

Pielęgniarstwo diabetologiczne w Hiszpanii

(Diabetes nursing/research in Spain)

Margarida Jansà, Barcelona

System zdrowotny w Hiszpanii

Populacja Hiszpanii wynosi 47 milionów, z czego 12,2% to imigranci. Na cukrzycę typu 2 w Hiszpanii choruje 13,8% ludności, z czego połowa (6% ludności) nie jest świadoma swojej choroby. Ryzyko wystąpienia cukrzycy typu 2 wzrasta wraz z wiekiem; 20% osób między 60. a 75. rokiem życia choruje na ten typ cukrzycy. Choroba jest częściej diagnozowana u mężczyzn niż u kobiet. Otyłość to przypadłość 10,8 miliona mieszkańców Hiszpanii. Rocznie zachorowuje na cukrzycę 12-14 osób na 100 000. Od 2012 r. Hiszpania posiada Program Polityki Diabetologicznej.

Kształcenie pielęgniarek w Hiszpanii

Od 2009 r. zdobycie zawodu pielęgniarki wymaga 3-letniego kształcenia akademickiego. Oficjalne dziedziny specjalizacji to: położnictwo, pielęgniarstwo psychiatryczne, chirurgiczne, pediatryczne, geriatryczne i pielęgniarstwo medycyny pracy i środowiskowo-rodzinne. Nie ma specjalizacji diabetologicznej. Podyplomowe kursy organizowane są przez uniwersytety hiszpańskie, Hiszpańskie Towarzystwo Diabetologiczne i ENDCUP z ramienia FEND-u. Badania dotyczące pielęgniarstwa diabetologicznego w Europie pokazują, że hiszpańskie pielęgniarki mają więcej doświadczenia i kompetencji niż ich koleżanki z innych państw europejskich, szczególnie jeśli chodzi o żywienie i pielęgnację stóp.

Od badania do działania: opieka przejściowa dla młodych ludzi z cukrzycą

(From research to action: transitional care for young people with diabetes)

AnneLoes van Staa, Erasmus University, Rotterdam, Netherlands

Młodzi pacjenci doświadczają wielu problemów w związku z przejściem z poradni dziecięcych do poradni dla dorosłych. Młodzi ludzie z cukrzycą w okresie zmiany ośrodka opieki mają nieregularne kontrole stanu zdrowia, co często prowadzi do pogorszenia wyrównania metabolicznego i częstszych hospitalizacji.

Nowe podejście do aktywności fizycznej

(Rethinking our approach to physical activity)

Brian Martin, Zurych

Wszechstronne korzyści zdrowotne wynikające z regularnej aktywności fizycznej zostały dobrze udokumentowane, natomiast brak aktywności jest uznawany za główny czynnik ryzyka zachorowalności na przewlekłe choroby niezakaźne, mianowicie cukrzycę typu 2, chorobę niedokrwienną serca i nowotwory. Zwrócono uwagę na rolę podstawowej opieki zdrowotnej na poprawę aktywności fizycznej, ale również inne czynniki i działania: programy szkolne, promocja aktywizujących środków komunikacji, planowanie miast, kampanie medialne, działania środowiskowe promujące sport dla wszystkich. Przykłady pozytywnych integrujących działań, także prowadzonych we współpracy z towarzystwami naukowymi.

Cukrzyca monogeniczna i rola pielęgniarki diabetologicznej

(Monogenic diabetes and the role of the diabetes nurse)

Maggie Shepherd PhD, Exeter, Wielka Brytania

Cukrzyca monogeniczna (spowodowana zmianą w pojedynczym genie) jest mylnie diagnozowana jako cukrzyca typu 1 bądź typu 2 w blisko 80% przypadków. Nieprawidłowo postawiona diagnoza prowadzi do nieodpowiedniego leczenia, niepotrzebnych wstrzyknięć insuliny itd. Rolą pielęgniarek diabetologicznych jest rozpoznawanie cukrzycy monogenicznej; dotyczy to około 2% wszystkich chorych z cukrzycą. Pielęgniarka diabetologiczna, znając charakterystyczne objawy cukrzycy monogenicznej, może przyspieszyć prawidłowe rozpoznanie, a tym samym bardziej trafne leczenie pacjentów, u których testy wskażą genetyczne przyczyny choroby. Prawidłowa diagnoza pozwala zastosować odpowiednie leczenie pochodną sulfonomocznika i wyeliminować wielokrotne wstrzyknięcia insuliny.

LADA – rozterki cukrzycy

(LADA – the crossroads of diabetes)

Anders Frid, Malmö, Sweden

Współczesna klasyfikacja cukrzycy została ujednolicona w latach 70. XX wieku i zaakceptowana przez Światową Organizację Zdrowia w 1980 r. Istnieją oczywiste różnice pomiędzy cukrzycą typu 1 a 2. Warto też zauważyć, że nie ma opartej na dowodach definicji cukrzycy typu 2. LADA (latent autoimmune diabetes of the adult, pol. utajona cukrzyca autoimmunologiczna dorosłych) nie jest odrębnie zdefiniowana w Międzynarodowej

Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, a tym samym powinna być traktowana jako cukrzyca typu 1. Jeśli weźmie się pod uwagę obraz kliniczny, pacjenci z cukrzycą typu LADA są znacznie młodsi i szczuplejsi niż typowy pacjent z cukrzycą typu 2, ale jest wiele cech wspólnych. Wszyscy pacjenci powinni mieć zbadany poziom przeciwciał GAD. Szybsza diagnoza pozwala na bardziej adekwatną reakcję terapeutyczną. Nie ma żadnego dowodu na to, że sulfonoczeklik nie może być stosowany u pacjentów z cukrzycą typu LADA.

Otyłość i cukrzyca

(Obesity and diabetes)

José Silva-Nunes, Lizbona

Otyłość jest globalnym problemem. Jest to pandemia. Jej obraz różni się w zależności od regionu. U genetycznie podatnych osób otyłość wynika z braku równowagi pomiędzy przyjmowaniem kalorii a ich spalaniem. Cukrzyca typu 2 prawie zawsze idzie w parze z otyłością. Większość osób z cukrzycą typu 2 jest otyła lub ma nadwagę. Co więcej, niektóre leki stosowane u diabetyków mogą prowokować zwiększenie wagi. Jest wiele znanych badań mówiących o tym, że cukrzyca typu 2 to choroba, której można uniknąć. Ważne jest więc, aby kontrolować pandemię otyłości po to, aby zaradzić pandemii cukrzycy.

Ustrukturyzowana edukacja pacjenta: wdrażanie programu DESMOND na Gibraltarze
(Structured patient education: implementing the Desmond programme in Gibraltar)

Julie Parker, Gibraltar

Edukacja pacjentów jest kluczowym komponentem działań prowadzących do poprawy samokontroli cukrzycy. Wystarczające zrozumienie czynników powstawania cukrzycy, konsekwencji słabej samokontroli glikemii oraz przyjmowanie leków i modyfikacja stylu życia pomogą pacjentom podejmować bardziej racjonalne i świadome decyzje odnośnie do samokontroli. Program edukacyjny DESMOND (Edukacja Diabetologiczna i Samokontrola dla Obecnych i Nowo Zdiagnozowanych Pacjentów) istnieje w Anglii już od 10 lat. Okazał się ogromnym sukcesem. Jego wieloletnie trwanie było możliwe dzięki pozytywnym opiniom pacjentów, wypełnianiu przez nich ankiet oraz doświadczeniu edukatorów zajmujących się programem DESMOND.

DESMOND w Irlandii

(DESMOND in Ireland)

Ciara Heverin, Primary Care Diabetes Dietitian in Galway, Ireland

System DESMOND jest prowadzony także w Irlandii.

PRISMA w Holandii

(PRISMA in the Netherlands)

Caroline Lubach, Diabetes Centre of the Free University Medical Centre, Amsterdam

PRISMA, PRo-active Interdisciplinary Self MAnagement, aktywna interdyscyplinarna samokontrola to forma edukacji skierowana do grup ludzi z cukrzycą typu 2. To forma edukacji pacjenta podobna do brytyjskiego programu DESMOND.

Razem łatwiej

(Together it's easier)

João Raposo and Lurdes Serrabulho, Portugalskie Stowarzyszenie Diabetologiczne,

„Together it's easier” (Razem łatwiej), jest programem dla ludzi z cukrzycą typu 2, mającym na celu poprawę jakości życia, wykorzystującym wiedzę o racjonalnym żywieniu, aktywności fizycznej, stosowaniu nowoczesnych metod leczenia i lepszej samokontroli w cukrzycy. Program ten składa się z 7 sesji grupowych trwających łącznie 6 miesięcy. Sesje odbywają się pod nadzorem instruktora zapewniającego interaktywne nauczanie oparte na doświadczeniu uczestników i stymulowaniu zmian w zachowaniu. Rezultaty: program został wdrożony w latach 2011 i 2012. Zaangażowanych zostało 1200 ludzi i 84 instytucje. Średnia wieku uczestników wynosiła 58,9 lat. Wszyscy uczestnicy zażywali lekarstwa doustne. Ich badanie pod koniec programu wykazało, że w ich organizmie nastąpiło kilka redukcji. Średnia redukcja wagi to 1,94 kg, zmniejszenie obwodu brzucha – 3 cm, a spadek hemoglobiny oszacowano na 0,29 %. Wnioski: działania zmierzające do poprawy jakości życia u ludzi z cukrzycą typu 2 przyniosły pozytywne rezultaty ponieważ uczestnicy stracili na wadze i zredukowali obwód brzucha. Efekty są bardzo istotne statystycznie i pozwalają ocenić znaczenie lepszej kontroli cukrzycy, która polega na dbaniu o zdrowy styl życia i samokontroli. „Together it's easier” pokazuje, jak ważne są aktywne metody jako podstawowe narzędzie w programach grupowych, a ich wartość polega na zachęceniu uczestników do dzielenia się emocjami.

Kompetencje pielęgniarki diabetologicznej: progresywne czy regresywne?

(Diabetes nurse competencies: progressive or regressive?)

Angus Forbes, FEND, King's College London

Kompetencje są rozumiane jako mechanizm zapewniający minimalny poziom klinicznej opieki świadczonej przez pracownika klinicznego reprezentującego konkretną dziedzinę.

Czynniki przyczyniające się do ryzyka cukrzycy u zdrowych brytyjskich dzieci – wnioski z EarlyBird Diabetes Study

(Factors contributing to diabetes risk in healthy British children – longitudinal insights from the EarlyBird Diabetes Study)

Alison N Jeffery, Plymouth University, UK

W badaniu EarlyBird Diabetes brało udział 300 zdrowych dzieci z rodzicami przez okres 12 lat. Celem badania było wskazanie, które dzieci będą najbardziej narażone na ryzyko rozwoju cukrzycy w dorosłym wieku. Powtarzające się pomiary u tych samych osób ujawniły pewne czynniki i pozwoliły na ustalenie pewnego kierunku:

- 1) Trendy w podaży i zapotrzebowaniu na insulinę przez okresem pokwitania oddziałują na ryzyko rozwoju cukrzycy.
- 2) Epigenetyka to nowa dziedzina badań. Podczas gdy łańcuch DNA nie może ulec zmianie, sposób aktywacji i dezaktywacji genów może różnić się w zależności od czynników środowiskowych.
- 3) Istnieje korelacja między słabym samopoczuciem (tendencja depresyjna) i ryzykiem cukrzycy u nastolatków.

Cukrzyca związana z mukowiscydozą

(Cystic fibrosis related diabetes)

Marie Caraher and Sally Marshall, Newcastle upon Tyne, UK

Mukowiscydoza jest autosomalną, recesywną chorobą. W Europie jedna osoba na 15 jest nosicielem tej choroby, a żyje z nią jedna osoba na 2500. Dzięki nowoczesnym sposobom leczenia średnia długość życia chorego z mukowiscydozą znacznie wzrosła, pozwalając wielu z nich osiągnąć wiek dorosłości. Ten sam patologiczny proces, który niszczy płuca, oddziałuje również na trzustkę. Z czasem może wystąpić zaburzenie wchłaniania w trzustce i pojawia się cukrzyca związana z mukowiscydozą, wtórna do braku insuliny i niszcząca wewnątrzwydzielniczą funkcję trzustki. 50% pacjentów cierpiących na mukowiscydozę przed osiągnięciem 30. r.ż. będzie miało cukrzycę związaną z mukowiscydozą. Cukrzyca związana

z mukowiscydozą to stan kiedy brakuje insuliny i deficyt insuliny stopniowo zwiększa się. Pojedynczy pacjenci mogą zauważać hiperglikemię podczas ciężkiej infekcji w klatce piersiowej oraz odczuwać poprawę, z tendencją w kierunku normoglikemii po wyleczeniu infekcji. Kontrola w celu uniknięcia hiperglikemii jest ważna, aby zapewnić dobre wyrównanie metaboliczne, w szczególności utrzymanie stałej wagi. Pacjenci z mukowiscydozą powinni mieć doroczne badania przesiewowe w kierunku cukrzycy związanej z mukowiscydozą.

Plakat 13

Używanie automatycznego kalkulatora bolusów w codziennej praktyce

(Use of an automated bolus calculator in routine practice)

U.Vesth i inni, Dania

Badanie kliniczne trwało 16 tygodni i miało dać odpowiedź na pytanie, czy używanie automatycznego kalkulatora bolusów do zaawansowanego obliczania węglowodanów przyczynia się do poprawy kontroli metabolicznej i większej satysfakcji z wyników leczenia pacjentów ze zdiagnozowaną cukrzycą typu 1.

Cel. Opis klinicznych wyników po 6 miesiącach stosowania w praktyce automatycznego kalkulatora bolusów.

Metoda. Pacjenci podzieleni na grupy uczestniczyli w 3-godzinnych sesjach edukacyjnych pod nadzorem pielęgniarki diabetologicznej i dietetyka. Sesja edukacyjna składała się z: wiadomości ogólnych dotyczących cukrzycy, zaawansowanego obliczania ilości węglowodanów w spożywanym posiłku i obsługi automatycznego kalkulatora bolusów.

Wyniki: Przez ponad 6 miesięcy 58 pacjentów w wieku 20–64 lat i cukrzycą trwającą od roku do lat 43 uczestniczyło w zajęciach dotyczących obsługi automatycznego kalkulatora bolusów. Niektórzy pacjenci zrezygnowali ze szkolenia przed upływem 6 miesięcy. Podczas kursu możliwe były konsultacje telefoniczne. Średnia masa ciała nie zmieniła się po kursie.

Wniosek. Stosowanie w codziennej praktyce automatycznego kalkulatora bolusa spowodowało znaczną poprawę wartości hemoglobiny glikowanej.

Plakat 22

Wsparcie otrzymane od rodziny i przyjaciół przez dorosłych z cukrzycą typu 2

(Perceived support from family and friends among adults with type 2 diabetes)

Oftedal B., Norwegia

Rodzina i przyjaciele odgrywają ogromną rolę we wspieraniu samokontroli u diabetyków z cukrzycą typu 2. Celem tego badania było opisanie emocji, które towarzyszą osobom z cukrzycą typu 2 otrzymującym wsparcie od swoich rodzin i przyjaciół jeśli chodzi o zarządzanie cukrzycą. Do badania zostało zrekrutowanych 19 uczestników (12 kobiet i 7 mężczyzn) w wieku od 35 do 65 lat, mających cukrzycę typu 2 trwającą co najmniej rok, zgłoszonych przez: 1) lekarzy ogólnych, 2) szpital uniwersytecki, 3) lokalne stowarzyszenie diabetyków.

Wynik. Wyodrębniono 4 wstępne zakresy odzwierciedlające rodzaje wsparcia otrzymanego od rodziny i przyjaciół: 1) wsparcie psychiczne, 2) wsparcie praktyczne, 3) wsparcie informacją i poradą, 4) wsparcie powiązane z zaufaniem.

Wniosek. Otrzymane wyniki wskazują, że społeczne wsparcie jest złożone i bardzo trudne, ponieważ uczestniczące w badaniu osoby traktują cukrzycę typu 2 jako wrażliwy temat w stosunku do rodziny i przyjaciół, szczególnie jeśli chodzi o dietę. Wiele z nich postrzega społeczne wsparcie jako presję, która ma negatywny wpływ na realizację samokontroli. Najważniejszym wnioskiem jest to, że wiele osób stwierdziło, iż nie potrzebują wsparcia i potrafią same zarządzać swoją chorobą.

Plakat 23

ON YOUR TOES – pilotażowe randomizowane badanie testujące wykorzystanie pomiaru temperatury ciała do zredukowania występowania owrzodzenia stóp u norweskich pacjentów z cukrzycą

(„On your toes” – a randomized pilot study testing the feasibility of implementing skin temperature measurement to reduce recurrent foot ulcers in patients with diabetes in Norway)

Skafjeld A i inni, Norwegia

Celem badania było sprawdzenie, czy pomiar temperatury skórnym termometrem Temp-Touch przyczynia się do eliminacji przewlekłych owrzodzeń stóp u norweskich pacjentów z cukrzycą oraz sprawdzenie czy pacjenci stosują się do kolejnych etapów programu.

Metody. Badanie było pilotażową pojedynczą ślepą próbą; prowadzono je przez 12 miesięcy z udziałem 41 pacjentów z cukrzycą mających wcześniej problemy z ranami cukrzycowymi stóp lub neuropatią. Pacjenci otrzymali odpowiedni, wygodny w użyciu sprzęt i zostali fachowo przeszkoleni, jak używać skórno termometru do codziennego monitorowania temperatury stóp.

Wyniki. Podczas 12-miesięcznego badania wystąpienie wrzodów stóp wyniosło 39% w grupie stosującej procedurę i 50% w grupie kontrolnej.

Wniosek. Badanie pilotażowe pokazało, że jest wykorzystanie pomiaru temperatury przyczynia się do poprawy stanu stóp pacjentów z cukrzycą, a wiedza, jaką zdobyli badacze, będzie użyteczna przy prowadzeniu badania z udziałem większej grupy uczestników.

Plakat 32

Badanie opisowe i porównawcze psychologicznego przystosowania starszych pacjentów z cukrzycą typu 2

(Descriptive and correlational study of the psychosocial adjustment of the elderly with type 2 diabetes)

Bassin F. i inni, Szwajcaria

Występowanie cukrzycy typu 2 zwiększa się podobnie jak starzenie się populacji..

Cele. 1) opis psychologicznego przystosowania się ludzi starszych z cukrzycą typu 2; 2) poszukiwanie korelacji pomiędzy socjodemograficznymi i zdrowotnymi zmiennymi oraz psychologicznym przystosowaniem wśród osób z cukrzycą typu 2.

Metody. Badanie zostało przeprowadzone pomiędzy w latach 2011–2012 w uniwersyteckiej poradni diabetologicznej. Narzędziem był kwestionariusz o trzystopniowej skali – The Psychological Adjustment to Illness Scale (PAIS-SR), w którym można było uzyskać maksymalnie 80 punktów. Ocena odpowiedzi na zawarte w nim pytania ukazuje stopień trudności w psychosocjalnym przystosowaniu się do choroby.

Wyniki. W badaniu wzięło udział 57 osób (42 mężczyzn i 15 kobiet). Ich średni wiek to 71 lat, a średnia wartość hemoglobiny glikowanej 7,6%. Wszyscy uczestnicy mieli powikłania pohiperglykemiczne. Średni całkowity wynik wyniósł 49,46, a najniższy wynik przystosowania psychologicznego 42,74. Najniższe przystosowanie pojawiło się ze względu na płeć i środowisko społeczne. Nie wykazano żadnej znaczącej korelacji pomiędzy poziomem psychologicznego przystosowania, a socjodemograficznymi zmiennymi i zdrowiem.

Wniosek. Badanie pokazało, że uczestnicy mają pozytywne nastawienie do swojej choroby – cukrzycy typu 2, a co za tym idzie są psychologicznie przystosowani.