

La qualità di vita dei soggetti con DM 1 e DM2: ruolo dell'educazione terapeutica

L. Strazzerà, V. Provenzano, A. Cutrona,
M. Sciacca, L. Spano
vincenzoprovenzano@virgilio.it

Ospedale Civico di Partinico, U.O. Diabetologia
e Malattie del Metabolismo. ASL 6-PA

Parole chiave: qualità di vita, educazione
Key words: quality of live, education

Il Giornale di AMD, 2010;13:91-92



Riassunto

Lo scopo del lavoro è stato quello di descrivere la condizione psico-sociale e il ruolo positivo che l'educazione terapeutica e l'empowerment possono svolgere in una popolazione di diabetici tipo 1 e 2 alla presa in carico presso il Dipartimento di Malattie metaboliche dell'ospedale di Partinico. Cinquanta diabetici consecutivi sono stati studiati tra febbraio e novembre 2009. Tutti sono stati presi in carico da un'equipe multidisciplinare che comprendeva oltre ai diabetologi, una psicologa, infermieri e dietista esperti in educazione terapeutica. Tutti i soggetti sono stati sottoposti ad una valutazione psicologica strutturata ed hanno compilato questionari validati GISED su conoscenze, bisogni e aspettative sulla malattia e su vari aspetti come piede, alimentazione, complicanze e prevenzione, trattamento della malattia, rischio cardiovascolare, auto-controllo. Dall'esame dei dati emerge la grande difficoltà di accettazione della malattia, la diffusione di condizioni come ansia, depressione, instabilità emotiva, bisogno di aiuto. L'educazione terapeutica e il ricorso ad un team multidisciplinare sono viste dalla maggior parte dei pazienti come una risorsa a cui attingere per migliorare la qualità di vita percepita e raggiungere una maggiore fiducia in se stessi.

Summary

The Dpt of Diabetes and Metabolic Disorders in the Hospital of Partinico (ASL 6- PA) follows up a method in the diabetologic clinical practice based on the sharing management through a multidisciplinary team dealing with constant therapeutic education, complementing with the clinical treatment of diabetes mellitus. Such a method has been validated by numerous scientific studies. The team consist of diabetologist, a dietician, a psychologist, a sport doctor, nurses and voluntary staff of Diabetes Association.

We studied DM1 and DM2 patients in a period between December and February 2009 a cohort of 20 M, 30 F, age range from 14-65 yrs, duration of known diabetes 2 - 15 yrs. To all the patient were administered questionnaires (Q) from GISED on wishes, attitudes, needs and education and undergo a structured psychological evaluation. From the analysis

of Q we derived that 80% of patients during the visits produce the glycaemic diary, only 86% show the last blood tests, 98% have their own glucometer, 34% check glycaemia 1-2 times a day; 22% for 2-3 times, the remaining 3-4 times/day; 20% take oral antidiabetics, 80% multiple daily injections of insulin (MDI); 56% have insulin in the abdomen, 25% in the arms, the remaining in the legs and buttocks. We consider that continuous and constant therapeutic education helps the patients to accept diabetes. The task of multidisciplinary team is helpful for diabetic patients to overcome their psychological uneasiness. We are strongly convinced that therapeutic education is the ultimate prerequisite for self control.

We want to make the diabetic patient "an actor and not a victim of his own life condition"

Premessa. L'U.O. di Diabetologia e Malattie Metaboliche dell'Ospedale Civico di Partinico (ASL 6-PA) utilizza il metodo assistenziale basato sulla gestione integrata e condivisa, il lavoro in team multidisciplinare in cui oltre ai diabetologi sono presenti una psicologa, infermieri professionali e dietista esperti in educazione terapeutica e le Associazioni dei Diabetici. L'educazione terapeutica strutturata viene attuata in modo sistematico tanto per i pazienti in degenza ordinaria che per quelli afferenti al DH o all'ambulatorio. Tutti i pazienti vengono sottoposti ad una valutazione psicologica per comprenderne il profilo psicologico, i bisogni e le aspettative.

Scopo del lavoro è stato quello di valutare gli effetti di un approccio educativo strutturato come elemento integrante della terapia, dopo aver inquadrato il profilo psicologico individuale ed aver indagato la qualità di vita percepita mediante questionari (Q). A tale scopo sono stati impiegati i questionari validati GISED, l'analisi psicologica secondo protocollo interno e validato, i QoL GISED.

Casistica. Sono stati valutati 50 pazienti consecutivi tra dicembre 2008 e febbraio 2009. I soggetti erano 20 M e 30 F di cui range di età tra 14 e 65 anni (media 57 ± 16), di durata tra 2 e 15 anni (media 7 ± 5). Tutti hanno autocompilato i QdV e i Q del GISED. I dati sono forniti come percentuali rispetto all'intera casistica. Trattandosi di un'indagine conoscitiva di tipo descrittivo non sono stati effettuati confronti statistici. Le valutazioni dello stato psico-sociale sono state condotte all'arruolamento e descrivono la situazione iniziale dei pazienti. Le valutazioni sugli aspetti connessi ai temi educativi sono state condotte dopo il ciclo di incontri sull'ETS

Descrizione del campione: 1. *Attività lavorativa:* donne = 33% casalinga; 67% attività nel terziario o impiegate; maschi = 65% impiegati; 15% studenti; 20% operai e pensionati. 2. *Attività fisica:* 34% svolge esercizio fisico regolare e costante. 3. *Autocontrollo:* i pazienti che alle visite portano il dia-

rio glicemico sono il 80% del totale; di questi, l'86% esibisce ulteriori esami ematochimici; 98% possiede un glucometro personale e riferisce di essere in grado di autogestirsi; solo il 34% esegue l'autocontrollo 1-2 volte al giorno; il 22% da 2-3 volte; la restante percentuale esegue i controlli da 3-4 volte al dì; il 96% esegue l'autocontrollo in modo autonomo. 4. *Terapia*: ipoglicemizzanti orali nel 20% dei casi, insulinica multi-iniettiva nell'80%, tutti con penna ed in modo autonomo. Il 58% del campione segue una dieta prescritta dal servizio mentre la restante 42% viene seguito dal medico curante e/o dietista di fiducia. 5. *Sedi di iniezione insulinica*; 56% addome, 25% braccia; 19% gambe/cosce glutei

Risultati. *Situazione psicologica*: il 60% dei soggetti esaminati riferisce ansia e talora depressione e scoraggiamento per il futuro e la propria condizione di vita. Includendo tra questi sintomi anche irrequietezza immotivata si raggiunge il 64% dei casi. Soltanto il 10% assume psicofarmaci per i disturbi del sonno e per la cura della sindrome ansioso-depressiva. Il 16% riferisce difficoltà e/o cambiamenti importanti nell'organizzazione della vita familiare dopo la comparsa del diabete; nel 76% dei casi le relazioni familiari sono rimaste invariate, il 18% riporta miglioramenti nelle relazioni familiari. Il 92% dei soggetti si è sentito aiutato e compreso dai familiari e soltanto il 10% isolato e trascurato dalla famiglia.

Dopo la comparsa del diabete, il 98% dei soggetti ha sempre mantenuto il lavoro e solo il 4% riporta difficoltà di inserimento lavorativo, rimanendo per la quasi totalità del campione, invariate le capacità lavorative e la situazione economica. L'8% dei soggetti ha lamentato un peggioramento dei rapporti sociali, il 10% un miglioramento e l'82% non riferisce variazioni.

Rapporti con la malattia e con il curante: il 28% dichiara che il diabete li fa sentire diversi dagli altri. Alla notizia di dover iniziare la terapia insulinica il 34% prova ansia e paura, il 16% indifferenza, il 18% senso di fatalità e rassegnazione, il 10% dolore e depressione e il restante 22% angoscia e disperazione. All'inizio della terapia il 92% dei soggetti si è sentito adeguatamente informato e preparato da parte del curante. L'86% si è sentito considerato e compreso ed il 94% accetta meglio il diabete e la dipendenza dall'insulina. Per il 68% dei soggetti si sono adattati alle prescrizioni terapeutiche e ai farmaci, giudicando l'assistenza medica e infermieristica per la quasi totalità del campione (il 94%) buona ed adeguata. Il 72% richiede più disponibilità all'ascolto da parte dei curanti, ed il 28% richiede comprensione. L'84% dichiara di ricevere un'adeguata assistenza psicologica, ritenendo che il diabete abbia conseguenze psicologiche importanti. Il 92% dei soggetti dichiara che la presenza dello psicologo clinico sia importante per un miglior adattamento alla condizione di vita, ritenendo che l'aiuto psicologico va fornito al momento dell'esordio (50%), nei primi sei mesi di adattamento alla patologia (8%) o solo nei momenti di crisi (14%), sempre (il 28%). Il 90% giudica, attualmente, la propria Qualità di Vita accettabile.

Considerazioni conclusive: l'accettazione attiva del diabete, intesa come il raggiungimento di un nuovo equilibrio e la convivenza serena con il diabete, è certamente agevolata dall'*educazione sanitaria e terapeutica continua e costante*. La possibilità di accedere ad un reparto dotato di un team con competenze multidisciplinari, inclusa una psicologa, e di seguire corsi di educazione terapeutica strutturata fin dal momento della presa in carico sono elementi motivati e facilitanti che favoriscono l'elaborazione positiva della malattia e contribuiscono a migliorare la QdV percepita. La sofferenza e il disagio psicologico trovano spazio per esprimersi, sono accolti ed ela-

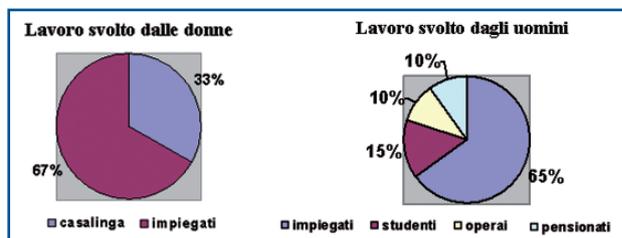


Figura 1.

Attività lavorativa del campione studiato: uomini.

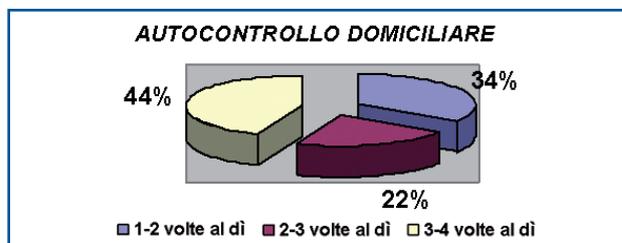


Figura 2.

Percentuale dei soggetti con DM1 e DM2 che quotidianamente praticano autocontrollo domiciliare.

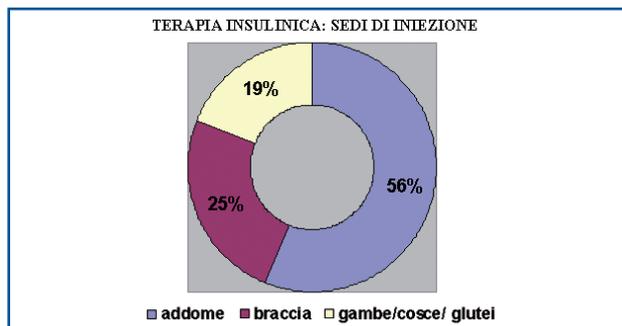


Figura 3.

Sedi di iniezione dei soggetti con DM1 e DM2 che praticano terapia insulinica.

borati all'interno di un team "esperto" e perdono gran parte del loro potenziale che contribuisce non poco a peggiorare la qualità di vita delle persone con diabete. Siamo fermamente convinti che l'educazione terapeutica rappresenta il presupposto fondamentale per l'autogestione, ma soprattutto per rendere il diabetico "attore e non vittima della propria condizione di vita".

BIBLIOGRAFIA

1. AMD-SID Standard Italiani per la cura del diabete mellito. Edizioni Infomedica. Torino 2010. www.aem-medi.it
2. DCCT/EDIC Research Group. Beneficial effects of intensive therapy of diabetes during adolescence: outcomes after the conclusion of the Diabetes Control and Complications Trial. J Pediatr 139:804-812, 2001
3. Nathan DM et al.: Management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy: a consensus statement from The American Diabetes Association and The European Association for the Study of Diabetes. , Vol.29: 1963-1972. 2006