

Εκπαίδευση στην Ινσουλινοθεραπεία

Μ. Μπενρουμπή

Πρόσφατα ανακοινώθηκαν δύο μεγάλες πολυκεντρικές μελέτες, (INSTIGATE^R, IMPROVE^R) από τις οποίες προέκυπτε, εκτός των άλλων πληροφοριών, με βάση τον σχεδιασμό των μελετών, ότι οι ασθενείς με διαβήτη τύπου 2 καθυστερούν πολύ στο να αρχίσουν θεραπεία με ινσουλίνη.

Τα δεδομένα αυτά ισχύουν τόσο για την Ελλάδα όσο και για άλλες Ευρωπαϊκές χώρες, όπως Ηνωμένο Βασίλειο, Γερμανία, Γαλλία κ.τ.λ.

Συγκεκριμένα, στην Ελλάδα, σε δείγμα 260 ασθενών που εντάχθηκαν από γιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας, καθώς και από ειδικούς διαβητολογικών ιατρείων, σε μελέτη παρατήρησης, φάνηκε ότι η μέση τιμή γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης κατά την μετάταξη τους από δισκία σε ινσουλίνη ήταν 9.3%. Η τιμή δε αυτή, όπως προκύπτει από τα δεδομένα των ασθενών, ήταν σε παρόμοια επίπεδα για διάστημα τουλάχιστον 8-10 μήνες πριν από την μετάταξη τους σε ινσουλίνη.

Αν σκεφθεί κανείς ότι οι κατευθυντήριες οδηγίες και οι διαφοροί αλγόριθμοι, θέτουν ως όριο για μετάταξη σε ινσουλίνη τιμή HbA1c 7%, διερωτάται γιατί στην πράξη, δεν ακολουθούμε αυτές τις οδηγίες.

Αν λοιπόν μιλάμε για εκπαίδευση στην ινσουλινοθεραπεία, θα πρέπει καταρχήν να ορίσουμε, ποιους θα εκπαιδεύσουμε.

Με τον όρο εκπαίδευση εννοούμε τόσο την απόκτηση γνώσεων και δεξιοτήτων όσο και την τροποποίηση της συμπεριφοράς, για την καλύτερη διαχείριση του προβλήματος της υγείας.

Η μελέτη DAWN (Diabetes Attitudes Wishes and Needs), που σχεδιάστηκε και εκπονήθηκε από την NovoNordisk, αποτελεί μελέτη αναφοράς ως προς την αξιολόγηση, ανά τον κόσμο, των αντιλήψεων και των διαθέσεων σχετικά με τον χειρισμό και την φροντίδα, των ατόμων με διαβήτη. Στην μελέτη συμμετείχαν 1672 ασθενείς με διαβήτη τύπου 1 και 3.432 με διαβήτη τύπου 2. Παράλληλα ρωτήθηκαν 2070 γιατροί και 640 εξειδικευμένοι νοσηλευτές, σχετικά με τα πιστεύω τους και τις αντιλήψεις που έχουν όσον αφορά την αντιμετώπιση του διαβήτη. Όπως προκύπτει από την μελέτη αυτή όχι μόνο οι ασθενείς αλλά και οι επαγγελματίες υγείας έχουν ισχυρές προκαταλήψεις και «αντιστάσεις» σχετικά με την έναρξη ινσουλινοθεραπείας σε άτομα με διαβήτη τύπου 2. Ορισμένοι γιατροί δήλωσαν ότι καθυστερούν την έναρξη ινσουλινοθεραπείας, όσο περισσότερο μπορούν, γιατί θεωρούν ότι αλ-

λιώς είναι σαν να παραδέχονται ότι απέτυχαν να ρυθμίσουν τον διαβήτη του ασθενούς τους.

Πολλοί γιατροί χρησιμοποιούν την ινσουλινοθεραπεία σαν απειλή προκειμένου να πείσουν τους ασθενείς τους να κάνουν δίαιτα. Φράσεις όπως «αν δεν κάνεις δίαιτα θα καταλήξεις στην ινσουλίνη» χρησιμοποιούνται πολύ συχνά στα αρχικά στάδια εμφάνισης της νόσου.

Οι ασθενείς από την μεριά τους μπορεί να φοβούνται το πώς θα καταφέρουν να κάνουν την ένεση, ή το ότι θα έχουν μεγάλο κίνδυνο εμφάνισης υπογλυκαιμιών, αλλά φαίνεται ότι οι δύο καθοριστικές παράμετροι για την άρνηση στην μετάταξη, είναι η αίσθηση του «εφ' όρου ζωής» και της εξάρτησης, καθώς και το ότι η ινσουλίνη σηματοδοτεί ότι φτάσαμε στο τελικό στάδιο.

Άρα λοιπόν εφόσον όπως ξέρουμε από την UKPDS, η έκπτωση της λειτουργικότητας του βκυττάρου, είναι μέσα στην φυσική εξέλιξη του διαβήτη, θα πρέπει να σκεφτούμε ότι η εκπαίδευση στην ινσουλινοθεραπεία πρέπει να αρχίζει πολύ νωρίτερα.

Η αναφορά στο ενδεχόμενο να χρειασθεί ο ασθενής μας, σε κάποια στιγμή στο μέλλον ινσουλίνη, πρέπει να αναφέρεται από τις πρώτες κιόλας επισκέψεις.

Η εξοικειώσει θα έρθει πιο ομαλά, η μετάταξη στην ινσουλίνη δεν θα ερμηνευθεί σαν τιμωρία για τυχόν διατροφικές εκτροπές ούτε σαν αποτυχία του γιατρού να ρυθμίσει το ζάχαρο με άλλους τρόπους.

Άρα λοιπόν η εκπαίδευση πρέπει να αρχίζει πολύ πριν την έναρξη της θεραπείας με ινσουλίνη, ώστε να ενσωματώσει την αποδοχή της ινσουλινοθεραπείας από τον ασθενή.

Τα παραπάνω αφορούν τους ασθενείς με διαβήτη τύπου 2, γιατί οι ασθενείς με διαβήτη τύπου 1 ξέρουν και έχουν «νοιώσει» το πόσο απαραίτητη τους είναι η ινσουλίνη.

Έτσι λοιπόν αν πρόκειται να εκπαιδεύσουμε έναν νέο με διαβήτη τύπου 1, ο χρόνος που θα χρειασθούμε για να του δείξουμε την τεχνική της ένεσης είναι ελάχιστος.

Πρέπει όμως να αφιερώσουμε χρόνο για να τον εκπαιδεύσουμε στο πώς να χειρίζεται την ινσουλίνη, τόσο τον τύπο ινσουλίνης όσο και τις μονάδες, ανάλογα με τις δραστηριότητες του καθώς και με την σύνθεση του εκάστοτε γεύματος.

Σήμερα μάλιστα, που η πλειονότητα των ασθενών βρίσκεται σε εντατικοποιημένο σχήμα, είναι απόλυτα αναγκαίο να ξέρει ο ασθενής το πώς

να υπολογίσει τις μονάδες που πρέπει να κάνει.

Εντατικοποιημένο σχήμα δεν σημαίνει 3-4 ενέσεις ινσουλίνης την ημέρα, αλλά και τις ανάλογες μετρήσεις με υπολογισμό της δόσης ταχείας δράσης, ανάλογα με τις τιμές ζαχάρου και την ποσότητα υδατανθράκων του κάθε γεύματος.

Αντίθετα στους ασθενείς με διαβήτη τύπου 2 η προσέγγιση είναι διαφορετική. Χρειάζεται υπομονή και βήμα προς βήμα εκπαίδευση στη χρήση των στυλό ινσουλίνης, έστω και αν μας φαίνονται ιδιαίτερα εύκολα.

Είναι σκόπιμο, πριν αρχίσουμε να δείχνουμε το στυλό ινσουλίνης, να ζητήσουμε από τον ασθενή μας να κάνει, με την βοήθεια μας, την ένεση την ώρα εκείνη (έστω μόνο το τρύπημα). Με τον τρόπο αυτό θα διαπιστώσει πόσο ανώδυνο είναι και θα μπορεί, στην συνέχεια, απαλλαγμένος από το φόβο του «πόσο θα πονέσω», να μας παρακολουθήσει.

Η εκπαίδευση στην απόκτηση δεξιοτήτων, γίνεται μόνο με επίδειξη, αλλά είναι απαραίτητο να ζητήσουμε από τον ασθενή, να κάνει μόνος του την όλη διαδικασία, μερικά λεπτά αφού τελειώσουμε εμείς το δικό μας εκπαιδευτικό μέρος.

Ένα από τα πολύ κοινά λάθη που κάνουμε, ως εκπαιδευτές στην φάση αυτή, και που πρέπει να προσέχουμε να αποφύγουμε, είναι ότι σπεύδουμε να διορθώσουμε την λάθος κίνηση που πάει να κάνει ο ασθενής μας. Αυτό που συνήθως γίνεται είναι ότι δεν τον αφήνουμε να ολοκληρώσει την εσφαλμένη π.χ τοποθέτηση του φιαλιδίου μέσα στο στυλό, αλλά παρεμβαίνουμε με φράση του τύπου «όχι έτσι από την άλλη μεριά πρέπει να μπει».

Αποτέλεσμα, όταν ο ασθενής βρεθεί μόνος του στο σπίτι και επαναλάβει την λάθος κίνηση, δεν θα μπορέσει να την διορθώσει, γιατί δεν συμμετείχε στο να κατανοήσει πού έκανε το λάθος.

Η εκπαίδευση στον τρόπο συντήρησης, μεταφοράς της ινσουλίνης, μπορεί να συμβάλει στο να αποφευχθούν σημαντικές ταλαιπωρίες για τον ασθενή. Είναι πολλοί αυτοί που σταμάτησαν να έχουν κοινωνική ζωή, ή να ταξιδεύουν, γιατί δεν ήξεραν ότι μπορούν να μεταφέρουν την ινσουλίνη και εκτός ψυγείου.

Η εκπαίδευση στην ινσουλινοθεραπεία, τόσο από τεχνικής πλευράς όσο και από πλευράς σωστής διαχείρισης της ινσουλίνης, είναι μια συνεχής διαδικασία. Κάθε φορά που ο γλυκαιμικός έλεγχος παρουσιάζει ανεξήγητες διακυμάνσεις, το πρώτο πράγμα που πρέπει να ελέγχει ο γιατρός είναι το αν γίνεται σωστή η ένεση, τα σημεία στα

οποία γίνεται, την κατάσταση της πέννας με την οποία γίνεται η ένεση ινσουλίνης.

Η τεχνολογία έχει αλλάξει το τοπίο με την εισαγωγή εύχρηστων και διακριτικών στυλό για την χορήγηση της ινσουλίνης, παρολαυτά για μεγάλο αριθμό ηλικιωμένων ασθενών μπορεί να παρουσιάζουν δυσκολίες στην χρήση.

Βιβλιογραφία

1. *Peyrot M, Rubin RR, Lauritzen T, et al.* Psychosocial Problems and Barriers to Improved Diabetes Manage-

ment: results of the Cross-National Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) Study. *Diabetic Medicine* 2005; 22: 1379-85.

2. *2nd International DAWN Summit:* a call-to-action to improve psychosocial care for people with diabetes. *Practical Diabetes International* 2004; 21: 201-8.
3. *Μπενρουμπή Μ.* Η θεραπευτική αξία της εκπαίδευσης των ατόμων με διαβήτη. *Ιατρική* 2002; 82: Suppl: 33-38.
4. *Williams GC, Freedman ZR, Deci EL.* Supporting Autonomy to motivate patients with diabetes for glucose control. *Diabetes Care* 1998; 21: 1644-51.