają, że komunikacja z nimi jest ważnym, ale i trudnym wyzwaniem. Ze względu na liczbę chorych na cukrzycę w Polsce oraz ogromne zróżnicowanie grupy chorych (przede wszystkim wiek, ale również liczba lat choroby, wykształcenie i miejsce zamieszkania) zarówno sposób dotarcia, jak i rodzaj komunikacji powinny być odpowiednio dopasowane. Świadomość potrzeby dostosowania środka komunikacji do potencjalnej grupy odbiorców przyświecała nam już 17 lat temu, gdy tworzyliśmy portal mojacukrzyca.org. Portal mojacukrzyca.org został uruchomiony w pierwszych latach rozkwitu Internetu w Polsce. Poprzez stronę internetową możliwe było to, co wcześniej się nie udawało. W łatwy sposób można było dotrzeć do szerokiej grupy odbiorców nie tylko z Polski, ale i z całego świata.

Niemal od samego początku obecności witryny informacyjnej uruchomione zostało także równoległe forum dyskusyjne. Miejsce, gdzie można było napisać, wymienić się doświadczeniami, otrzymać wsparcie i informacje od osób, które borykają się z tym samymi problemami. Forum dyskusyjne przez lata cieszyło się ogromnym zainteresowaniem zarówno wśród chorych, jak i bliskich osób, u których zdiagnozowano cukrzycę. Forum liczyło (a właściwie nadal liczy, bo ciągle jest dostępne) ponad 8300 zarejestrowanych użytkowników, którzy napisali bagatela ponad 313 000 wiadomości w ponad 10 100 tematach. Wraz z rozwojem i wzrostem popularności mediów społecznościowych zainteresowanie zyskały grupy na Facebooku. Spełniają one dokładnie taką samą funkcję, jak kiedyś wspomniane forum dyskusyjne. Tyle tylko, że teraz łatwiej sięgnąć po smartfona, uruchomić znaną nam aplikację i wejść na grupę, aby przeczytać nowe wiadomości. Prosto, szybko i na temat.

Portal mojacukrzyca.org idzie z duchem czasu i 14 czerwca 2016 roku uruchomił na Facebooku grupę „Cukrzyca | Grupa mojacukrzyca.org”, która obecnie, po dwóch latach funkcjonowania, ma już ponad 14 000 członków. Co ciekawe, aż 72,5% członków grupy stanowią kobiety. Tylko 27,4% to mężczyźni. Najwięcej postów pojawia się w piątki, soboty i niedziele. Związane jest to z czasem wolnym. Wtedy więcej czasu użytkownicy poświęcają na korzystanie z urządzeń mobilnych. Porządku na grupie pilnuje grupa administratorów i moderatorów, którzy czuwają nad bezpieczeństwem użytkowników. Pilnowany jest porządek, usuwane są treści niezgodne z regulaminem. Zarówno na forum, jak i teraz na grupie ogromne znaczenie ma regulamin, który określa podstawowe zasady korzystania z grupy. Określone są prawa i obowiązki użytkowników. Na grupie nieakceptowane są treści reklamowe, spamowanie, zaśmiecanie grupy nieodpowiednimi treściami.

Grupa dostępna jest dla każdego, ale trzeba się do niej zapisać. Oznacza to, że osoby spoza grupy nie mają dostępu do treści tam zawartych. W pewnym sensie gwarantuje to poufność umieszczonych tam informacji – jeżeli nie chcemy, to nasi znajomi nie muszą wiedzieć, o czym piszemy na grupie. Przy dołączeniu do grupy należy odpowiedzieć na trzy krótkie pytania weryfikujące. Z grupy korzystają zarówno osoby chore na cukrzycę (niezależnie od typu cukrzycy), jak również bliscy i znajomi osób chorych na cukrzycę. To tutaj można uzyskać informacje i odpowiedzi na pojawiające się pytania. Dużym plusem grupy jest szybkość, przecież zawsze „ktoś jest na Facebooku”. Odpowiedzi na pytanie można zatem uzyskać dosłownie w kilka minut.

Bliscy osób chorych na cukrzycę poszukują informacji niemal na każdy temat związany z chorobą. Oczekują wsparcia i porady w interpretacji wyników badań oraz postawienia wstępnej diagnozy. Szukają informacji o tym, czym jest stan przedcukrzycowy, jakie nowoczesne terapie można zastosować u osoby chorej na cukrzycę, chcą dowiedzieć się więcej o możliwościach, zaletach i wadach oraz cenach nowoczesnych urządzeń do monitorowania glikemii. Szukają informacji na temat wsparcia finansowego w leczeniu cukrzycy – kto i kiedy może starać się o refundację, jak uzyskać środki na zakup nowoczesnych form leczenia cukrzycy (np. nierefundowanych pomp insulinowych w terapii cukrzycy typu 1 dla osób powyżej 26. roku życia). Wiele pytań dotyczy kwestii psychologicznych, wsparcia emocjonalnego w chorobie oraz metod radzenia sobie ze stresem, który ona powoduje. Pojawiają się też z pozoru proste pytania: czy osoba chora na cukrzycę będzie mogła mieć dzieci, czy i jakie suplementy diety warto stosować przy cukrzycy, jak i gdzie można zdobyć glukometr dla bliskiej osoby.

Wsparcie całej rodziny jest niezwykle istotne w procesie leczenia cukrzycy. Jak wynika z raportu 88% osób z cukrzycą zadeklarowało, że bliscy nie uczestniczą z nimi w wizytach u lekarzy diabetologów, ponieważ oni sami tego nie chcą. Osoby chore na cukrzycę niezbyt chętnie rozmawiają też z rodziną o chorobie. Bliscy osób chorych na cukrzycę nie mają więc łatwego dostępu do wiedzy o cukrzycy – nieczęsto chodzą do lekarza z chorym, nie doświadczają tych problemów na własnej skórze, ciężko uzyskać im informacje od chorych. Grupa daje im możliwość zasięgnięcia porady i poznania problemów innych chorych. Dzięki temu łatwiej jest zrozumieć, z jakimi trudnościami musi codziennie borykać się osoba chora na cukrzycę.

Grupa dostępna jest pod adresem <https://www.facebook.com/groups/mojacukrzyca/>. Portal mojacukrzyca.org obecny jest także na stronie www.facebook.com/mojacukrzyca oraz w pozostałych mediach społecznościowych (Twitter, NK, Instagram, YouTube). Wokół portalu mojacukrzyca.org powstała bardzo duża grupa zarówno osób chorych na cukrzycę, jak i członków ich rodzin. Szukają i co najważniejsze znajdują odpowiedzi na nurtujące ich pytania. Z analizy raportu wynika, że Internet cieszy się dużym zaufaniem jako źródło wiedzy na temat cukrzycy (łącznych wskazań w kategorii duże zaufanie 69% dla osób z cukrzycą typu 1 i 70% osoby bliskie). Wśród grupy osób z cukrzycą typu 2 Internet, jako źródło wiedzy, nie ma dużego zaufania. Wynika to zapewne z średniej wieku osób chorych na cukrzycę typu 2 i trudnościami związanymi z dostępem do sieci.

Rozwój mediów społecznościowych przyczynia się do lepszego rozumienia choroby i jeszcze lepszej samokontroli. Korzystają na tym nie tylko sami chorzy, ale również rodzina, której wsparcie w chorobie jest niezwykle istotne. Portal mojacukrzyca.org w świetle przedstawionych wyników raportu zamierza zintensyfikować przekaz skierowany do osób bliskich, tj. rodziców, małżonków, partnerów osób chorych na cukrzycę. Zamierzamy dostarczać treści przeznaczone specjalnie dla nich, aby jeszcze łatwiej było im zrozumieć cukrzycę i właściwy sposób zarządzania nią. Rozważmy stworzenie specjalnej, zamkniętej grupy lub sekcji tylko dla członków rodzin oraz przygotowanie przekazu, np. w formie transmisji live z podstawowymi informacjami o chorobie. Do zrobienia jest wiele i każdy taki element przyczyni się do zwiększenia zaangażowania bliskich w leczenie osób chorych.

Wydawcą raportu jest Stowarzyszenie Edukacji Diabetologicznej SED

Autorami niniejszego raportu są:

Stowarzyszenie Edukacji Diabetologicznej SED
Fundacja Zdrowie i Edukacja Ad Meritum
ExpertPR Consultancy Elżbieta Brzozowska
S Institute Tomasz Sobierajski

Raport stanowi własność intelektualną autorów i chroniony jest prawami autorskimi.
Żadna część raportu nie może być kopiowana bądź wykorzystywana bez powołania się na źródło.

ISBN 978-83-951950-0-6