

10. PSIHOLOŠKA OSKRBA

Maja Ravnik Oblak

Bolniki s sladkorno boleznijo so zaradi narave bolezni in načina njenega zdravljenja psihično obremenjeni. Za učinkovitejše zdravljenje sladkorne bolezni zato pogosto potrebujejo psihološko podporo.

PRIPOROČILA

1. Bolnika s sladkorno boleznijo upoštevamo kot celovito osebnost, ki ima osrednjo vlogo v zdravljenju svoje bolezni (1). (E*, I)
2. Seznanimo se z bolnikovim psihosocialnim stanjem in njegovimi stališči, prepričanji, skrbmi in strahovi v zvezi z njegovim zdravstvenim stanjem (uporabimo razgovor ali standardiziran vprašalnik – npr. WHO kazalnik blaginje, glejte *Utemeljitev*). Ocenimo tudi njegovo sposobnost za samooskrbo in pogoje zanjo (1). (E*, I)
3. S posameznim bolnikom se pogovorimo o naravi in posledicah sladkorne bolezni, o njegovih izvidih in na podlagi ugotovitev skupaj načrtujemo ukrepe zdravljenja. V bolnikovo oskrbo vključimo še ostale člane zdravstvenega tima in njegove svojce. (E, I)
4. Občasno ocenimo počutje in psihološko stanje bolnikov, še zlasti, če zdravljenje ne poteka v skladu z zastavljenim načrtom (1, 2). (E*) Ocena temelji na razgovoru ali odgovoru na standardizirane vprašalnike (glejte *Dodatek 1*) (3-10). (B, I)
5. Za izboljšanje urejenosti glikemije bolnikom s sladkorno boleznijo tipa 2 po potrebi zagotovimo psihološko obravnavo vključujoč učenje veščin postavljanja ciljev, motivacijski intervju in vedenjsko kognitivno terapijo (11, 12). (E*, A, I)
6. Pri prilagoditveni motnji, hudi depresiji, anksioznosti, osebnostnih motnjah, motnjah hranjenja, odvisnostih ali kognitivni motnji bolnika po presoji napotimo h kliničnemu psihologu ali k psihiatru, ki sta dobro seznanjena tudi s sladkorno boleznijo (1, 9, 13, 14). (E*, A, I)
7. Priporočljivo je, da je klinični psiholog del tima za oskrbo bolnika s sladkorno boleznijo (1, 2, 15). (E*, I)

UTEMELJITEV

Dobro psihološko počutje je samostojen pomemben cilj medicinske oskrbe. Sladkorna bolezen je lahko dodatni dejavnik tveganja za pojav psiholoških problemov, saj pomeni dosmrtno psihološko breme za bolnika. Slabo psihično počutje, ki povzroča trpljenje bolnika, lahko pomembno vpliva na vsakodnevno samovodenje sladkorne bolezni, končni izhod bolezni in stroške (1, 2, 15-21).

Počutje in psihološko stanje bolnikov lahko ocenjujemo na osnovi razgovora ali si pomagamo s standardiziranimi vprašalniki (3-10). Med njimi je najbolj enostaven »WHO kazalec blaginje«, ki ga lahko uporabljamo pri vsakdanjem delu (glejte *Dodatek 1*) (8). V raziskavi DAWN2 (Diabetes Attitudes, Wishes and Needs second study) so ugotovili, da je skoraj polovica preiskovancev (44,6%) poročala o pomembnem distresu zaradi sladkorne bolezni in le četrtno (23,7%) jih je zdravstveni tim povprašal, kako sladkorna bolezen vpliva na njihovo življenje (22, 23). Ta podatek je pomemben, saj se kopičijo dokazi, da lahko psihološko svetovanje bolnikom s sladkorno boleznijo pripomore k boljši sprejemljivosti bolezni in boljšemu psihološkemu počutju (24).

Časovne točke za presejanje psihosocialnega statusa so ob odkritju sladkorne bolezni, ob rednih pregledih, med bolnišničnim zdravljenjem, ob odkritju kroničnih zapletov in po presoji zdravnika (2, 12). Bolniki so psihično najbolj ranljivi ob odkritju sladkorne bolezni in ob spremembah, kot je npr. intenziviranje zdravljenja in pojav kroničnih zapletov (2, 25).

Vključitev psihološke obravnave in zdravljenja v vsakdanjo oskrbo bolnika je boljši pristop kot čakanje na pojav specifičnih psiholoških problemov ali na poslabšanje presnovnega oziroma psihičnega stanja (2). Sistematični pregledi in metaanalize kažejo, da psihološki ukrepi izboljšajo urejenost sladkorne bolezni tipa 2 (13, 26, 27). Zato je priporočljivo, da je psiholog (priporočljivo je, da ima poglobljeno znanje o sladkorni bolezni) del tima za oskrbo bolnika s sladkorno boleznijo (1, 15). V oskrbo bolnika vključimo tudi njegove svojce in ostale člane zdravstvenega tima, ki so usposobljeni za prepoznavanje psihosocialnih problemov in svetovanje o ukrepanju. Načini, s katerimi zdravstveni delavci lahko neposredno ali posredno pomagajo reševati vedenjske in psihične probleme, z namenom ohraniti ali izboljšati čustveno počutje in s tem kakovost življenja, so komunikacija z bolnikom, ocena psihičnega stanja oziroma njegovo spremljanje in svetovanje. Resnejše duševne motnje moramo prepoznati in bolnika napotiti k ustreznemu specialistu zaradi nadaljnje diagnostike in zdravljenja.

Pri vodenju bolnika s sladkorno boleznijo je pomembno tudi, da mu omogočimo osrednjo vlogo pri zdravljenju sladkorne bolezni, ki ga prilagodimo

tako, da mu čim bolj ustreza, tudi socialno in psihološko (28, 29). Za zelo učinkovito, predvsem pri starejših bolnikih s sladkorno boleznijo tipa 2, se je izkazalo delo v skupinah (30).

Pojavnost duševnih motenj je pri bolnikih s sladkorno boleznijo večja, kot jo najdemo med prebivalstvom na splošno. Najpogostejša duševna motnja je depresija in je pogosto neprepoznana (15, 31). V metaanalizi, ki je vključevala 42 raziskav s skupaj 20.218 udeleženci je Anderson s sodelavci ocenil pojavnost depresije med bolniki s sladkorno boleznijo, ki se je gibala med 9,0-26,1% pri bolnikih s sladkorno boleznijo in 5,0-14,4% pri kontrolnih udeležencih. Iz rezultatov raziskave je razvidno, da sladkorna bolezen podvoji obete za depresijo (25). Pojav depresivnih simptomov običajno povzroči poslabšanje urejenosti sladkorne bolezni, saj težje upoštevajo nasvete diabetološkega zdravstvenega tima glede rednega jemanja zdravil, upoštevanja prehranskih priporočil, zmanjšanja telesne mase in redne telesne dejavnosti. Dolgoletna neurejena sladkorna bolezen zaradi zelo pogosto nespoznane depresije vodi do večje pojavnosti kroničnih zapletov sladkorne bolezni z vsemi posledicami (16). Randomizirane kontrolirane raziskave podpirajo učinkovito antidepresivno medikamentozno in kognitivno vedenjsko terapijo (23, 31).

Z dokazi podprte smernice za psihosocialno oskrbo odraslih bolnikov s sladkorno boleznijo, ki prikazujejo raven psiholoških ukrepov na različnih področjih problematike, v zadnjih letih vsebujejo tudi vse pomembne smernice za obravnavo bolnikov s sladkorno boleznijo (1, 2, 9, 11, 32).

LITERATURA

1. IDF Clinical Guidelines Task Force, 2012. Global guideline for Type 2 diabetes. Dosegljivo 31.08.2016 s spletne strani: <https://www.idf.org/sites/default/files/IDF%20T2DM%20Guideline.pdf>.
2. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes- 2015. Foundations of Care: Education, nutrition, physical activity, smoking cessation, psychosocial care, and immunization. *Diabetes Care*. 2015; 38 (Suppl 1): s24-s30.
3. Henkel V, Mergl R, Kohnen R, Maier W, Moller HJ, Hegerl U. Identifying depression in primary care: a comparison of different methods in a prospective cohort study. *BMJ*. 2003; 326: 200-1.
4. McHorney CA, Ware JE Jr, Raczek AE. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Med Care*. 1993; 31: 247-63.
5. Polonsky WH, Anderson BJ, Lohrer PA, Welch G, Jacobson AM, Aponte JE, Schwartz CE. Assessment of diabetes-related distress. *Diabetes Care*. 1995; 18: 754-60.
6. Radloff LS. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas*. 1977; 3: 385-401.

7. Polonsky WH, Fisher L, Earles J, Dudl RJ, Lees J, Mullan J, Jackson RA. Assessing psychosocial distress in diabetes: development of the diabetes distress scale. *Diabetes Care*. 2005; 28: 626-31.
8. WHO (five) well being index. Dosegljivo 31.08.2016 s spletne strani: https://www.psykiatri-regionh.dk/who-5/Documents/WHO5_Slovenian.pdf
9. Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee. Clinical Practice Guidelines: Diabetes and Mental Health. *Can J Diabetes*. 2013; 37 (Suppl): s87-s92.
10. Bradley C. The Well-being questionnaire. In Bradley C, ed. *Handbook of Psychology and Diabetes*. Psychology Press. New York, 2003; p. 89-110.
11. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN.Management of Diabetes, 2010. Dosegljivo 31.08.2016 s spletne strani: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/published/index.html#Diabetes>.
12. Ismail K, Winkley K, Rabe-Hesketh S. Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of psychological interventions to improve glycaemic control in patients with type 2 diabetes. *Lancet*. 2004; 363: 1589-97.
13. Rubin RR, Ciechanowski P, Egede LE, Lin EHB, Lustman PJ. Recognizing and treating depression in patients with diabetes. *Current Diabetes Reports*. 2004; 4: 119-25.
14. McCulloch DK, Glasgow RE, Hampson SE, Wagner E. A systematic approach to diabetes management in the post-DCCT era. *Diabetes Care*. 1994; 17: 765-9.
15. Snoek FJ, Skinner TC. Psychological aspects of diabetes management. *Management of diabetes Medicine*. 2006; 34: 61-2.
16. de Groot M, Anderson R, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. Association of depression and diabetes complications: a meta-analysis. *Psychosom Med*. 2001; 63: 619-30.
17. Lin EH, Katon W, Von Korff M, Rutter C, Simon GE, Oliver M, et al. Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care. *Diabetes Care*. 2004; 27: 2154-60.
18. Egede LE, Zheng P, Simpson K. Comorbid depression is associated with increased health care use and expenditures in individuals with diabetes. *Diabetes Care*. 2002; 25: 464-70.
19. Goldney RD, Phillips PJ, Fisher LJ, Wilson DH. Diabetes, depression, and quality of life. A population study. *Diabetes Care*. 2004; 27: 1066-70.
20. Anderson RJ, Grigsby AB, Freedland KE, de Groot M, McGill JB, Clouse RE, Lustman PJ. Anxiety and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature. *Int J Psychiatry Med*. 2002; 32: 235-47.
21. Lustman PJ, Griffith LS, Clouse RE, Cryer PE. Psychiatric illness in diabetes mellitus: relationship to symptoms and glucose control. *J Nerv Ment Dis*. 1986; 174: 736-42.
22. Nicolucci A, Kovacs Burns K, Holt RI, Comaschi M, Hermanns N, Ishii H, et al. DAWN2 Study Group. Diabetes, Attitudes, Wishes and Needs second study (DAWN2): cross-national benchmarking of diabetes-related psychosocial outcomes for people with diabetes. *Diabet Med*. 2013; 30: 767-77.
23. Peyrot M, Rubin RR. Behavioral and psychosocial interventions in diabetes: a conceptual review. *Diabetes Care*. 2007; 30: 2433-40.
24. Snoek FJ, Skinner TC. Psychological counselling in problematic diabetes. Does it help? *Diabet Med*. 2004; 19: 265-73.
25. Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes. A meta-analysis. *Diabetes Care*. 2001; 24: 1069-78.
26. Talbot F, Nouwen A. A review of the relationship between depression and diabetes in adults: is there a link? *Diabetes Care*. 2000; 23: 1556-62.
27. Lustman PJ, Griffith LS, Freedland KE, Kissel SS, Clouse RE. Cognitive behavior therapy for depression in type 2 diabetes mellitus. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*. 1998; 129: 613-21.

28. Lauritzen T, Zoffmann V. Understanding the psychological barriers to effective diabetes therapy. *Diabetes Voice*. 2004; 49: 16-8.
29. van Dam HA, van der Horst F, van den Borne B, Ryckman R, Crebolder H. Provider-patient interaction in diabetes care: effects on patient self-care and outcomes. A systematic review. *Patient Educ Couns*. 2003; 51: 17-28.
30. Beverly EA, Fitzgerald S, Sitnikov L, Ganda OP, Caballero AE, Weinger K. Do older adults aged 60 to 75 years benefit from diabetes behavioral interventions? *Diabetes Care*. 2013; 36: 1501-6.
31. Rubin RR, Peyrot M. Psychosocial problems and interventions in diabetes: a review of the literature. *Diabetes Care*. 1992; 15: 1640-57.
32. Petrak F, Herpertz S, Albus C, Hirsch A, Kulzer B, Kruse J. Psychosocial factors and diabetes mellitus: evidence-based treatment guidelines. *Current Diabetes Reviews*. 2005; 1: 1-16.

Dodatek 1. WHO kazalnik blaginje

Dosegljivo 31.08.2016 s spletne strani: https://www.psykiatri-regionh.dk/who-5/Documents/WHO5_Slovenian.pdf



Psychiatric Research Unit
WHO Collaborating Centre in Mental Health

WHO (pet) kazalec blaginje (različica 1998)

Prosimo, da za vsako od petih trditev označite, katera je najbližja vašemu počutju v zadnjih dveh tednih. Višje številke pomenijo boljše počutje.

Primer: če ste se zadnja dva tedna več kot polovico vsega časa počutili vedri in dobre volje, označite okvirček, ki ima številko 3 v zgornjem desnem kotu.

	<i>V zadnjih dveh tednih sem se/je bil</i>	ves čas	večino časa	več kot polovico časa	manj kot polovico časa	nekaj časa	nikoli
1	počutil(a) vedro in dobre volje	<input type="checkbox"/> ⁵	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ⁰
2	počutil(a) pomirjeno in sproščeno	<input type="checkbox"/> ⁵	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ⁰
3	počutil(a) živahno in poln(a) energije	<input type="checkbox"/> ⁵	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ⁰
4	zbudil(a) svež(a) in spočit(a)	<input type="checkbox"/> ⁵	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ⁰
5	moj vsakdan zapolnjen s stvarmi, ki me zanimajo	<input type="checkbox"/> ⁵	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ⁰

Točkovanje:

Skupno število točk izračunate tako, da seštejete število točk vseh petih odgovorov. Skupno število točk se giblje med 0 in 25, 0 predstavlja najslabšo možno in 25 najboljše možno kakovost življenja.

Skupno število točk pretvorite v odstotke od 0 do 100 tako, da število točk pomnožite s 4. 0 odstotkov predstavlja najslabšo možno, 100 odstotkov pa najboljše možno kakovost življenja.

Obrazložitev:

Če je skupno število točk manjše od 13 ali če je bolnik na katerokoli od petih trditev odgovoril z 0 ali 1, je priporočljivo testiranje za depresijo z diagnostičnim instrumentom za depresijo, kot je Major Depression (ICD-10) Inventory. Skupno število točk, nižje od 13, pomeni nizko blaginjo posameznika in nakazuje potrebo po testiranju za depresijo po ICD-10.

Spremljanje sprememb:

Za spremljanje morebitnih sprememb v blaginji uporabljamo odstotne točke. 10% razlika označuje značilno spremembo (John Ware, 1996).

© Psychiatric Research Unit, WHO Collaborating Center for Mental Health, Frederiksborg General Hospital, DK-3400 Hillerød