



Šećerna bolest

Procjena i praćenje psihosocijalnih potreba u liječenju osoba sa šećernom bolešću

Dea Ajduković, Mirjana Pibernik Okanović

Sveučilišna klinika Vuk Vrhovac

Ključne riječi: šećerna bolest, psihosocijalna procjena, smjernice

Suvremena istraživanja i intervencije vezane uz psihološke i psihosocijalne činitelje u šećernoj bolesti usmjerila su se u dva područja [1]. Prvi smjer istraživanja i djelovanja tiče se povezanosti psihosocijalnih čimbenika sa zdravstvenim ishodima liječenja šećerne bolesti. S druge strane, psihosocijalnu dobrobit se promatra kao vrijedan ishod liječenja sam po sebi. Psihosocijalni čimbenici utječu na zdravstvene ishode bolesti, jer djeluju na uspješnost pojedinca u svim aspektima samozbrinjavanja šećerne bolesti. Pritom valja imati na umu da je veza između psihosocijalnih činitelja i zdravstvenih ishoda bolesti dinamička. S jedne strane, psihosocijalni resursi kojima raspolaže osoba oboljela od šećerne bolesti će pozitivno ili negativno djelovati na njezinu dobrobit. Oni će time posredno dovoditi i do boljeg ili slabijeg samozbrinjavanja, što će uvjetovati poželjne ili štetne zdravstvene ishode. S druge strane, poželjni zdravstveni ishodi će povećavati psihosocijalnu dobrobit, čime će doprinosti održavanju poželjnih obrazaca ponašanja samozbrinjavanja i očuvanju dobrog zdravstvenog stanja. Nepoželjni zdravstveni ishodi će otežavati daljnje pokušaje samozbrinjavanja i negativno djelovati na dobrobit pojedinca, čime će postizanje boljih zdravstvenih ishoda biti teže. Ovo je perspektiva koja je često od primarne važnosti medicinskom osoblju koje se bavi liječenjem osoba sa šećernom bolešću.

Psihosocijalna dobrobit kao važan samostalni ishod skrbi za oboljele veže se uz činjenicu da šećerna bolest pogoduje razvoju različitih psiholoških i psihosocijalnih smetnji i tegoba. Prevalencija depresije među osobama sa šećernom bolešću iznosi oko 20%, što je oko tri puta učestalije nego u općoj populaciji [2], a procjenjuje se da oko 40% osoba sa šećernom bolešću doživljava smetnje raspoloženja različitog intenziteta. Pritom oko dvije trećine depresivnih poremećaja kod dijabetičara ostaje neprepoznato i neliječeno. S druge strane, život sa šećernom bolešću u sličnoj mjeri povećava i vjerojatnost razvoja anksioznih poremećaja i klinički značajno povišene anksioznosti [3]. Konačno, osobe sa šećernom bolešću, a osobito mlađe ženske osobe, sklonije su razvoju poremećaja prehrane, kao i poremećenim obrascima hranjenja koji ne zadovoljavaju pune dijagnostičke kriterije [4].

Svjetske smjernice

Različite međunarodne i nacionalne smjernice za liječenje šećerne bolesti redovito uključuju razmatranje različitih psihosocijalnih aspekata života sa šećernom bolešću.

Međunarodna dijabetička federacija (International Diabetes Federation, IDF) [5] u svojim smjericama za liječenje šećerne bolesti razrađuje psihološku skrb za osobe sa šećernom bolešću na tri razine: standardnoj, minimalnoj i proširenoj, ovisno o lokalnim mogućnostima zdravstvenog sustava. Skrb za psihološku dobrobit pacijenata uključuje tri aspekta: komunikaciju, psihosocijalnu procjenu te savjetovanje. Neovisno o razini skrbi, ove smjernice nalažu dva načela komunikacija s pacijentima koja potpomažu postizanje psihološke dobrobiti. Prvo, u komunikaciji s pacijentom zdravstveni stručnjak mora zauzeti cjelovit pristup osobi sa šećernom bolešću i poštovati činjenicu da bolesnik ima središnju ulogu u svojem liječenju. Drugo, komunikacija s pacijentom treba biti neosuđujuća i vrijednosno neutralna. Zatim, standardna skrb za psihološke potrebe oboljelih uključuje istraživanje socijalne situacije, stavova, uvjerenja i briga pacijenta vezano uz bolest; redovitu procjenu psihološke dobrobiti i statusa kroz razgovor ili korištenjem valjanih upitnika; savjetovanje pacijenata u okviru trajne edukacije i skrbi; te, ukoliko je potrebno upućivanje pacijenta stručnjaku za mentalno zdravlje koji ima specifično znanje o dijabetesu. Indikacije za ovo uključuju npr. poremećaje prilagodbe, veliki depresivni poremećaj, anksiozne poremećaje, poremećaje ličnosti, zlouporabu tvari ili kognitivne disfunkcije. Proširena skrb za psihološku dobrobit bolesnika postiže se, uz standardne postupke, uključivanjem stručnjaka za mentalno zdravlje (psihologa, psihijatra) u zdravstveni tim. Ovaj stručnjak može pružiti sveobuhvatniju psihološku ili neuropsihološku procjenu pacijenta, pružati usluge psihološkog savjetovanja pacijentima koji imaju tu potrebu te savjetovati liječnike i medicinske sestre u pružanju bihevioralnih intervencija za bolesnike. U slučajevima kad organizacija zdravstvene skrbi i dostupni resursi omogućuju samo minimalnu skrb za psihosocijalne potrebe bolesnika, potrebno je održati preporučene standarde komunikacije s pacijentom, nastojati prepoznati psihosocijalne čimbenike koji mogu otežati samozbrinjavanje te pacijenta po potrebi uputiti stručnjaku za mentalno zdravlje koji je dostupan u zajednici. Konačno, IDF-ove smjernice ističu potrebu za edukacijom i obukom zdravstvenih stručnjaka za temeljne vještine psihosocijalnog savjetovanja, prepoznavanje psiholoških komorbiditeta šećerne bolesti i korištenje valjanih upitnika za psihosocijalnu procjenu i praćenje.

Smjernice Američkog dijabetičkog udruženja (American Diabetes Association, ADA) [6] također navode specifične naputke za psihosocijalnu procjenu i praćenje bolesnika sa šećernom bolešću. Opći princip ovog pristupa jest da procjena psiholoških i socijalnih potreba pacijenata treba biti dio redovitog medicinskog praćenja bolesnika. Prilikom redovite kontrole, potrebno je procjenjivati stavove o bolesti, očekivanja od medicinskog tretmana, raspoloženje, općenitu kvalitetu života i onu vezanu uz šećernu bolest, različite socijalne, emocionalne i financijske resurse kojima pacijent raspolaže te psihijatrijski morbiditet. U ovim procjenama poželjno je koristiti provjerene, valjane upitnike za probir, ali osnova ovih postupaka uvijek mora biti odnos između bolesnika i liječnika, odnosno medicinske sestre ili tehničara. Probir i procjena psiholoških tegoba je osobito važna kod pacijenata čiji ishodi liječenja nisu zadovoljavajući. U tim je slučajevima potrebno obratiti pažnju na depresiju, distres vezan uz šećernu bolest, anksioznost, poremećaje prehrane i kognitivne smetnje. U slučajevima kad su ove teškoće izrazite, potrebno je pacijenta uputiti stručnjaku za mentalno zdravlje. Ove smjernice ističu da se psihosocijalni probir treba vršiti kako prilikom dijagnoze šećerne bolesti, tako i u prilikama redovitih kontrola, a osobito u situacijama u kojima dolazi do nepovoljnih promjena u bolesti, kao što je pojava komplikacija ili potreba za uvođenjem intenzivnijeg režima terapije. Probir i procjena psihosocijalnih teškoća bi, zaključno, trebali biti integrirani u redovitu skrb za bolesnika, kako bi se ove prepreke za kvalitetu života i samozbrinjavanje prepoznale i otklonile prije nego počnu imati štetan utjecaj na dobrobit pacijenta.

Kanadske smjernice za kliničku praksu skrbi za šećernu bolest [7] također ističu važnost redovite psihosocijalne procjene, i to kako osoba sa šećernom bolešću, tako i članova njihovih obitelji. Ova procjena treba uključivati izvore stresa i socijalne podrške, štetna ponašanja samozbrinjavanja, uvjerenja o kroničnim komplikacijama i učinkovitosti tretmana te procjenu razine u kojoj šećerna bolest ometa druge životne aktivnosti. Uz to, potreban je i redovit probir na depresivne i anksiozne simptome kod osoba sa šećernom bolešću. On se može vršiti ili izravnim pitanjima o tome, ili korištenjem prikladnih upitnika. Kanadske smjernice ističu važnost edukacije i osnaživanja bolesnika za kompetentno samozbrinjavanje kao moguću preventivnu mjeru za razvoj psihosocijalnih teškoća u šećernoj bolesti. Bolesnike koji se suočavaju s izrazitim psihološkim teškoćama ili imaju nezadovoljavajuće ishode liječenja potrebno je uputiti stručnjaku za mentalno zdravlje. Pritom ove smjernice ističu da je u tim slučajevima često korisno u psihološko savjetovanje i psihoterapiju uključiti čitavu obitelj pacijenta.

Australske smjernice za skrb o osobama sa šećernom bolešću u primarnoj zdravstvenoj zaštiti [8], kao i one Njemačkog društva

za dijabetes [9], ističu da osnovni zdravstveni tim (liječnik i medicinska sestra) imaju ključnu ulogu u prepoznavanju i reagiranju na različite psihosocijalne teškoće koje se javljaju u šećernoj bolesti. Pritom ovi zdravstveni djelatnici moraju biti svjesni da dijagnoza šećerne bolesti za mnoge pacijente znači korjenite promjene različitih dugogodišnjih životnih navika, koje nije uvijek lako postići. Zdravstveni tim svojim pristupom može djelovati kako uspostavljanje adekvatnih zdravstvenih navika, tako i na simptome psiholoških teškoća koje se mogu pojaviti. S pacijentom je potrebno razviti odnos povjerenja, što je moguće ukoliko određeni tim trajno skrbi o bolesniku. Osobito kod pacijenata s depresivnom simptomatologijom, zadatak je tima pružiti pacijentu podršku i nadu te pristupati na način koji nije pretjerano kritičan i koji ne podržava stvaranje osjećaja krivnje i nekompetentnosti pacijenta. Pacijente koji se suočavaju s depresivnim smetnjama i koji trajno ne postižu zadovoljavajuće terapijske ishode je potrebno uputiti na specijaliziranu psihoterapiju ili farmakološko liječenje poremećaja raspoloženja.

Ukupno gledano, međunarodne smjernice za psihosocijalno praćenje osoba sa šećernom bolešću uključuju nekoliko zajedničkih aspekata:

1. Odnos zdravstvenog tima i bolesnika određen podržavajućom i osnažujućom komunikacijom, u kojoj zdravstveni tim oboljelim pristupa kao cjelokupnoj osobi;
2. Rutinsko praćenje psihosocijalnih čimbenika koji mogu nepovoljno djelovati na kvalitetu života bolesnika i na ishode liječenja šećerne bolesti u sklopu osnovnog zdravstvenog tima (liječnik i medicinska sestra);
3. Uključivanje specifično educiranog stručnjaka za mentalno zdravlje u skrb za oboljele, kako bi se djelovalo na psihosocijalne tegobe ukoliko se one ne mogu razriješiti u okviru redovite dijabetološke skrbi.

Psihosocijalna skrb za osobe sa šećernom bolešću u Hrvatskoj

Institucionalni okvir politike prema šećernoj bolesti definiran *Nacionalnim programom zdravstvene zaštite osoba sa šećernom bolešću s posebnim ciljem prevencije bolesti* predviđa ulogu psihologa u zdravstvenoj skrbi za osobe sa šećernom bolešću. Naime, u sklopu predviđenih centara za šećernu bolest na županijskoj razini, Nacionalni program predviđa da u timu sudjeluje liječnik (dijabetolog/endokrinolog/internist), viša medicinska sestra, dijetetičar i psiholog. Ovo je u skladu s proširenim modelom skrbi za psihosocijalne potrebe osoba sa šećernom bolešću prema smjernicama IDF-a.

Nadalje, psihosocijalna procjena i praćenje nalazi svoje mjesto i u hrvatskim smjernicama za liječenje šećerne bolesti tipa 2, a koje su predlagane na ovogodišnjim 66. danima dijabetologa. Među smjernicama o edukaciji i samokontroli bolesnika, iznesen je i prijedlog sustavnog praćenja psihosocijalnog statusa osoba s tipom 2 šećerne bolesti [10].

Predloženo je da se psihološko praćenje uključi kao standardni postupak u sklopu godišnje liječničke kontrole. Psihološka procjena i praćenje u ovom kontekstu znače probir i trijažu bolesnika koji imaju izraženije psihosocijalne potrebe. Stoga je predloženo da se među alate Nacionalnog registra osoba sa šećernom bolešću (CroDiab Net) uključe kratki, međunarodno validirani i široko korišteni instrumenti: WHO-5 i PAID-5. WHO-5 je upitnik koji pomoću pet pitanja procjenjuje psihološku dobrobit osoba, dok PAID-5 također pomoću pet pitanja zahvaća emocionalni distres uvjetovan šećernom bolešću. Za oba ova upitnika postoje norme koje omogućuju smještanje pacijenta u kategorije (depresivno, sniženo ili pozitivno raspoloženje; nizak, prosječan, iznadprosječan ili visok distres), a time i učinkovit probir i trijažu. Predloženo je da medicinska sestra primjenjuje ove upitnike i evaluira njihove rezultate. Tri su moguća ishoda ovakvog probira i prikladnih intervencija:

- (1) pacijentov psihosocijalni status je zadovoljavajući, u kojem slučaju se nastavlja uobičajeno liječenje;
- (2) pacijent ima simptome povišenog distresa i/ili sniženo raspoloženje (ali na subkliničkoj razini), pri čemu osnovni medicinski tim služi kao izvor podrške i daljnjeg praćenja, uz konzultaciju sa psihologom po potrebi;
- (3) pacijent doživljava izrazit distres i/ili depresivne simptome, u kojem slučaju se upućuje na psihološku ili psihijatrijsku procjenu, na temelju koje se upućuje prema prikladnim oblicima psihološkog ili psihijatrijskog liječenja.

Ovakav sustav, koji je usklađen sa svjetskim smjernicama, ističe važnost medicinskog tima u psihosocijalnoj procjeni i praćenju, kao i u pružanju psihosocijalne podrške. Ovo naglašava ulogu psihologa kao suradnog člana tima, čija je uloga prvenstveno savjetovati i po potrebi dodatno educirati medicinski tim za prikladnu komunikaciju i što učinkovitiji pristup psihosocijalnim teškoćama bolesnika.

REFERENCE

1. Rubin RR, Peyrot M. Psychological issues and treatments for people with diabetes. *J Clin Psych* 2001; 57(4): 457-478.
2. Peyrot M, Rubin R. Levels and risks of depression and anxiety symptomatology among diabetic adults. *Diab Care* 1997; 20: 585-590.
3. Grigsby AB, Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. Prevalence of anxiety in adults with diabetes. *J Psychosom Res* 2002; 53: 1053-1060.
4. Jones JM, Lawson ML, Daneman D, Olmsted MP, Rodin G. Eating disorders in adolescent females with and without type 1 diabetes: cross sectional study. *BMJ* 2000; 320: 1563-1566.
5. International Diabetes Federation. Global guideline for type 2 diabetes: recommendations for standard, comprehensive, and minimal care. *Diabet Med* 2006; 23: 579-593.
6. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes – 2010. *Diab Care* 2010; 33(Suppl 1): S11-S61.
7. Canadian Diabetes Association. 2008 clinical practice guidelines for the prevention and management of diabetes in Canada. *Canadian Journal of Diabetes* 2008; 32, Suppl 1.
8. Diabetes Australia. Diabetes management in general practice. Australia: autor.
9. German Diabetes Association. Clinical guideline: Psychosocial factors and diabetes mellitus. <http://diabetes-psychologie.de/downloads/guidelines.pdf>
10. Pibernik Okanović M. Psihološki pristup bolesniku s tipom 2 šećerne bolesti. 66. dani dijabetologa, 27.-30. svibnja 2010, Šibenik.