



WORLD **DIABETES** FOUNDATION

ProDiab



ȘCOALA PACIENTULUI CU DIABET ZAHARAT



Ghid pentru lucrătorii medicali

Chișinău•2018

Fondația Mondială pentru Diabet
Asociația Obștească PRODIAB
Școala de Management în Sănătate Publică

ȘCOALA PACIENTULUI CU DIABET ZAHARAT

Ghid pentru lucrătorii medicali

Chișinău·2018

CZU xxx
xxx
xxx

Autori:

Boris GOLOVIN,

doctor în științe medicale, conferențiar universitar,
președinte Asociația Obștească PRODIAB

Rodica GRAMMA,

doctor în științe filosofice, conferențiar universitar,
Școala de Management în Sănătate Publică, USMF
„Nicolae Testemițanu”, membru Asociația Obștească
PRODIAB;

Lorina VUDU,

doctor în științe medicale, conferențiar
universitar, șef catedra Endocrinologie,
USMF „Nicolae Testemițanu”;

Angela STAFII,

doctor în științe filosofice, MA în comunicare socială;

Ludmila GRAMA BOLBOCEANU,

doctor în științele educației, conferențiar universitar.

DESCRIEREA CIP A CAMEREI NAȚIONALE A CĂRȚII

Managementul calității în instituțiile spitalicești / Univ. de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Școala de Management în Sănătatea Publică ; elab.: Oleg Lozan, Rodica Gramma. – Chișinău : S. n., 2017 (Tipogr. „T-Par”). – 352 p. : fig., tab.

Referințe bibliogr. la sfârșitul cap. și în subsol. – Apare cu sprijinul financiar al Agenția de Cooperare Internațională a Germaniei (GIZ). – 500 ex.

ISBN xxxx.

Acest ghid este destinat lucrătorilor medicali implicați în activități de promovare a sănătății și educație pentru sănătate în domeniul prevenirii diabetului zaharat și a complicațiilor acestei maladii. Ghidul a fost elaborat și publicat cu suportul Fundației Mondiale pentru Diabet în cadrul proiectului „Rețeaua de Școli ale Pacientului cu Diabet pentru fortificarea eforturilor de prevenire a diabetului zaharat”



WORLD **DIABETES** FOUNDATION



CUPRINS

PREFAȚĂ.....	5
---------------------	----------

CAPITOLUL I DIABETUL ZAHARAT

1.1	Introducere în diabet	9
1.2	Screeningul și diagnosticul diabetului zaharat	13
1.3	Tabloul clinic al diabetului zaharat	17
1.4	Diabetul gestațional	18
1.5	Educația terapeutică	20
1.5.1	Managementul stilului de viață	21
1.5.2	Ținte terapeutice actuale	22
1.5.3	Obiectivele controlului glicemic în diabetul zaharat tip 1 și tip 2	23
1.5.4	Automonitorizarea glicemiei	24
1.6	Strategii terapeutice	26
1.6.1	Tratamentul nefarmacologic al diabetului zaharat	26
1.6.2	Tratamentul diabetului zaharat tip 1	33
1.6.3	Tratamentul diabetului zaharat tip 2	34
1.7	Complicațiile cronice ale diabetului zaharat	39
1.7.1	Retinopatia diabetică	40
1.7.2	Nefropatia diabetică	44
1.7.3	Neuropatia diabetică	46
1.7.4	Îngrijirea piciorului diabetic	48
1.7.5	Boala cardiovasculară	49
1.8	Complicații acute în diabetul zaharat	52
1.8.1	Hipoglicemia	52
1.8.2	Cetoacidoza diabetică	54
1.9	Mijloace de apreciere a gradului de control al bolii	54
	Bibliografie	55

CAPITOLUL II COMUNICAREA EFICIENTĂ ÎN RELAȚIA CU PACIENTUL

2.1	Conceptul de relație medic-pacient	57
2.1.1	Perceperea bolii și a rolului de bolnav	58
2.1.2	Factori perturbatori ai comunicării	62
2.2	Comunicarea în funcție de tipologia pacientului	63
2.2.1	Profilul psihosocial al pacientului	63
2.2.2	Reacții emoționale posibile în comunicarea cu pacientul	65

2.3	<i>Cum construim o comunicare eficientă cu pacientul</i>	68
2.3.1	<i>Manifestarea empatiei</i>	69
2.3.2	<i>Modalități de reacționare din partea lucrătorului medical</i>	71
2.4	<i>Comunicarea non-verbală</i>	76
2.5	<i>Particularități ale comunicării medicale în grup de pacienți</i>	81
	<i>Bibliografie</i>	83

CAPITOLUL III COMUNICAREA CENTRATĂ PE SCHIMBAREA COMPORTAMENTULUI

3.1	<i>Definirea și esența comunicării centrate pe schimbarea comportamentului</i>	84
3.2	<i>Etapele CCSC</i>	88
3.3	<i>Factorii care influențează comportamentul uman</i>	91
3.4	<i>Procesul de schimbare al comportamentului</i>	93
3.5	<i>Strategia generală pentru schimbarea comportamentului</i>	95
	<i>Bibliografie</i>	99

Anexa 1.	Categorii de alimente în funcție de IG	100
-----------------	---	------------

Anexa 2.	Cantități de alimente care conțin 10 grame de glucide	101
-----------------	--	------------

LISTA ABREVIERILOR:

ADA	– Asociația Americană de Diabet
ADO	– antidiabeticele orale
AGB	– alterarea glicemiei bazale (sau GBM - glicemia bazală modificată)
ATG	– alterarea toleranței la glucoză (sau STG - scăderea toleranței la glucoză)
CCSC	– comunicare centrată pe schimbarea comportamentului
DG	– diabet gestațional
DZ	– diabet zaharat
HbA1c	– hemoglobina glicozilată
HDL-C	– colesterolul lipoproteinelor cu densitate înaltă
HLA	– antigenul leucocitar uman
HTA	– hipertensiune arterială
IG	– index glicemic
LDL-C	– colesterolul lipoproteinelor cu densitate joasă
MAO	– monoaminooxidaza
OSV	– optimizarea stilului de viață
OMS	– Organizația Mondială a Sănătății
RD	– retinopatia diabetică
TA	– tensiune arterială
TG	– trigliceride
TOTG	– testul oral de toleranță la glucoză
VEGF	– factor de creștere endotelial vascular (<i>vascular endothelial growth factor</i> – eng.)

PREFAȚĂ

Viața cu diabet poate fi o provocare pentru fiecare persoană. Tratatamentul diabetului zaharat este complex, inclusiv, cu necesitatea unor schimbări semnificative a stilului de viață. Boala și complicațiile ei influențează semnificativ viața persoanei cu diabet și a familiei acesteia.

Diabetul zaharat face parte din grupul afecțiunilor cronice, în a căror strategie terapeutică un loc aparte îl ocupă educația continuă a pacientului. Educația terapeutică în diabet este o parte esențială în managementul diabetului, pentru a sprijini pacienții în eforturile lor de a atinge țintele terapeutice. Eficiența unui program de îngrijire a diabetului depinde de mai mulți factori, cum ar fi: posibilitatea pacientului de a învăța să ia decizii corecte, să evalueze impactul și consecințele diferitor alegeri proprii, să realizeze schimbări informate, care să-i permită controlul glicemiei (și a altor parametri, cum ar fi tensiunea arterială) în limitele recomandate. Astfel, persoana cu diabet zaharat trebuie să fie ajutată de către echipa de îngrijire ca să parcurgă etapele de la înțelegerea bolii până la întocmirea unui plan documentat de acțiune, cu obiective clare, cu ținte măsurabile. Rolul lucrătorului medical ar trebui să fie asemănător cu a unui antrenor (care le oferă persoanelor cu diabet abilitățile necesare pentru a-și controla boala) și cu cel al unui ghid (care îi ajută să ia decizii informate despre viața cu diabet și lucrează, împreună cu pacientul, la crearea unui plan pentru atingerea controlului bolii).

Scopul educației pacienților cu diabet zaharat este de a dezvolta motivația pacienților, astfel încât aceștia să poată participa activ la procesul de tratament, precum și să dobândească cunoștințe practice și abilități necesare adaptării la condiții de viață calitative noi. Pe parcursul evoluției bolii trebuie luat în considerare orice eveniment capabil a determina modificarea calității vieții, apariția complicațiilor diabetului și/sau afecțiunilor asociate. Orice program educațional trebuie să asigure o strategie individuală, caracteristică fiecărui pacient în parte. În acest sens, un rol primordial îl deține

cunoașterea persoanei cu diabet, de la statutul social, economico-financiar până la cunoștințele medicale care le posedă, credințele, posibilitățile cognitive, aderența și complianța individuală la tratament, atitudinea celor din anturajul său.

Pe lângă eforturile specializate ale medicului endocrinolog, un aliat important în buna îngrijire a diabetului zaharat, trebuie să fie specialiștii din domeniul asistenței medicale primare, precum și cei din sănătatea publică. Anume acești specialiști sunt aproape de populație, fiind, în primul rând, implicați în depistarea cazurilor noi de diabet, cel mai ades asimptomatice, dar și în depistarea complicațiilor cronice ale bolii. Anume acestor specialiști le este atribuită educarea continuă a populației și, respectiv, a pacienților privind stilul sănătos de viață, măsurile preventive și profilactice, complianța față de terapia prescrisă și prevenirea complicațiilor.

Acest ghid include informații simple, selectate pentru nivelul primar, care ar ajuta specialiștii să contribuie, alături de medicii endocrinologi, la prevenirea diabetului și complicațiilor acestei boli. Pe lângă cunoștințele medicale, ghidul oferă instrucțiuni cu privire la comunicarea cu pacientul, în special, comunicarea pentru schimbarea comportamentului cu risc pentru sănătate. Autorii oferă un set de recomandări, tehnici și abordări simple pentru o comunicare eficientă, bazată pe rezultate, cu persoanele care suferă de diabet sau cei din grupurile de risc.

Datorită soluțiilor terapeutice moderne, diabetul zaharat poate fi controlat, cu condiția că pacientul este informat adecvat, respectă prescripțiile specialiștilor și conștientizează riscurile reale ale bolii, iar obligația lucrătorilor medicali este de a informa populația despre această boală.

DIABETUL ZAHARAT

1.1. INTRODUCERE ÎN DIABET

Diabetul zaharat (DZ) reprezintă un grup de afecțiuni de etiologie diferită, care au, în comun, hiperglicemia cronică și se datorează deficitului de insulină, rezistenței tisulare la acțiunea insulinei sau ambelor mecanisme. Această maladie este o tulburare complexă a metabolismului energetic al organismului, cu modificări lipidice, glucidice și proteice. Modificările biochimice, pe care aceste tulburări le antrenează, determină incapacitatea organismului de a utiliza glucidele ca sursă de energie, conduc la modificări celulare funcționale, urmate de leziuni anatomice ireversibile în numeroase țesuturi și organe (micro-, macroangiopatii).

Gluciza este principala sursă de energie a organismului, dar pentru a putea fi utilizată, ea trebuie să pătrundă în celule. Pătrunderea glucizei în celule se face cu ajutorul insulinei - hormon secretat de pancreas. Diabetul apare atunci, când organismul nu produce suficientă insulină sau nu o folosește în modul adecvat. În această boală organismul nu produce sau nu poate utiliza insulina.

Insulina este necesară organismului pentru a putea asimila zahărul. Insulina ia gluciza din sânge și îl introduce în celule, iar fără insulină zahărul se acumulează în sânge și nu trece în celule. Fără zahăr, celulele se vor infometa și vor suferi de lipsa de energie. În timp, zahărul crescut, acumulat în sânge, va deteriora organele - ochii, rinichii, nervii, vasele de sânge și inima. Astfel, apar complicații severe ale diabetului zaharat.

În funcție de etiologia și manifestările clinice DZ se clasifică în patru clase clinice:

1. **Diabetul zaharat tip1**, poate fi:
 - autoimun
 - idiopatic

DZ tip 1 apare prin deficit al secreției de insulină datorat destrucției celulelor-beta pancreatice, mediate autoimun sau non-autoimun. Patogenia presupune o susceptibilitate genetică, în care un rol important îl joacă regiunea HLA de pe brațul scurt al cromozomului 6 și regiunea genei insulinei de pe cromozomul 11. Predispoziția genetică este certă, deși doar 5% din cazuri sunt familiale (totuși, de peste 10 ori mai mult ca în populația generală). Procesul autoimun este inițiat de factori declanșatori din mediu. Rolul factorilor de mediu are predominanța sezonieră (primăvara și iarna), coincide cu perioada de incidență maximă a virozelor, debutul bolii fiind după o afecțiune virală. Mecanismul care declanșează procesul de destrucție autoimună a celulelor β -pancreatice este încă incomplet cunoscut, totuși se consideră că acțiunea factorilor de mediu la subiecții cu predispoziție genetică induce apariția unui autoantigen la suprafața celulelor.

În momentul când 20% din celulele β -pancreatice sunt distruse, apar manifestări clinice determinate de dispariția secreției de insulină. DZ tip 1 apare la orice vârstă, însă predomină la copii și adulți tineri, motiv pentru care a fost numit **diabet juvenil**.

În evoluția DZ tip 1 poate interveni "luna de miere", o perioadă de remisie tranzitorie, totală (glicemii normale fără insulină) sau parțială (glicemii normale sub doze < 0.5 UI/kg sau < 50% din necesarul inițial). O formă de DZ tip 1 este diabetul latent autoimun al adultului (LADA), cu debut la vârsta adultă, adesea confundat cu diabetul zaharat tip 2. DZ tip 1 reprezintă 5 -10% din totalul cazurilor de diabet. Necesită administrare de insulină pentru supraviețuirea pacientului.

2. Diabetul zaharat tip2, este:

- cu predominanța insulinorezistenței asociată cu deficit relativ de insulină,
- cu predominanța deficitului secretor asociat cu insulinorezistență.

DZ de tip 2 apare, de obicei, la persoane peste 35 de ani, dar poate apărea și la tineri, chiar și la copii, în mod special, la cei cu obezitate. DZ de tip 2 se datorează rezistenței crescute a țesuturilor la insulină, însoțită de scăderea secreției de insulină. Lipsa de răspuns a țesuturilor la insulină se datorează modificării receptorului pentru insulină de pe membrana celulară. Predispoziția genetică (pentru ambele componente) este mai

bine exprimată decât în tipul 1 (concordanță mare, 80-90% la gemenii univitelini), însă mai puțin cunoscută. Transmiterea este poligenică. Riscul pentru DZ este 5-10% în populația generală, 40% dacă un părinte are diabet, 70% dacă ambii părinți au diabet.

Factorii de mediu care duc la creșterea rezistenței la insulină sunt: sedentarismul, alimentația (excesul ponderal), obezitatea abdominală/viscerală, substanțele chimice (pesticide), medicamentele diabetogene (diuretice, beta-mimetice, glucocorticoizi, hormoni tiroidieni, antiinflamatoare), stresul (mai mult ca factor declanșator).

Clasic, patologia DZ tip 2 debutează cu insulinorezistență post-receptor, urmată de hiperinsulinism (ce compensează inițial insulinorezistența). Hiperinsulinismul devine relativ (insuficient pentru a menține euglicemia), secreția de insulină scăzând, în timp, odată cu declanșarea DZ tip 2 (respectiv cu distrugerea a aproximativ 50% din masa beta celulară). Hiperinsulinismul constatat ar putea fi, de fapt, un exces de pro-insulină, ce maschează deficitul de insulină (întrucât se determină prin aceleași metode).

3. Alte tipuri specifice de diabet zaharat (rare) – sunt tipuri de diabet, în proporție aproape neînsemnată, în care se cunoaște cu exactitate cauza, precum:

- Defecte genetice ale funcției celulei producătoare de insulină din pancreas (celula beta).
- Defecte genetice ale acțiunii insulinei.
- Boli exocrine ale pancreasului
- Boli de genă endocrină
- Diabet indus prin medicamente sau substanțe chimice.
- Infecții.
- Forme rare produse prin mecanisme mediate imunologic.
- Sindroame genetice asociate uneori cu diabet.

4. Diabetul gestațional – este orice alterare a toleranței la glucoză cu debut sau diagnosticată în timpul sarcinii.

Evoluția naturală a diabetului cuprinde 2 stadii:

- normoglicemie și
- hiperglicemie, include 2 substadii: pre-diabetul și diabetul.

Stadiile clinice reflectă faptul că afecțiunea parcurge mai multe etape, respectiv:

1. Stadiul normoglicemic. Clasificarea propusă de OMS (1999) include stadiul normoglicemic ca primă etapă în evoluția diabetului zaharat la persoanele la care există evidențe ale procesului patologic. Toleranța normală la glucoză este definită de o valoare a glicemiei a jeun <100 mg/dl (5,6 mmol/l) și la 2 ore după administrarea a 75 g glucoză <140 mg/dl (7,8 mmol/l).

2. Alterarea reglării glicemiei – alterarea toleranței la glucoză și alterarea glicemiei bazale – reprezintă un stadiu intermediar între toleranța normală la glucoză și diabetul zaharat. O valoare a glicemiei a jeun > 100 mg/dl (5,6 mmol/l), dar < 126 mg/dl (6,9 mmol/l) este considerată alterarea glicemiei bazale, și o valoare a glicemiei la 2 ore după administrarea a 75 g glucoză între 140 mg/dl (7,8 mmol/l) și 199 mg/dl (11 mmol/l) definește alterarea toleranței la glucoză.

3. Diabetul zaharat. Pacienții diagnosticați cu diabet zaharat, din punct de vedere clinic, sunt clasificați în:

- cei care au nevoie de insulinoterapie în vederea supraviețuirii,
- cei care necesită insulinoterapie în vederea obținerii unui control metabolic și
- cei ce nu necesită insulinoterapie.

Tabel 1.1. Stadii clinice evolutive ale DZ.

Stadii evolutive	Normoglicemie	Hiperglicemie			
		Alterarea toleranței la gluc. Glicemie bazală modificată	Diabet zaharat		
Tipuri de Diabet	Glicoreglare Normal		Nu necesită insulină	Necesită insulină pentru control	Necesită insulină pentru supraviețuire
DZ tip 1 DZ tip 2 Alte tipuri specifice Diabet gestațional					

1.2. SCREENINGUL ȘI DIAGNOSTICUL DIABETULUI ZAHARAT

Fiecare serviciu de sănătate publică trebuie să desfășoare depistarea activă a persoanelor cu diabet. Screening-ul diabetului se adresează unor categorii de persoane care au o serie de factori de risc diabetogeni și anume:

- **Factorii de risc pentru DZ tip 1:**
 - Rude de gradul I ale pacienților cu DZ tip 1.
- **Factorii de risc pentru DZ tip 2:**
 - Antecedente eredocolaterale de DZ.
 - Diagnostic anterior de ATG, AGB sau valoarea HbA1c > 5,7%.
 - Grupuri etnice cu risc crescut (asiatici, afro-americani, latino-americani).
 - Anamnestice de boli cardiovasculare.
 - Hipertensiune arterială (TA $\geq$ 140/90 mmHg sau pe tratament antihipertensiv).
 - Prezența dislipidemiei: HDL-C $\leq$ 0,9 mmol/l și/sau TG $\geq$ 2,8 mmol/l.
 - Femeile cu sindromul ovarelor polichistice, diabet gestațional sau macrosomie în antecedente.
 - Mod sedentar de viață.
 - Condiții clinice asociate cu fenomenul de insulinorezistență (obezitate, *acantosis nigricans*).

Pentru screening se poate folosi următorul chestionar (tabel 2), a cărui scor este ușor de folosit, deoarece se bazează doar pe date anamnestice și pe examenul clinic.

**Tabelul 1.2. Chestionar de evaluare
a riscului apariției diabetului zaharat tip 2 (FINDRISC)**

Categorie	Factori de risc	Punctaj
Vârsta	< 45 ani	0 p
	45-54 ani	2 p
	55-64 ani	3 p
	> 64 ani	4p

Indicele masei corporale (IMC)	< 25 kg/m ²	0 p
	25-30 kg/m ²	1 p
	> 30 kg/m ²	2 p
Circumferința abdominală (cm)	Bărbați <94 Femei <80	0 p
	Bărbați 94 – 102 Femei 80 – 88	3 p
	Bărbați >102 Femei >88	4 p
Efectuați cel puțin 30 min. activitate fizică zilnic?	da	0 p
	nu	2 p
Cât de frecvent mâncați fructe, legume sau pomușoare?	zilnic	0 p
	mai rar	1 p
Ați administrat cândva tratament antihipertensiv?	nu	0 p
	da	2 p
Ați avut cândva glucoza crescută (la un examen medical, pe durata unei boli, în timpul sarcinii)?	nu	0 p
	da	5 p
Cineva dintre membrii familiei dvoastră a avut/are diabet zaharat (tip 1 sau tip2)?	nu	0 p
	da (bunei, mătuși, unchi, verișori)	3 p
	da (părinți, frați, copii)	5 p

Notă: Scorul total:

0 – 14 p - risc redus și moderat, 1-17% persoane au riscul de a dezvolta boala în următorii 10 ani.

15 – 20 p - risc înalt, 33% persoane au riscul de a dezvolta diabet în următorii 10 ani.

21 – 30 p - risc foarte înalt, 50% persoane au riscul de a dezvolta diabet în următorii 10 ani

În caz de risc redus sau moderat, persoanele se monitorizează în dinamică cu reevaluarea riscului o dată la 5 ani. În caz de risc înalt și foarte înalt se evaluează glicemia bazală și se efectuează TOTG, se oferă un program intensiv pentru optimizarea stilului de viață (OSV).

Conform OMS, criteriile de diagnostic pentru diabetul zaharat sunt bazate pe dozarea concentrației de glucoză în plasma venoasă în trei circumstanțe diferite:

- glicemia a jeun (recoltată dimineața pe nemâncate, după 8 ore de post nocturn). Valorile normale sunt 4,4 – 5,6 mmol/l (80 – 100 mg/dl);
- glicemia recoltată la 2 ore în cadrul TOTG cu 75 g de glucoză. Valorile normale sunt < 7,8 mmol/l (140 mg/dl);
- glicemia întâmplătoare (măsurată la orice oră a zilei, fără a ține seama de momentul și conținutul ultimei mese).

Criterii de diagnostic pentru DZ:

1. glicemia a jeun: $\geq 7,0$ mmol/l (126 mg/dl);
2. glicemia la 2 ore în cadrul TOTG: $\geq 11,1$ mmol/l (200 mg/dl);
3. glicemia întâmplătoare: $\geq 11,1$ mmol/l (200 mg/dl) în prezența simptomelor clasice ale DZ: poliurie, polidipsie, polifagie, scădere ponderală;
4. nivelul HbA1C: $\geq 6,5\%$ efectuată după o metodă standardizată sau similară metodei de referință (DCCT).

Stabilirea diagnosticului de DZ prin dozarea HbA1c prezintă câteva avantaje:

- valorile HbA1c au o variabilitate zilnică mai mică (2%), comparativ cu variabilitatea valorilor glicemice (12-15%);
- proba de sânge pentru determinarea HbA1c poate fi recoltată în orice moment al zilei, fără o pregătire prealabilă a pacientului;
- este un index biologic mai obiectiv decât glicemia à jeun, reflectând gradul expunerii la hiperglicemie cronică.

Testul oral de toleranță la glucoză. Testul de toleranță la glucoză este util nu numai pentru diagnosticul diabetului zaharat, ci și în identificarea pacienților cu intoleranță la glucoză (glicemia bazală modificată (GBM), scăderea toleranței la glucoză (STG)). Mod de efectuare:

În cele 3 zile anterioare testului persoana trebuie să consume minim 250 de grame de glucide pe zi și să aibă o activitate fizică

obișnuită. Proba se face peste 12 ore de la ultima masă. În dimineața testului pacientul nu trebuie să fumeze, să nu administreze careva medicație. Se recoltează sânge venos pentru glicemia bazală. Se administrează 75 de grame de glucoză pulbere (anhidră) dizolvată în 250 – 300 ml apa (copii – 1,75 g/kg corp, dar nu mai mult de 75 g); peste 2 ore se recoltează sânge venos pentru determinarea glicemiei.

Cresc toleranța la glucoză următoarele medicamente: atenolol, clofibrat, gliburid, fenitoin, guanetidina, lisinopril, inhibitori MAO, metformina, metoprolol, nandrolol, octreotid, prazosina.

Scad toleranța la glucoză: acebutolol, acid nicotinic, atenolol, betametazona, calcitonina, clorpromazina, clofibrat, contraceptive orale, estrogeni conjugați, cortizon, danazol, dexametazona, diazoxid, dietilstilbestrol, foscarnet, furosemid, hormonul de creștere, hidroclorotiazida, imipramina, interferon alfa-2a, litiu, medroxiprogesteron, metilprednisolon, metoprolol, naproxen, niacinamida, nifedipin, pindolol, prednisolon, prednison, prometazina, spironolactona, streptozocin, triamcinolon, triamteren, verapamil.

Dacă este posibil, medicația trebuie întreruptă cu cel puțin 3 zile înainte de test (în special contraceptivele orale, diureticele tiazidice, corticosteroizii, fenotiazina).

Rezultate:

1. Glicemie bazală modificată (GBM): glicemia a jeun: $\geq 5,7 - 6,9$ mmol/l (100-125 mg/dl); glicemia la 2 ore în cadrul TOTG < 7,8 mmol/l (140 mg/dl).
2. Scăderea (alterarea) toleranței la glucoză (STG): glicemia la 2 ore în cadrul TOTG - $\geq 7,8$ (140 mg/dl) și <11,1 mmol/l (200 mg/dl).
3. Glicemie bazală modificată + alterarea toleranței la glucoză.

Ambele (STG și GBM) sunt considerate etape intermediare în evoluția naturală a perturbărilor metabolismului glucidic și sunt încadrate în termenul de „**prediabet**”, folosit pentru a atrage atenția asupra riscului persoanei de a dezvolta DZ.

Persoanele cu GBM, STG constituie **categorii cu risc crescut pentru DZ** tip 2 și/sau boli cardiovasculare în următorii ani, dacă nu sunt implementate măsuri de modificare a stilului de viață.

Persoanele cu risc crescut de a dezvolta DZ tip 2 necesită includerea imediată în programe pentru modificarea stilului de viață, inclusiv scăderea moderată în greutate și inițierea activității fizice regulate.

Bolile acute, traumatismele, bolile infecțioase, hipertermia ($T > 39^{\circ}\text{C}$) se pot asocia cu hiperglicemie. O situație care trebuie luată în calcul este **hiperglicemia de stres**, semnalată la $> 5\%$ dintre copiii care se prezintă la serviciul de urgență. În absența simptomelor, hiperglicemia detectată accidental/ocazional (mai ales în condiții de stres infecțios, traumatic etc.), poate fi tranzitorie și nu constituie un criteriu unic de diagnostic al diabetului. Incidența cazurilor de hiperglicemie de stres, care au evoluat spre diabet, este foarte diferită, de la 0% la 32% . Valoarea predictivă pentru evoluția spre DZ tip 1 în hiperglicemiile de stres o au anticorpii (ICA, anti GAD și IAA).

1.3. TABLOUL CLINIC AL DIABETULUI ZAHARAT

Debutul propriu-zis al DZ este foarte greu de precizat și, cu atât mai puțin, factorii care declanșează această perturbare. Momentul declanșării alterărilor metabolice nu se însoțește de nici un semn clinic, care ar atrage atenția, ci evoluează silențios (luni sau ani de zile), fără să atragă atenția pacientului sau familiei acestuia.

Declanșarea bolii este relativ bruscă, simptomatologia fiind evidentă cu 2-3 săptămâni înaintea diagnosticului. De cele mai multe ori, DZ tip 1 debutează cu simptome specifice (poliurie, polidipsie, scădere ponderală, scăderea acuității vizuale), asociat cu glicozurie și cetonurie. În cazurile mai grave, cu cetoacidoză, apare letargia, coma și chiar decesul (în absența tratamentului specific).

Simptome nespecifice sunt: stare de rău, astenie, prurit cutanat generalizat (vulvar la femei), gust dulce în gură.

În DZ de tip 2 simptomele sunt mult mai estompate, nu se sesizează în timp util, iar bolnavii sunt depistați fie întâmplător, fie după mulți ani de evoluție, când apar complicații cronice ireversibile și bolnavii se adresează cu plângeri la:

- dermatolog, cel mai frecvent - cu ocazia unui prurit generalizat, vulvar, balanită etc.;

- cardiolog, care poate descoperi un infarct miocardic nedureros, „dus pe picioare”;
- chirurg, care deja amputează un picior din cauza gangrenei;
- neurolog, care poate diagnostica diabetul cu stabilirea unui accident vascular cerebral;
- oftalmolog, foarte frecvent, unde pacientul se adresează pentru tulburări de vedere, fiind complicații ale ochiului în diabet;
- pneumoftiziolog, care determină o tuberculoză pulmonară extinsă, rebelă la tratament, sau alte infecții pulmonare severe;
- nefrolog, care depistează nefropatia diabetică, adeseori în stadii foarte avansate, după zeci de ani de evoluție a diabetului zaharat;
- internist, unde pacientul se adresează, de multe ori, pentru diaree nocturnă, rebelă la tratament, dereglări digestive, care pot fi în cadrul neuropatiei diabetice.

1.4. DIABETUL GESTAȚIONAL

Evaluarea riscului diabetului gestațional se va efectua cu ocazia primului consult prenatal. Este necesar de efectuat screening-ul DZ tip 1 sau tip 2, nediagnosticat anterior la femeile din grupul de risc, în timpul primei vizite antenatale (în baza criteriilor – GB, TOTG). Screening-ul diabetului gestațional se face la toate femeile însărcinate, la 24-28 săptămâni de sarcină (TOTG cu 75 g glucoză anhidrat cu aprecierea glicemiei à jeun, la 1oră și la 2ore)

Factori de risc pentru diabetul gestațional

- **Istoric familial de obezitate sau diabet zaharat.**
- **Factori personali, independenți de sarcină:**
 - o Vârsta > 35 de ani,
 - o Suprapondere sau obezitate,
 - o Greutatea mamei la naștere (4kg),
 - o Fumat,

- o Multiparitate,
 - o AGB sau ATG în antecedente,
 - o Grup etnic cu risc crescut.
- **Istoric personal obstetrical și/sau ginecologic (sarcini anterioare):**
- o DG în antecedente,
 - o Creștere ponderală excesivă,
 - o Copii macrosomi sau hipotrofici,
 - o Exces de lichid amniotic,
 - o Sterilitate, moarte fetală, avorturi spontane,
 - o Metroragii în primul trimestru de sarcină,
 - o Malformații congenitale,
 - o HTA sau toxemie gravidică,
 - o Infecții urinare recidivante.
- **Istoric personal obstetrical și/sau ginecologic (sarcina actuală):**
- o Exces ponderal rapid, în primele 6 luni,
 - o Macrosomie sau hipotrofie fetală, înainte de săptămâna a 24-a de sarcină,
 - o Exces de lichid amniotic,
 - o Infecții urinare recidivante,
 - o Tensiune arterială > 135/85mmHg,
 - o Iminență de avort sau naștere prematură,
 - o Utilizarea de beta-mimetice pentru întreruperea contracțiilor,
 - o Sindromul de ovar polichistic,
 - o Diete sărace în fibre și bogate în alimente cu index glicemic crescut,
 - o Sedentarism.

Diagnosticul diabetului gestațional se confirmă, în caz de prezență a cel puțin unei valori pozitive în TOTG:

- à jeun $\geq 5,1$ mmol/l (92 mg/dl) și/ sau
- 1 h $\geq 10,0$ mmol/l (180 mg/dl) și/ sau
- 2 h $\geq 8,5$ mmol/l (153 mg/dl)

Diabet propriu zis (*overt diabetes during pregnancy* – eng.):

- o Glicemia bazală - $\geq 7,0$ mmol/l
- o HbA1c - $\geq 6,5\%$
- o Valoare aleatorie a glicemiei - $\geq 11,1$ mmol/l

Indicații pentru tratament cu insulină în diabet gestațional:

- nu sunt atinse valorile țintă prin dietoterapie:
 - o GB $> 5,3$ mmol/l
 - o GPP la 1 h $> 7,8$ mmol/l
 - o GPP la 2 h $> 6,7$ mmol/l
- la USG fetală circumferința abdominală $>$ percentila 90 pentru vârstă.

Dacă la prima vizită prenatală la gravidele cu risc crescut valoarea glicemiei bazale este mai mică de 5,1 mmol/l (92 mg/dl), se va relua screeningul în săptămânile 24-28 de sarcină.

Femeile cu diabet gestațional trebuie reevaluate la 6-12 săptămâni postpartum, utilizând TTGO și criteriile de diagnostic pentru populația generală.

Femeile cu antecedente de diabet gestațional au indicație pentru screening pentru diabet zaharat cel puțin o dată la trei ani pe tot parcursul vieții.

1.5. EDUCAȚIA TERAPEUTICĂ

Educația terapeutică a pacientului face parte integrantă din managementul DZ. Procesul educațional se desfășoară continuu, sub diferite forme și este absolut necesar pentru obținerea unui bun control metabolic și ameliorarea calității vieții. Scopul acestui efort este acela de a ajuta persoana cu diabet să se adapteze cât mai bine la noua sa condiție de viață și de a împiedica apariția complicațiilor. Educația poate fi individuală sau în grup și este susținută de persoane special instruite (endocrinolog, asistente medicale educatoare, medic dietolog, cadru medical antrenat în îngrijirea piciorului, eventual psiholog). Educația terapeutică trebuie să fie accesibilă tuturor pacienților cu DZ.

Scopul educației terapeutice:

- Inducerea unei atitudini pozitive față de tratamentul cu antidiabetice orale și insulină, depășirea stresului sau senzației de frică determinate de injecțiile de insulină.
- Instruirea în vederea automonitorizării, autocontrolului și implicării pacientului în propriul tratament.
- Asigurarea calității vieții, inserției sociale, profesionale și familiale.

Cele 9 arii care trebuie acoperite de educație, și a căror importanță individuală trebuie stabilită sunt: 1) descrierea bolilor și a opțiunilor de tratament; 2) alimentația; 3) activitatea fizică; 4) tratamentul farmacologic; 5) monitorizarea glicemiei și a altor parametri, și interpretarea lor; 6) prevenirea, detectarea și tratarea complicațiilor acute; 7) prevenirea, detectarea și tratarea complicațiilor cronice; 8) dezvoltarea unor strategii individuale psihosociale; 9) dezvoltarea unor strategii pentru modificări ale comportamentului și stării de sănătate. Comportamentele de autoîngrijire cuprind: activitatea fizică, alimentația, urmarea tratamentului, monitorizarea, rezolvarea problemelor, reducerea riscului de complicații acute sau cronice, aspecte psihosociale.

1.5.1. Managementul stilului de viață

Pacienții cu diabet zaharat tip 2 sunt în majoritate supraponderali sau obezi și au, în general, un stil de viață nesănătos (obiceiuri alimentare nesănătoase, sedentarism) care a contribuit, alături de alți factori, la apariția afecțiunii. De aceea, se impune ca imediat după diagnosticare să se identifice modalitățile de intervenție asupra stilului de viață. Prin ameliorarea stilului de viață se urmărește atingerea și menținerea greutății corporale ideale, scăderea valorilor glicemice, normalizarea valorilor lipidelor serice și a acidului uric (sau aducerea cât mai aproape de normal), menținerea unor valori optime ale tensiunii arteriale, uneori în asociere cu medicația specifică. Fumatul reprezintă un factor de risc cardiovascular

independent, de aceea se va insista de a renunța la fumat și la consumul de alcool.

Se recomandă modificarea obiceiurilor alimentare anterioare și se asigură accesul la un dietetician. Se individualizează dieta în funcție de vârstă, sex, înălțime, greutate, gradul de efort fizic, preferințe, tradiția locală, nivelul de cultură.

Monitorizarea aportului de carbohidrați este o componentă esențială a strategiei de obținere a controlului glicemic optim.

Se restricționează consumul de alcool.

Aportul de grăsimi saturate trebuie să reprezinte < 7% din aportul caloric total. Aportul de lipide trans va fi redus la minimum.

Exercițiul fizic se introduce treptat, în funcție de abilitățile individuale; se încurajează prelungirea duratei și creșterea frecvenței activității fizice (acolo unde este necesar) până la 30-45 min./zi, 3-5 zile/ săptămână sau 150 min./săptămână. În absența contraindicațiilor, persoanele cu diabet zaharat tip 2 trebuie încurajate să practice antrenamente de rezistență de trei ori pe săptămână.

Renunțarea la fumat. Studiile efectuate pe pacienți diabetici au evidențiat constant un risc crescut de boală cardiovasculară și deces prematur la fumători. Fumatul este, de asemenea, asociat cu apariția prematură a complicațiilor microvasculare și ar putea juca un rol în apariția diabetului zaharat de tip 2.

1.5.2. Ținte terapeutice actuale

Importanța controlului glicemic a fost demonstrată în numeroase trialuri clinice, controlul glicemic adecvat generând reducerea riscului evenimentelor cardiovasculare, a mortalității. Echilibrarea metabolică urmărește valorile *glicemiei bazale, glicemia postprandială, hemoglobina glicată, valorile lipidelor serice, acidului uric*, dar și *optimizarea valorilor tensiunii arteriale*.

Controlul glicemiilor în DZ 1 și DZ 2 pe insulinoterapia *bazal-bolus* se efectuează înainte de masă, 2 ore după masă, înainte de somn și la 3⁰⁰ noaptea. Persoanelor cu DZ 2 care se află pe tratament

cu insulină bazală li se recomandă de efectuat controlul glicemiilor bazale și postprandiale de 2-3 ori în lună, iar celor care sunt pe tratament cu preparate orale hipoglicemizante – glicemiile bazale și periodic – postprandiale.

În DZ tip 2 țintele recomandate pentru adulți în afara sarcinii sunt HbA1c < 7%, glicemia preprandială din sângele capilar 90-130 mg/dl (5-7,2 mmol/l), glicemia postprandială din sângele capilar < 180 mg/dl (10 mmol/l). Se monitorizează controlul glicemic cu ajutorul HbA1c efectuată de cel puțin două ori pe an la pacienții care îndeplinesc obiectivele terapeutice și au control metabolic stabil. HbA1c se va determina trimestrial la pacienții a căror terapie a fost modificată sau care nu îndeplinesc obiectivele controlului glicemic. Valori țintă mai puțin stricte ale HbA1c se vor avea în vedere la persoanele vârstnice sau cu tulburări psihice și în cazurile cu risc crescut de apariție a episoadelor hipoglicemice severe.

1.5.3. Obiectivele controlului glicemic în DZ tip 1 și tip 2

Aceste obiective constau în stabilirea valorilor țintă individuale. Țintele terapeutice pot fi modificate în funcție de prezența diverșilor factori de risc cardiovascular cunoscuți, de asocierea altor afecțiuni și de speranța de viață.

Tabelul 1.3. Obiectivele controlului glicemic în DZ tip 1 și tip 2

	< 45 ani	45 – 64 ani	> 65 ani
Lipsa complicațiilor severe, risc redus de hipoglicemii	HbA1c ≤ 6,5 % GB ≤ 6,5 mmol/l GPP ≤ 8,0 mmol/l	HbA1c ≤ 7,0 % GB ≤ 7,0 mmol/l GPP ≤ 9,0 mmol/l	HbA1c ≤ 7,5 % GB ≤ 7,5 mmol/l GPP ≤ 10,0 mmol/l
Complicații severe, risc înalt de hipoglicemii și/sau comorbidități avansate	HbA1c ≤ 7,0 % GB ≤ 7,0 mmol/l GPP ≤ 9,0 mmol/l	HbA1c ≤ 7,5 % GB ≤ 7,5 mmol/l GPP ≤ 10,0 mmol/l	HbA1c ≤ 8,0 % GB ≤ 8,0 mmol/l GPP ≤ 11,0 mmol/l

Se recomandă:

- ❖ Menținerea valorilor ale:
 - LDL-colesterol < 100 mg/dl (2,6 mmol/l);
 - HDL-colesterol > 40 mg/dl (1,0 mmol/l) la bărbați și > 50 mg/dl (1,29 mmol/l) la femei;
 - Trigliceride < 150 mg/dl (1,7 mmol/l).
- ❖ Menținerea tensiunii arteriale sistolice < 130 mmHg și diastolice < 80 mmHg.
- ❖ Menținerea indicelui de masă corporală < 25 kg/m².

Obiectivele controlului glicemic în diabetul gestațional:

- Monitorizarea glicemiei bazale și glicemiilor postprandiale la 1 oră și 2 ore pe parcursul zilei până la atingerea valorilor țintă.
- Valorile țintă ale glicemiei:
 - Glicemia preprandial: 5,0 – 5,3 mmol/l
 - Glicemia la 1 oră postprandial: < 7,8 mmol/l
 - Glicemia la 2 ore postprandial: < 6,7 mmol/l
- HbA1c, în cazul DG, deține un rol minim în monitorizarea controlului glicemic al pacientelor.

1.5.4. Automonitorizarea glicemiei

Autocontrolul glicemiei face parte integrantă din strategia de tratament, atât pentru pacientul cu diabet zaharat insulinotratat, cât și pentru cei cu tratament oral. În cadrul procesului de educație terapeutică, automonitorizarea este esențială pentru adaptarea corespunzătoare a dozelor de insulină, în diferite situații, pentru gradarea efortului fizic sau a aportului alimentar, toate acestea în scopul atingerii și menținerii țăintelor terapeutice. Autocontrolul la pacienții cu DZ 2 tratați cu antidiabetice orale (ADO) poate fi util pentru a da informații despre hipoglicemie, poate evidenția variațiile glicemice datorate modificărilor de medicație sau ale stilului de viață și poate monitoriza schimbările survenite în cursul afecțiunilor intercurrente. Automonitorizarea reprezintă determinarea frecventă la domiciliu a glicemiei în diferite momente

ale zilei, utilizând dozarea acesteia cu ajutorul unui glucometru. Autocontrolul glicemiei (folosind glucometrul) este indispensabil pacienților cu diabet zaharat insulinotratați și la femeile cu diabet gestațional.

În ultimii ani, o alternativă tehnică la automonitorizarea glicemică o constituie sistemele de monitorizare glicemică continuă (CGMS – *Continuous Glucose Monitoring Systems*). Acestea utilizează un senzor montat în țesut subcutanat, care permite măsurarea la intervale mici de timp, de ordinul minutelor, a valorilor succesive ale concentrației glucozei interstițiale, descărcarea lor într-un calculator și afișarea lor grafică ulterioară.

Automonitorizarea este benefică dacă persoanele cu diabet sunt instruite să efectueze autotestarea, să înregistreze datele, să înțeleagă semnificația acestora și să intervină în schema terapeutică sau să se adreseze unui specialist.

Având în vedere faptul că echilibrul metabolic este influențat atât de glicemiile preprandiale (înainte de masă) cât și postprandiale (după masă), ideal ar fi ca pacienții se determine cel puțin o glicemie din fiecare zi. S-a demonstrat că: în cazul $HbA1c = 10\%$, contribuția glicemiilor preprandiale este de aprox. 70%, în timp ce, în cazul unei $HbA1c = 7\%$, contribuția glicemiilor postprandiale este de aprox. 70%. Astfel, este recomandabilă determinarea mai frecventă a glicemiilor preprandiale, în cazul unor valori ridicate ale $HbA1c$. Glicemia a jeun este mai reproductibilă și influențează, evident, glicemia postprandială. Determinarea glicemiilor postprandiale este, în special, folositoare în următoarele cazuri: glicemii a jeun relativ în limitele normale cu valori ridicate ale $HbA1c$, pacienți ce primesc medicație ce afectează, în special, glicemia postprandială, pacienți ce descriu hipoglicemii postprandiale, paciente cu diabet gestațional.

1.6. STRATEGII TERAPEUTICE

1.6.1. Tratamentul nefarmacologic al DZ

Tratamentul nefarmacologic al DZ constă în optimizarea stilului de viață și este compus din:

- **Terapia medical-nutrițională** (trebuie individualizată).

În cazul pacienților cu DZ 2, importanța și ponderea mijloacelor terapeutice este eșalonată astfel: dietă, exercițiu fizic, medicație orală. S-a demonstrat că prin dietă controlată și exerciții fizice se poate reduce riscul de apariție a DZ tip 2, în rândul persoanelor cu alterarea toleranței la glucoză cu 60%. Utilizarea tratamentului nefarmacologic, ca modalitate unică a terapiei, este indicată în DZ tip 2 nou descoperit cu glicemii moderat crescute ($< 250 \text{ mg/dl}$ (13 mmol/l)). Este important de a imprima pacientului conceptul că dieta și activitățile fizice sunt la fel de importante ca și medicația orală. Eficiența acestui mijloc terapeutic trebuie evaluată la fiecare 7 zile și este menținută până când nu se mai obține un efect suplimentar. În acest moment, deja se indică medicația orală. Ulterior, eficiența terapiei este evaluată după 3 luni de tratament, iar atitudinea terapeutică se menține nemodificată, dacă țintele glicemice au fost atinse. În cazul, în care obiectivele nu sunt atinse prin lipsa complianței, se reia procesul de educație terapeutică. Dacă nu se obțin rezultatele dorite din lipsa eficienței terapiei, se recurge la modificarea tratamentului (medicație orală sau insulinoterapie).

Rolul terapiei nutriționale în DZ:

- Menținerea controlului glicemic la un nivel cât mai aproape de valorile normale;
- Normalizarea profilului lipidic;
- Asigurarea aportului caloric adecvat pentru:
 - Atingerea și menținerea unei greutate optime pentru adulți;
 - Creșterea și dezvoltarea normală, în cazul copiilor și adolescenților;
 - Acoperirea nevoilor metabolice crescute din perioada sarcinii și alăptării sau în reconvalescență;

- Prevenirea și tratarea complicațiilor acute/cronice ale DZ;
- Creșterea calității vieții printr-o alimentație adecvată.

Glucidele. Constituie 50 – 60% din aportul caloric. Este important nu doar conținutul, dar și tipul de glucide. Există mai multe tipuri de glucide:

- glucidele simple: monozaharidele (glucoza, fructoza, galactoză) și dizaharidele (zaharoza, lactoză, maltoză). Aceste zaharuri se numesc “rapide”, se absorb imediat în sânge;
- glucidele complexe – sunt glucide compuse din mai multe molecule de monozaharide asociate, cu absorbție lentă (amidonul și glicogenul)

Glucidele rafinate nu aduc niciun beneficiu nutritiv organismului, fiind sărace în vitamine, minerale și fibre și, din acest motiv, se absorb foarte repede (adică se digeră rapid și intra în sânge brusc). Acestea duc la creșterea bruscă a glicemiei și îngrășă foarte ușor, chiar dacă sunt consumate în cantități mici. Dacă mâncăm, de exemplu, 10 grame de glucide din ciocolată, va crește foarte repede glicemia comparativ cu aceleași 10 grame de glucide consumate dintr-un măr, fructul conținând și fibre alimentare, care fac ca absorbția glucidelor în sânge să se facă mai lent (pentru că fibrele se digeră puțin mai greu), pe când ciocolata, mai ales zahărul din ea, se digeră extrem de repede. De asemenea, trebuie evitate sau chiar excluse sucurile sau orice lichide îndulcite cu zahăr, lichidele fiind absorbite și mai rapid în sânge. Chiar și sucurile naturale, fără adaos de zahăr, trebuie evitate de diabetici și de cei care vor să slăbească, deoarece și acestea au conținut glucidic ridicat, la fel ca și fructul din care este făcut, însă fructul conține fibre care trebuie digerate și cantitatea de glucide intră treptat în sânge, pe măsură ce se digeră fructul.

Indicele sau indexul glicemic (IG) al unui aliment se referă la puterea acestuia de a crește glicemia, după consumul unei cantități de 100 g de glucide din acel aliment, raportat la consumul a 100 g de glucoză sau de pâine albă. Alimentul de referință este glucoza, care se consideră că are un IG de 100%. Aceeași cantitate de glucide, provenită din alimente diferite, mărește diferit glicemia. Cu cât IG al unui aliment este mai mic, cu atât glicemia crește mai puțin.

Fiecare om poate să își calculeze singur cantitatea în grame de glucide admisă. De exemplu: 20 g de glucide din fructe, 50 g de glucide din pâine, 20-30 g de glucide din legume, 10-15 g de glucide din cartofi, 10-20 g de glucide din lactate, etc., până la cantitatea maximă admisă și evitând, pe cât posibil, glucidele cu index glicemic mare.”

Lipidele. Constituie 25 – 30% din aportul caloric, din care 1/3 constituie grăsimile animale și 2/3 - vegetale. Când vorbim despre lipide (grăsimi) nu ne referim la grăsimile de origine animală, cum ar fi slănina de porc sau untura. Acestea trebuie evitate, consumate în cantități extrem de mici și foarte rar, de asemenea, trebuie evitată și margarina. Aceste tipuri de grăsimi sunt foarte nocive pentru sănătate, deoarece se absorb foarte repede în sânge și formează depozite de grăsime. Consumul de grăsimi nu duce la creșteri ale glicemiei, dar sunt foarte nocive pentru diabetici și nu numai, deoarece sunt alimente care îngrașă foarte ușor, și este cunoscut faptul că obezitatea și chiar câteva kilograme în plus conduc implicit la creșterea glicemiei. În plus, grăsimile predispun la boli cardiovasculare care, de asemenea, sunt boli colaterale diabetului. Din cantitatea de 25% de grăsimi care trebuie consumate zilnic, maxim 10 % trebuie să fie grăsimi saturate (de exemplu, de origine animală), mâncate din lapte, iaurt, brânză, ouă, smântână, unt etc. Celelalte 10 – 15 % trebuie să fie așa-zisele grăsimi “bune” care se găsesc în nuci, alune, semințe, măsline, cacao (oleaginoase). Se recomandă consumul a 2-3 porții de pește pe săptămână.

Proteinele. Proteinele trebuie consumate în proporție de 15-20% sau 0,8g/proteine/kg/zi. Proteinele nu pot fi folosite pentru a preveni hipoglicemia nocturnă.

Micronutrientii. Nu se indică suplimentarea cu vitamine/minerale.

Alcoolul. Persoanele care consumă alcool trebuie să-si limiteze aportul la 2 porții/zi pentru bărbați, respectiv 1 porție/

zi pentru femei (1 porție = 15 g alcool = 350 ml bere sau 150 ml vin sau 45 ml țârie). Acesta trebuie consumat cu mâncare, pentru a reduce riscul de hipoglicemie la persoanele tratate cu insulină/secretagoge. Consumul moderat de alcool nu modifică glicemia. Abținerea se recomandă în: dependență alcoolică, sarcină, boli hepatice, pancreatită, neuropatie avansată, hipertrigliceridemie severă.

Activitatea fizică. Se recomandă minim 150 minute/săptămână de activitate aerobă moderată (50-70% din frecvența maximă), iar în absența contraindicațiilor exerciții de rezistență de 3 ori/săptămână. În parte, fiecare tip de activitate contribuie similar la ameliorarea insulinosensibilității, iar împreună efectul este aditiv. Este contraindicată activitatea fizică în cetoză (poate fi accentuată), retinopatie proliferativă sau neproliferativă severă (crește riscul hemoragiei în vitros sau dezlipirii de retină), neuropatii severe (risc de leziuni, infecții, Charcot), neuropatie autonomă (mecanisme multiple). Deși activitatea fizică crește acut albuminuria, nu se recomandă restricții la persoanele cu nefropatie. Persoanele tratate cu insulină/secretagoge trebuie să-și suplimenteze glucidele înaintea unei activități fizice dacă glicemia este <100 mg/dl.

Fumatul. Se recomandă abținerea.

Intervențiile psihosociale. Evaluarea și urmărirea psihosocială includ următoarele acțiuni: observarea atitudinii pacientului asupra bolii, așteptările legate de tratament, starea afectivă și calitatea vieții pacientului, istoricul psihiatric și starea emoțională, resursele financiare și sociale disponibile. În caz de aderență scăzută, se recomandă screeningul pentru depresie, anxietate, tulburări de comportament alimentar, tulburări cognitive. Screeningul pentru depresie este pozitiv dacă răspunsul este afirmativ la cel puțin o întrebare din următoarele 2:

1. În ultima lună ați avut sentimente supărătoare de tristețe, depresie sau lipsă de speranță?
2. În ultima lună, v-a deranjat lipsa de interes sau de plăcere în a efectua diverse activități?

Caloriile. Caloria este o unitate de măsură a energiei furnizate de alimente. Astfel: la arderea 1 gram de glucide se elimină 4 kcal; la arderea 1 gram de proteine se elimină 4 kcal, iar la arderea 1 gram de lipide se elimină 9 kcal. Persoanelor cu suprapondere sau obezitate li se recomandă scădere ponderală; pot fi eficiente regimurile hipocalorice, fie sărace în hidrați (<130 g/zi glucide), fie hipolipidice. La normoponderali se recomandă dieta normocalorică.

Raportul între substanțele nutritive, pentru o persoană sănătoasă este următorul: glucide (carbohidrați): 50 – 60%, deci aproximativ 250 – 300 g de glucide pe zi; lipide: 25 -30% (o treime de origine animală și restul vegetală); proteine: 15 – 20 % (din care o parte de origine animală și o parte de origine vegetală).

Aportul caloric trebuie să fie corespunzător nevoilor energetice, în funcție de sex, vârstă, activitatea fizică, datele antropometrice. Se înmulțește greutatea ideală cu necesarul de kcal/kg, în funcție de efortul fizic depus:

- 20 kcal – repaus la pat;
- 25 kcal – sedentar;
- 30-35 kcal – efort fizic mediu,
- 40-45 kcal – efort fizic mare

Astfel, pentru un total de 2000 de kcal, împărțirea procentuală și cantitativă din fiecare tip de nutrient (glucide, lipide, proteine) care trebuie consumat pe parcursul unei zile, va fi următoarea:

TOTAL 2000 de kcal din care,

60% glucide rezultă $(2000 \times 60)/100 = 1200$ kcal din glucide, și conform celor spuse mai sus 1 gram de glucide are 4 kcal, deci avem 1200 împărțit la $4 = 300$ – rezultă că se pot consuma un număr de 300 de g de glucide pe zi.

25% lipide (grăsimi) – deci $(2000 \times 25)/100 = 500$ kcal din grăsimi, adică ținând cont de faptul că 1 g de lipide = 9 kcal rezultă că 500 împărțit la $9 = 55,55$ – adică se pot consuma un total de 55 de grame de lipide pe zi.

15% proteine – deci $(2000 \times 15)/100 = 300$ kcal din proteine, și ținând cont că 1 gram de proteine = 4 kcal, aflăm că 300 împărțit la $4 = 75$, adică se pot consuma un total de 75 de grame de proteine pe zi.

Recomandările nutriționale sunt similare cu cele pentru

persoanele sănătoase, în marea majoritate a cazurilor. Necesarul caloric va fi calculat pe baza principiilor similare ca și pentru persoanele fără diabet; se va ține cont de vârstă, sex, greutatea reală și cea ideală, activitatea fizică, patologia asociată, alți factori de risc.

În DZ tip 1 se calculează cantitatea de carbohidrați (UP) pentru prevenirea hipo- și hiperglicemiilor; calculul kaloriilor consumate.

În DZ tip 2 se apreciază aportul caloric și nutritiv corespunzător care să permită menținerea greutății optime.

Indicele de masă corporală IMC = greutatea/înălțimea² (greutatea în kg și înălțimea în m).

Tabelul 1.4. Statusul nutrițional în funcție de indicele de masă corporală (IMC)

IMC	Status nutrițional
13-15,9	Denutriție gradul III
16-16,9	Denutriție gradul II
17-18,4	Denutriție gradul I
18,5-24,9	Normal
25-29,9	Suprapondere
30-34,9	Obezitate grad I
35-39,9	Obezitate grad II
≥40	Obezitate grad III

Prima informație care se culege este greutatea actuală prin cântărire. Greutatea ideală se calculează prin formula: GIT (greutatea ideală teoretică) a lui Lorentz:

- la bărbați: $GIT = (H - 100) - [(H - 150) / 4]$

- la femei: $GIT = (H - 100) - [(H - 150) / 2]$

("H" fiind înălțimea exprimată în centimetri)

Toate produsele alimentare pot fi divizate în 3 tipuri:

- **Alimentele care trebuie evitate la persoane cu DZ** – untul, uleiul vegetal (este permis în cantități mici), slănina, smântâna, frișca, cașcavalul cu grăsimi mai mult de 30%,

brânza de vaci cu un conținut de grăsimi mai mult de 5%, maioneza, carnea grasă, produsele afumate, mezelurile, peștele gras, pielea păsărilor, conservele din carne, pește și legume în ulei, nucile, semințele, zahărul, mierea de albiși, ciocolata, prăjiturile și alte produse de patiserie, înghețata, băuturile dulci, băuturile alcoolice.

- **Alimentele care trebuie consumate în cantități moderate** – carnea slabă, peștele slab, laptele și laptele acru - produse cu un conținut scăzut de grăsimi, cașcavalul cu grăsimi mai puțin de 30%, brânza de vaci cu un conținut de grăsimi mai mic de 5%, cartofii, porumbul, boboasele (mazăre, fasole, linte), cerealele, pâinea și produsele de panificație, pastele, fructele, ouăle. Cantități moderate înseamnă jumătate din porția obișnuită.
- **Alimentele care pot fi utilizate fără restricții:** varza (toate tipurile), castraveții, frunzele de salată, verduța, roșiile, ardeiul dulce, dovlecelul, vânăta, sfecla, morcovii, fasolea verde, ridichea, mazărea verde, spanacul, măcrișul, ciupercile, ceaiul, cafeaua fără zahăr și frișcă, apa minerală.

Un bolnav de **DZ de tip 2, fără complicații**, ar trebui să mănânce echilibrat caloric și nutritiv, la fel ca orice om sănătos, acordând însă mare atenție la cantitatea și tipul glucidelor. Plecând de la necesarul caloric stabilit de medic și ținând cont de cantitatea de glucide admise pe zi, fiecare bolnav de diabet ar trebui să își facă singur un plan alimentar, în care să combine alimentele, să aleagă acele glucide "bune" care îi plac și să stabilească singur, în fiecare zi, din ce alimente își va lua glucidele sănătoase, raportându-se la cantitatea maximă admisă pe zi.

Principiul de bază al **DZ tip 2 cu exces ponderal** este un regim alimentar moderat hipocaloric cu deficit caloric de 500 - 1000 de calorii pe zi, dar nu mai puțin de 1500 kcal pe zi (bărbați) și 1200 kcal pe zi (femei). Reducerea conținutului de calorii se realizează prin restricția maximă a produselor cu un conținut ridicat de grăsimi, carbohidrați simpli, precum și restricții de carbohidrați complecși și proteine, de două ori mai puțin, în comparație cu un consum obișnuit. Nu este indicată o restricție de carbohidrați!

Pacienților cu **DZ de tip 2 cu greutate corporală normală care nu primesc insulină**, nu le este indicată restricție calorică, deoarece nu este necesară reducerea greutății corporale. Calcularea carbohidraților în conformitate cu sistemul unităților de pâine nu este necesară. Se recomandă limitarea strictă a carbohidraților simpli, în caz de glicemii postprandiale ridicate.

Restricția calorică nu este indicată pacienților cu **DZ de tip 2 cu greutate corporală normală care administrează insulină**, cât și pacienților cu **diabet de tip 1**, deoarece nu este necesară reducerea greutății corporale. Este necesară calcularea carbohidraților în conformitate cu sistemul unităților de pâine, cel puțin, în cazul utilizării insulinei cu acțiune scurtă. 1 unitate de pâine = 10-12 g de glucide.

Piramida alimentară reprezintă o exprimare grafică a recomandărilor nutriționale, a cantităților și a tipurilor de alimente ce trebuie consumate zilnic pentru a menține starea de sănătate și pentru a reduce riscul de dezvoltare a diverselor boli legate de alimentație. În linii generale, piramida alimentară cuprinde următoarele grupe:

1. Pâine, cereale, paste (6-11 porții în zi);
2. Legume și vegetale (3-5 porții în zi);
3. Fructe (2-4 porții în zi);
4. Lapte și derivate (2-3 porții în zi);
5. Carne, pește, ouă (1-3 porții în zi).

Piramida alimentară subliniază echilibrul, varietatea și moderația cu care este necesar ca unele alimente să fie consumate, punând accent pe consumul cerealelor, legumelor și fructelor.

1.6.2. Tratamentul diabetului zaharat tip 1

Diabetul zaharat tip 1 este caracterizat de insuficiența absolută de insulină în organism. Studiul DCCT a evidențiat că insulinoterapia intensivă (trei sau mai multe injecții de insulină pe zi sau terapia cu pompa de insulină) reprezintă o componentă cheie a programului de ameliorare a glicemiei și, în același timp, de îmbunătățire a prognosticului.

Se recomandă:

- 1) Administrarea de insulină în doze injectabile multiple sau prin perfuzie subcutanată continuă de insulină (pompa de insulină).
- 2) Corelarea dozei de insulină prandială cu aportul de carbohidrați, glicemia preprandială și activitatea fizică anticipată.
- 3) Terapie nutrițională.
- 4) Automonitorizarea glicemiilor.

1.6.3. Tratamentul diabetului zaharat tip 2

Diabetul zaharat tip 2 este caracterizat prin insuficiență beta-celulară progresivă, rezistență la insulină și creșterea producției hepatice de glucoză. Elementele esențiale ale strategiei terapeutice sunt:

- intervenția terapeutică, din momentul diagnosticului, cu metformină combinat cu măsuri de modificare a stilului de viață;
- intensificarea continuă a terapiei prin adăugarea de alți agenți farmacologici (inclusiv inițierea precoce a insulinoterapiei), cu controlul glicemic.

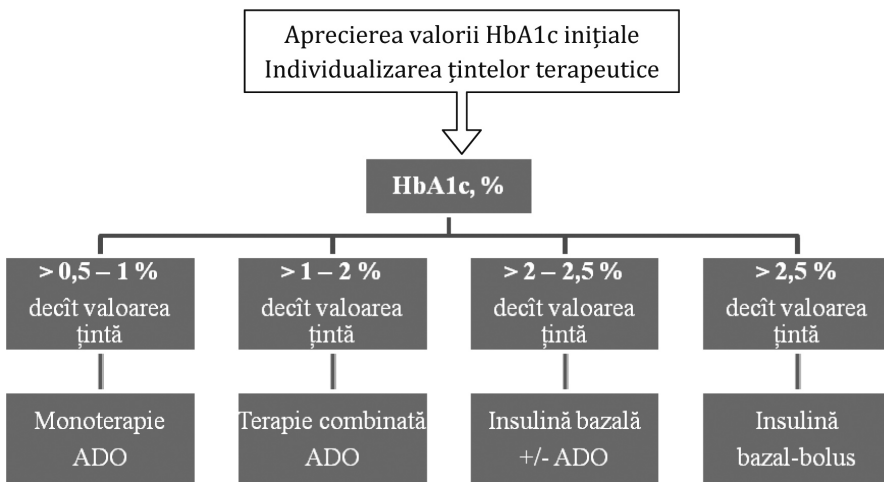


Fig. 1.1. Strategia inițierii terapiei în diabet zaharat de tip 2

Principalele clase terapeutice utilizate în terapia DZ tip 2 sunt: biguanidele, sulfonilureicele, glinidele, inhibitorii de alfa-glucozidază, agoniștii PPAR γ , inhibitorii dipeptidil peptidazei 4 (DPP-4), analogii de glucagon-like peptid 1, insulina.

Consensul ADA/EASD recomandă ca momentul care obligă la acțiune, în sensul inițierii sau schimbării terapiei, este valoarea HbA1c > 7%. Aspectele legate de speranța de viață și de riscul pentru hipoglicemie trebuie să fie luate în considerație pentru fiecare pacient, înainte de intensificarea regimului terapeutic.

Biguanidele (Metformina) reprezintă prima linie terapeutică alături de optimizarea stilului de viață. Efectul major al biguanidelor constă în reducerea producției hepatice de glucoză și scăderea glicemiei bazale. În monoterapie biguanidele reduc HbA1c cu 1,5% și nu generează hipoglicemie. În general, biguanidele sunt bine tolerate, cele mai frecvente reacții adverse fiind cele gastrointestinale. Un alt beneficiu al biguanidelor este faptul că nu produc creștere în greutate ci, dimpotrivă, în asociere cu un stil de viață corespunzător, determină o reducere ponderală. Persoanele cu intoleranță sau contraindicații la biguanide vor utiliza ca primă linie terapeutică secretagoge, inhibitorii de alfa-glucozidază, tiazolidindionele sau chiar insulina în diferite regimuri terapeutice.

A doua linie terapeutică constă în asocierea la biguanide a secretagogelor (sulfonilureicele și glinidele), a inhibitorilor de alfa-glucozidază, a tiazolidindionelor, a agoniștilor receptorului glucagon-like peptid 1 (GLP-1), a inhibitorilor dipeptidil peptidazei 4 (DPP-4) sau a insulinei, în funcție de severitatea hiperglicemiei.

Secretagoge (sulfonilureicele și glinidele).

Sulfonilureicele reduc hiperglicemia prin stimularea secreției de insulină, având un efect similar cu metformina în ceea ce privește scăderea HbA1c. Cea mai importantă reacție adversă este posibilitatea apariției episoadelor de hipoglicemie, îndeosebi la persoanele în vârstă. Un alt inconvenient al sulfonilureicelor este creșterea ponderală.

Glinidele au o durată de acțiune mult mai redusă comparativ cu sulfonilureicele și determină o creștere ponderală similară cu sulfonilureicele.

Inhibitorii de alfa-glucozidază reduc digestia polizaharidelor la nivelul intestinului subțire, acționează, în principal, pe reducerea hiperglicemiei postprandiale, fără a produce hipoglicemii. Sunt mai puțin eficiente în scăderea glicemiei, comparativ cu clasele anterioare, reducând HbA1c doar cu 0,5-0,8%. Principalele efecte adverse ale inhibitorilor de alfa-glucozidază sunt cele gastrointestinale.

Tiazolidindionele (agoniștii PPAR γ) cresc insulinosensibilitatea la nivelul musculaturii scheletice, al țesutului adipos și al ficatului. Experiența utilizării lor în monoterapie este limitată, ducând la o reducere a HbA1c cu 0,5-1,4%. Cele mai comune efecte adverse sunt creșterea ponderală, retenția hidrică și incidența crescută a fracturilor (la nivelul piciorului, mâinii și brațului) la pacienții de sex feminin. Tiazolidindionele produc creșterea țesutului adipos subcutanat și reducerea țesutului adipos visceral, în special, a celui hepatic, care este una din cele mai importante cauze de insulinorezistență la persoanele cu DZ tip 2.

Analogii de glucagon-like peptid 1 (GLP-1) sunt o clasă nouă de agenți antihiperglicemianți, care determină o reducere a HbA1c de 0,5-1%, în special, prin scăderea hiperglicemiei postprandiale. Se administrează în injecții subcutanate, o dată sau de două ori pe zi. Nu produc hipoglicemie, în schimb, produc frecvent reacții gastrointestinale (30-45% dintre cazuri). Reduc greutatea corporală cu 2-3 kg în 6 luni.

Inhibitorii dipeptidil peptidazei 4 (DPP-4) inhibă degradarea hormonilor incretinici, determinând stimularea sintezei și secreției de insulină, modularea apetitului prin acțiune la nivelul sistemului nervos central, existând însă și o serie de evidențe, care demonstrează capacitatea lor de preservare a celulei beta pancreatice. Reduc HbA1c cu 0,5-1%.

Agoniștii de amilină sunt utilizați ca adjuvant al insulinoterapiei. Se administrează subcutanat, preprandial, având efect în special în controlul hiperglicemiei post-prandiale și reduc HbA1c cu 0,5-0,7%. Principalul dezavantaj îl reprezintă efectele secundare gastrointestinale (până la 30% din cazuri), efecte responsabile probabil de o reducere în greutate de 1-1,5 kg în 6 luni.

Inhibitorii de SGLT2 generează reducerea reabsorbției renale a glucozei, urmată de excreția urinară a acesteia. Inhibitorii de SGLT2 acționează independent de secreția și acțiunea insulinei. Excreția urinară a glucozei indusă se asociază cu pierderi calorice și reducerea greutateii corporale. Hemoglobina HbA1c are o scădere medie de 0.5-1%.

Bromocriptina cu eliberare rapidă a fost aprobată de Asociația pentru alimente și medicamente (FDA) din SUA în terapia DZ tip 2. Terapia cu bromocriptină se oferă pacienților cu DZ tip 2 insuficient controlați. Optimizarea stilului de viață în monoterapie sau în asociere cu metformină, sulfonilureice, tiazolidindione determină o reducere a valorilor HbA1c, glicemiei bazale, trigliceridelor și a acizilor grași liberi.

Insulina este cea mai eficientă medicație hipoglicemiantă. Folosită în doze adecvate, poate reduce HbA1c până la atingerea țintei terapeutice. De asemenea, insulinoterapia are efecte benefice asupra nivelurilor serice de trigliceride și HDL colesterol, dar se însoțește de un câștig ponderal de aproximativ 2-4 kg, proporțional cu reducerea glicozuriei și corectarea hiperglicemiei. Un alt inconvenient al terapiei cu insulină este riscul apariției hipoglicemiilor.

Analogii de insulină, atât cei cu acțiune lentă, cât și cei rapizi, implică un risc de hipoglicemie mult mai redus comparativ cu insulinele intermediare și regulate, și multe studii au indicat o ameliorare a controlului metabolic, în comparație cu tratamentul cu insulină umană clasică.

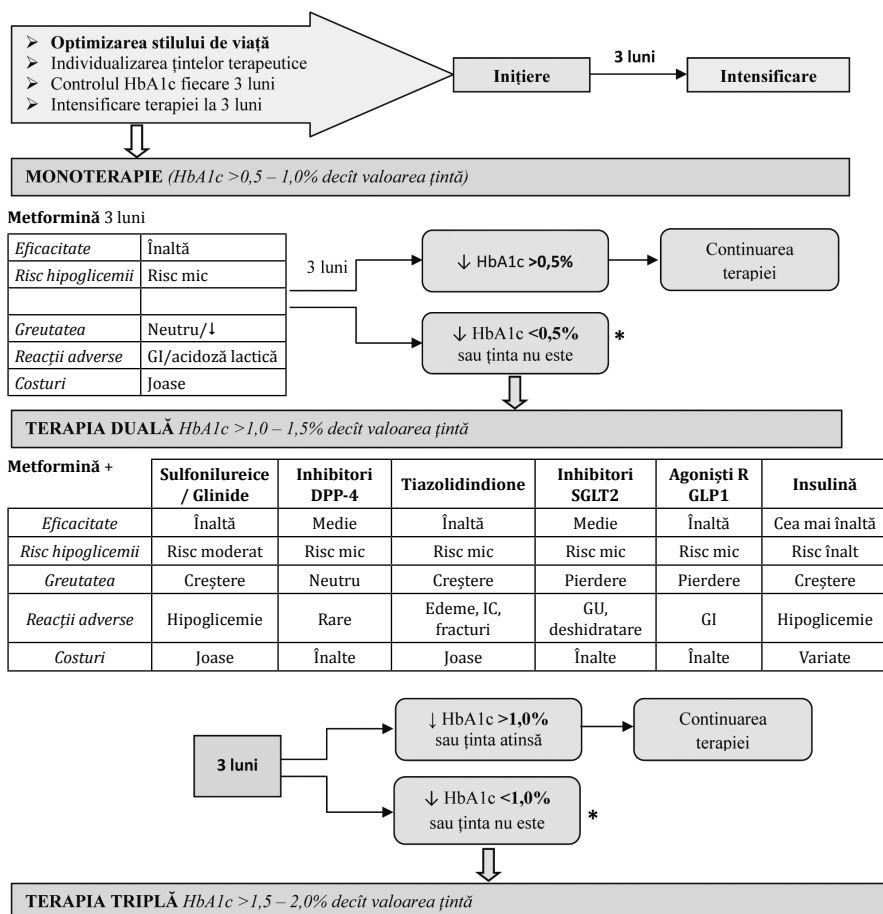
Cea de-a treia treaptă terapeutică se adresează inițierii sau intensificării insulinoterapiei. În cazul în care HbA1c este sub 8%,

se ia în vedere și posibilitatea triplei terapii orale, dar care, din punct de vedere al raportului cost-eficiență, este inferioară inițierii/intensificării insulinoterapiei.

Obiectivul tratamentului antihiperglicemiant este atingerea și menținerea țintelor glicemice, în condiții de siguranță.

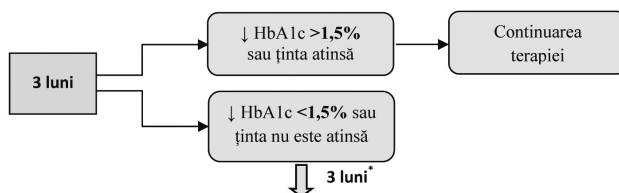
Pacientul va fi monitorizat, eficiența schemei terapeutice va fi apreciată pe baza glicemiei a jeun și postprandiale, iar, în cazuri selecționate, cu ajutorul HbA1c.

Algoritmul terapiei hipoglicemiante în diabetul zaharat tip 2



Metformină +

SU / Glinide +	Inhibitori DPP4 +	Tiazolidindione +	Inhibitori SGLT2 +	AR GLP-1 +	Insulină bazală +	Insulină
TZD	Sulfonilureice	Sulfonilureice	Sulfonilureice	Sulfonilureice	TZD	Cea mai înaltă
sau inh DPP-4	sau TZD	sau inh DPP-4	sau TZD	sau TZD	sau inh DPP-4	Risc înalt
sau inh SGLT2	sau inh SGLT2	sau inh SGLT2	sau inh DPP-4	sau inh SGLT2	sau inh SGLT2	Creștere
sau AR GLP-1	sau Insulină	sau AR GLP-1	sau AR GLP-1	sau Insulină	sau AR GLP-1	Hipoglicemie
sau Insulină		sau Insulină	sau Insulină			Variate



TERAPIA INJECTABILĂ COMBINATĂ (Insulină / AR GLP-1) HbA1c >2,0% decât valoarea țintă

Notă: * Dacă ținta HbA1c nu este atinsă peste 3 luni de terapie, treceți la următoarea etapă (ordinea nu denotă vreo preferință, alegerea depinde de factori specifici pacientului și bolii).

Schemele terapeutice inițiate vor fi menținute doar dacă au condus la atingerea țăntelor terapeutice și trebuie să se insiste asupra modificării stilului de viață. Asocierile medicamentoase și trecerea la o treaptă superioară de tratament sunt necesare atunci când nu se ating țăntele glicemice.

Insulinoaterapia poate fi inițiată la pacientul cu diabet zaharat tip 2 încă din momentul diagnosticului în următoarele condiții: pacienți cu scădere ponderală sau alte semne sau simptome de hiperglicemie severă, sarcină și lactație, intervenții chirurgicale, infecții severe, infarct miocardic, accident vascular cerebral, afecțiuni hepatice și renale într-o fază evolutivă avansată.

1.7. COMPLICAȚIILE CRONICE ALE DIABETULUI

Hiperglicemia cronică favorizează apariția complicațiilor microangiopate (retinopatia, nefropatia, neuropatia) și macroangiopate (infarct miocardic, boala cerebrovasculară, arteropatia periferică).

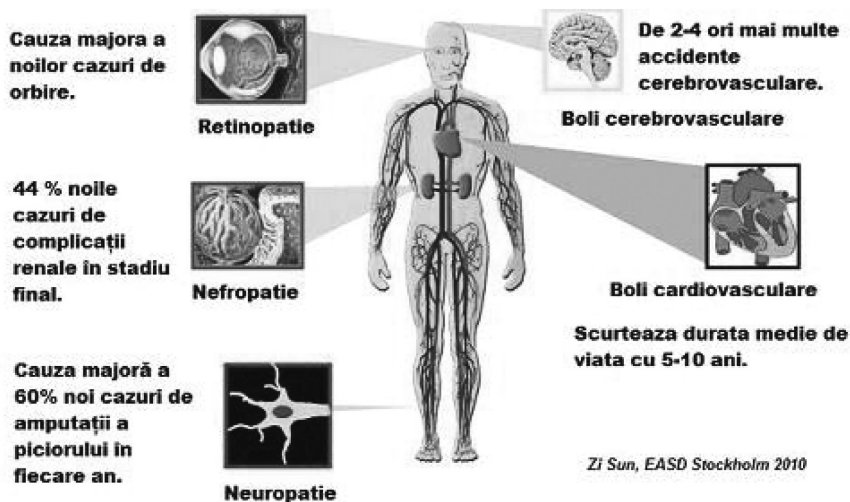


Fig.1.2. Complicațiile cronice ale diabetului

1.7.1. Retinopatia diabetică (RD).

Retinopatia diabetică este o manifestare de microangiopatie diabetică, care afectează teritoriul microcirculației retiniene: capilare, arteriole și venule și reprezintă principala cauză de orbire la persoanele între 20 și 74 de ani. RD apare din mai multe cauze, printre care:

- Durata diabetului zaharat (la pacienții cu DZ tip 1 înainte de vârsta de 30 de ani, incidența RD după 10 ani de evoluție a bolii este de 50 %, iar după 30 de ani – 90 %; apariția complicației la un diabet cu durata de 5 ani este extrem de rară, de asemenea apariția RD înainte de pubertate este rară; în DZ 2, incidența RD nu este neapărat legată de diagnosticul acestuia, pentru că DZ 2 evoluează asimptomatic sau puțin zgomotos până la diagnostic, RD poate fi prezentă chiar în momentul diagnosticului (5 %), incidența crescând până la 60 % după 15 ani de la diagnosticul bolii);
- Realizarea controlului glicemic (în cazul HbA1C de 7 %, apariția RD este întârziată cu ani de zile; în cazul în care pacientul a fost deja diagnosticat cu RD, iar controlul glicemic

se menține precar, riscul agravării retinopatiei și pericolul pierderii vederii sunt mult mai mari, decât la cei cu un control glicemic bun);

- Alte cauze, precum: vârsta; susceptibilitatea genetică; unele perturbări imunologice; tulburări de hemostază; dislipidemiile; activitatea reninei plasmatică; hipertensiunea arterială; fumatul; anemiile și afecțiunile renale; sarcina;
- Cataracta – extracția cataractei la un pacient diabetic cu RD poate duce la agravarea retinopatiei, dacă pacientul nu a fost pregătit corespunzător.

Creșterea permeabilității vasculare și ocluziile vasculare reprezintă principalele modificări patologice ale retinopatiei diabetice. Ca urmare a creșterii permeabilității vasculare din capilare, hematiile, grăsimile, lichidul trec în spațiul retinian extracelular și se exprimă clinic prin hemoragii retiniene, exsudate dure și edem retinian.

Ocluziile vasculare determină apariția zonelor de retină neperfuzată – ischemică. Hipoxia (lipsa oxigenului) și ischemia retiniană declanșează producerea locală de substanțe stimulatoare ale creșterii vasculare încercând, prin formare de vase noi, să atenueze hipoxia și ischemia din zonele neperfuzate. Neovasele pot crește la nivelul papilei nervului optic și/sau la nivelul retinei. Neovasele nu pot atenua perfuzia retiniană, dar produc complicații majore oculare: hemoragii preretiniene și vitreene. Aceste hemoragii determină scăderea acuității vizuale prin hemoragie în corpul vitros, proliferări fibroase, tracțiuni retiniene cu dezlipire de retină și glaucom neovascular.

Maculopatia diabetică (afectarea centrului retinei) este produsă de edemul macular (creșterea grosimii retinei) prin *acumulare de lichid - edematoasă*, hemoragii, microanevrisme, grăsimi și prin *ischemie maculară* (prognostic mai rău). Maculopatia diabetică poate fi *focală* (prognostic mai bun) sau *difuză*. În RD apariția neovaselor și a maculopatiei diabetice are drept urmare scăderea sau chiar pierderea vederii. Aceasta este principala cauză de orbire în țările civilizate la populația cu vârsta între 20 și 65 de ani.

Boala oculară diabetică avansată se manifestă prin: hemoragii preretiniene, hemoragii vitreene, proliferări fibroase, membrane fibrovasculare,dezlipire deretină,rubeoza iriană,glaucom neovascular.

Retinopatia diabetică proliferativă și boala oculară diabetică avansată necesită tratament oftalmologic de urgență.

Retinopatia diabetică are următoarele **stadii**: retinopatie diabetică **neproliferativă (incipientă, medie și avansată)**; retinopatie diabetică **proliferativă**.

Retinopatia diabetică poate fi, mult timp, asimptomatică, adică pacientul nu are simptome vizuale. Atunci când apar deja simptome vizuale, boala este în stadiu avansat și tratamentul efectuat nu poate să îmbunătățească vederea în toate cazurile.

Simptome ale retinopatiei diabetice sunt: modificări de vedere; ochiul roșu și durerea oculară și perioculară; pete sau "muște" în câmpul vizual; vedere încetoșată și senzația de vedere printr-un val sau geam murdar; imagine deformată și distorsionată; dificultăți la scris și citit; amputări ale câmpului vizual (zone întunecate în câmpul vizual); pierderea totală a vederii la un ochi, mai rar puncte întunecate sau luminoase. Toate aceste modificări necesită un control oftalmologic de urgență!

Pacientul cu diabet poate să vadă dublu (diplopie), prin afectarea mușchilor oculari la diabeticii cu neuropatie diabetică și valori glicemice mari. Este necesar consultarea oftalmologică urgentă și echilibrarea glicemiei. Prognosticul vizual poate fi unul bun și diplopia se poate remite în 2-3 luni fără afectarea vederii.

Programul de screening se face în funcție de tipul de diabet și de stadiul RD.

Pacienții cu DZ fără RD trebuie să facă examen oftalmologic o dată pe an.

Pacienții cu DZ tip 1 și tip 2 au următorul program de screening în funcție de stadiul RD:

- Pacienții cu DZ tip 1 pot face primul examen oftalmologic la 3-5 ani de la debutul diabetului.
- Pacienții cu DZ tip 2 trebuie să facă primul examen oftalmologic la diagnosticarea diabetului.

- Pacienții cu RD neproliferativa, stadiul incipient și mediu - examen la fiecare 6 luni.
- RD neproliferativa avansată - examen oftalmologic la fiecare 3-4 luni.

Asocierea maculopatiei diabetice poate să apară în oricare stadiu al retinopatiei diabetice, ceea ce modifică programul de screening și de tratament oftalmologic. Totodată, programul de screening poate fi modificat în funcție de asocierea cu factorii de risc (HTA, afectare renală) și cu alte afecțiuni generale (ex.: hepatită virală etc.) și oculare (ex.: glaucom etc.).

Retinopia diabetică proliferativă se tratează prin panfotocoagularea laser a retinei. Laserul se efectuează cu dilatarea pupilei și nu necesită internare. Se efectuează mai multe ședințe de laser, în funcție de particularitățile pacientului. De obicei, se fac 4 ședințe la interval de 1 lună. Este dovedit clinic că laserul stopează apariția și creșterea de neovase.

Maculopia diabetică se tratează cu laser și/sau injecții intravitreene. Ședințele de laser se efectuează la intervale de timp mai mari decât panfotocoagularea retinei. Terapia laser se asociază, de multe ori, cu injecțiile intravitreene. Injecțiile intravitreene se fac pentru reducerea edemului macular și se folosesc substanțe antiinflamatoare și/sau inhibitorii de VEGF (bevacizumab etc.).

Maculopia diabetică cu componentă tracțională se operează pentru îndepărtarea tracțiunii (vitrectomie). Tomografia maculei (OCT) este utilă pentru diagnosticarea și urmărirea maculopatiei diabetice.

Boala oculară diabetică avansată se tratează prin operație numită vitrectomie. Vitrectomia curăță sângele și membranele fibrovasculare din ochi și repoziționează retina detașată. Vitrectomia se asociază cu laserul și injecțiile intravitreene.

Glaucomul neovascular este o urgență medico-chirurgicală și terapia constă în tratament local și general hipotensor ocular, injecții intravitreene cu substanțe antiVEGF, laser retinian și, în anumite situații, vitrectomie și operație antiglaucomatoasă.

Tratamentele oftalmologice nu pot vindeca retinopia diabetică, dar pot preveni, întârzia, reduce și, uneori, chiar stopa pierderea vederii. De cele mai multe ori, chiar dacă nu se îmbunătățește vederea, oftalmologul poate opri agravarea retinopatiei și a deficitului vizual.

Prognosticul vizual este mai bun la pacienții cu retinopatie diabetică care încep tratamentul, având vedere bună și respectă tratamentul antidiabetic. Monitorizarea pacienților cu diabet se face prin examene oftalmologice periodice, pe toată durata vieții pacientului. La fiecare examen oftalmologic pacientului i se amintește despre importanța echilibrării diabetului și despre tratarea afecțiunilor asociate (HTA, dislipidemie etc.).

Prevenirea orbirii prin retinopatie diabetică se face prin examen oftalmologic periodic (singurul care permite diagnosticarea și tratarea retinopatiei diabetice înainte de reducerea vederii) și prin tratarea corectă a diabetului și a factorilor de risc asociați.

1.7.2. Nefropatia diabetică

Una dintre complicațiile cele mai grave ale diabetului zaharat este afectarea rinichilor. La ora actuală, la aproape jumătate dintre pacienții aflați în programele de dializă, cauza insuficienței renale cronice este diabetul. Incidența nefropatiei diabetice crește odată cu durata diabetului zaharat.

La persoanele cu nefropatie diabetică rinichiul nu mai îndeplinește funcția excretorie. Datorită glicemiei crescute perioade lungi de timp, funcția de filtrare a rinichiului este afectată și în urină trec substanțe importante pentru organism, cum ar fi proteinele. În mod normal, rinichiul elimină în urină doar cantități foarte mici de proteine (sub 30 mg/24 ore), care nu pot fi determinate decât cu metode speciale de laborator. Măsurarea pierderilor urinare de proteine ne dă informații importante asupra gradului de afectare a rinichiului. La pacienții cu nefropatie diabetică aceste pierderi pot fi de câteva grame în zi.

Semne clinice și de laborator în nefropatia diabetică.

Nefropatia diabetică evoluează, de obicei, asimptomatic până în faze avansate, când este posibil să apară:

- Edeme (inițial la nivelul picioarelor, ulterior se extind),
- Creșterea tensiunii arteriale,

- Cantitatea de urină eliminată în 24 de ore inițial poate fi normală, apoi scade progresiv,
- Hipoglicemii (în faze avansate, deoarece rinichii afectați nu pot elimina insulina și antidiabeticele orale),
- Demineralizare osoasă,
- Valori crescute ale ureei, creatininei, acidului uric, colesterolului și ale trigliceridelor,
- Pierderi mari de proteine prin urină.

Depistarea nefropatiei diabetice

Este foarte importantă depistarea nefropatiei diabetice în stadii incipiente. Cu aplicarea unui tratament corect în aceste stadii se poate opri evoluția nefropatiei și chiar se poate determina regresia modificărilor renale. Nefropatia depistată tardiv poate ajunge la insuficiență renală care, în final, va necesita dializă și transplant renal.

Cea mai utilă metodă de depistare este determinarea eliminărilor urinare de proteine. Prima modificare pe care o putem depista este albuminuria moderat crescută (eliminări urinare de proteine între 30 și 300 mg/24 ore); în timp, se poate ajunge la albuminurie severă (>300 mg/24 ore).

Testarea pentru albuminurie se recomandă a se face o dată pe an începând de la:

- pubertate sau după 5 ani de la debutul DZ în cazul persoanelor cu DZ tip 1;
- diagnosticarea DZ tip 2, după ce pacientul a fost echilibrat glicemic.

Verificarea creatininei serice se face o dată în an. Rata filtrării glomerulare se calculează în funcție de creatinina din sânge, vârstă și sex; ea ne arată capacitatea rinichilor de a elimina toxinele din sânge.

Tratamentul nefropatiei diabetice include:

- Controlul cât mai bun al glicemiei și al tensiunii arteriale.
- Tratamentul dislipidemiei și al obezității.
- Oprirea fumatului.
- În tratamentul pacienților cu albuminurie moderată sau severă (cu excepția gravidelor) se vor utiliza inhibitori

ai enzimei de conversie a angiotensinei sau un blocant al receptorilor pentru angiotensină.

- Reducerea consumului de sare.
- Uneori, este necesară și reducerea consumului de proteine, care se găsesc, în principal, în carne, brânzeturi, fasole uscată și soia. Este recomandată reducerea aportului proteic până la 1 g/kg corp/zi la pacienții cu diabet zaharat și boală renală cronică în stadii avansate.
- În stadiile avansate, medicul nefrolog poate indica hemodializa, dializa peritoneală, transplantul renal sau transplantul combinat de pancreas și de rinichi.

1.7.3. Neuropatia diabetică

Afectarea sistemului nervos periferic, somatic și vegetativ, este una dintre cele mai frecvente complicații cronice ale diabetului zaharat. Neuropatiile diabetice sunt heterogene, cu manifestări clinice diverse, cele mai frecvente fiind: polineuropatia diabetică periferică simetrică, senzitivă motorie și neuropatia autonomă.

Consecințele clinice majore ale polineuropatiei se referă la o simptomatologie tipică, în cadrul căreia formele hiperalgice pot fi uneori invalidante pentru pacient, pe de o parte, iar pierderea sensibilității protective a picioarelor crește riscul pentru ulceratii și amputații. Aproximativ 60-70% dintre pacienții cu DZ prezintă forme medii sau severe de neuropatie. Recunoașterea precoce și managementul neuropatiei la pacienții diabetici sunt importante deoarece:

- neuropatiile non-diabetice pot fi prezente la pacienții cu DZ și pot fi tratabile;
- există o serie de opțiuni terapeutice pentru neuropatia diabetică simptomatică;
- până la 50% dintre polineuropatiile diabetice pot fi asimptomatice și pacienții respectivi prezintă un risc crescut de a nu conștientiza leziunile la nivelul picioarelor;
- neuropatia autonomă poate interesa toate aparatele și sistemele organismului;
- neuropatia autonomă cardiovasculară cauzează morbiditate și mortalitate substanțiale.

În momentul de față nu există un tratament specific al leziunilor nervoase subiacente, altul decât îmbunătățirea controlului glicemic, care poate încetini progresarea, dar care nu anulează distrucția neuronală deja prezentă.



Foto 1. Leziuni neuropatice în DZ

Toți pacienții diabetici trebuie investigați pentru polineuropatie distală simetrică în momentul diagnosticului și, ulterior, cel puțin anual, folosind teste clinice simple. Testele electrofiziologice se recomandă în situațiile în care manifestările clinice sunt atipice.

Screening-ul semnelor și simptomelor de neuropatie autonomă trebuie efectuat din momentul diagnosticului DZ tip 2 și la 5 ani după diagnosticul DZ tip 1.

Manifestările clinice majore ale neuropatiei diabetice autonome includ: tahicardia de repaus, intoleranța la efort, hipotensiunea ortostatică, constipația, gastropareza, disfuncția erectilă, disfuncția sudo-motorie, disfuncția neurovasculară, diabetul zaharat labil și insuficiența autonomă hipoglicemică. Se recomandă terapie farmacologică pentru ameliorarea simptomelor specifice deoarece acestea ameliorează calitatea vieții pacienților.

1.7.4. Îngrijirea piciorului diabetic

Piciorul diabetic reprezintă o asociere de modificări rezultate din polineuropatia periferică, arteriopatie, traumatisme minore, suprainfecții, deformări ale picioarelor, care au ca element comun riscul pentru ulcerații și/sau amputații ale membrelor inferioare. Prevenirea și tratamentul precoce și corect al ulcerațiilor poate reduce cu 50-80% numărul amputațiilor. Aceasta se poate realiza numai cu ajutorul unei echipe multidisciplinare care include: medicul de familie, endocrinologul, chirurgul, neurologul, ortopedul, asistentele specializate și, evident, pacientul.

Traumele minore (produse de tăierea incorectă a unghiilor, încălțăminte nepotrivită, calusuri ulcerate), recunoașterea tardivă a leziunilor (de către pacient sau de către medic), tulburările de vedere și de mers, alterarea sensibilității periferice, izolarea socială și lipsa de complianță a unor pacienți, sunt factori de risc importanți pentru ulcerații și amputații.

Următoarele condiții se asociază cu risc crescut de amputație:

- neuropatia periferică cu pierderea sensibilității dureroase,
- biomecanica alterată (în prezența neuropatiei),
- semne de presiune crescută (eritem, hemoragie subiacentă unui calus),
- puls pedios slab sau absent,
- istoric de ulcere sau amputații,
- patologie unghială severă.

Toate persoanele cu DZ vor fi supuse anual unui examen minuțios al piciorului, pentru a identifica factorii predictivi de ulcere sau amputații. Toți pacienții diabetici trebuie să primească instrucțiuni generale privind îngrijirea piciorului diabetic. Pacienții care fumează, cei cu sensibilitate scăzută și anomalii structurale sau antecedente de complicații la nivelul extremităților inferioare, vor fi îndrumați la specialistul în îngrijirea piciorului diabetic pentru asistență profilactică permanentă și supraveghere continuă.

Screeningul inițial pentru boala arterială periferică trebuie să includă istoricul de claudicație și evaluarea pulsului la nivelul

arterei pedioase. Se va lua în considerare indicele gleznă – braț, deoarece majoritatea pacienților cu boală arterială periferică sunt asimptomatici. Pacienții cu antecedente semnificative de claudicație intermitentă sau cu indicele gleznă – braț pozitiv vor face investigații ale funcției vasculare și vor lua în considerare activitatea fizică, medicația și opțiunile de tratament chirurgical.

1.7.5. Boala cardiovasculară

Boala cardiovasculară reprezintă principala cauză de morbiditate și mortalitate la pacienții cu diabet. Afecțiunile frecvente care coexistă cu DZ tip 2 (hipertensiunea arterială și dislipidemia) sunt factori de risc recunoscuți pentru boala cardiovasculară, iar diabetul reprezintă un risc independent în sine. Numeroase studii au evidențiat eficacitatea controlului factorilor de risc cardiovasculari pentru prevenirea sau încetinirea bolii cardiovasculare la pacienții diabetici.

Controlul tensiunii arteriale

Hipertensiunea arterială (HTA) este întâlnită la 30-50% dintre pacienții cu DZ tip 2 și este frecvent asociată cu alte complicații macro- și microvasculare. HTA este asociată cu insulinorezistența și alte elemente ale sindromului metabolic (obezitate abdominală, dislipidemie, boli cardiovasculare). HTA este considerată unul dintre cei mai importanți factori de risc cardiovascular, iar prezența diabetului zaharat îi agravează prognosticul și riscul de deces.

Screening și diagnostic. Măsurarea tensiunii arteriale se efectuează la fiecare consultație de rutină după repaus de minim 5 min., în poziție șezândă. La pacienții la care se descoperă o tensiune arterială sistolică ≥ 130 mmHg sau o tensiune arterială diastolică ≥ 80 mmHg valorile trebuie confirmate în altă zi. Repetarea unei valori ≥ 130 mmHg pentru tensiunea arterială sistolică sau ≥ 80 mmHg pentru tensiunea arterială diastolică confirmă diagnosticul de hipertensiune arterială.

Controlul tensiunii arteriale, cu menținerea valorilor TA $< 130/80$ mmHg reprezintă una din țintele terapeutice urmărite la pacientul cu diabet zaharat.

Tratament. Pacienții cu o tensiune arterială sistolică de 130 - 139 mmHg sau cu o tensiune arterială diastolică de 80 - 89 mmHg pot beneficia de intervenții ce vizează modificarea stilului de viață (scădere ponderală, dietă hiposodată, reducerea consumului de alcool, combaterea sedentarismului) timp de maxim 3 luni, iar ulterior, dacă valorile țintă nu sunt atinse, trebuie asociați agenți farmacologici. Pacienții cu valori ale tensiunii arteriale $\geq 140/90$ mmHg trebuie să administreze terapie farmacologică, alături de intervenții ce vizează modificarea stilului de viață. Inițierea terapiei hipotensive la pacienții diabetici se recomandă a fi cu inhibitori ai enzimei de conversie ai angiotensinei sau un blocant al receptorilor pentru angiotensină. Dacă una din clase nu este tolerată, atunci va fi înlocuită cu alta, pentru atingerea valorilor țintă ale tensiunii arteriale. Sunt preferate cele neutre din punct de vedere metabolic (blocantele canalelor de calciu, diureticele). Utilizarea inhibitorilor enzimei de conversie a angiotensinei, a blocanților receptorilor pentru angiotensină, diureticelor impun monitorizarea atentă a funcției renale și a nivelului seric de potasiu.

Managementul dislipidemiei

Pacienții cu DZ au o prevalență crescută a anomaliilor lipidelor. Numeroase studii clinice au evidențiat efectele benefice ale terapiei farmacologice asupra evenimentelor cardiovasculare la subiecții cu boală cardiacă ischemică sau în prevenția primară a bolii cardiovasculare. Analiza subgrupurilor de pacienți diabetici și studiile specifice subiecților cu diabet au demonstrat beneficiile, în ceea ce privește prevenția evenimentelor cardiovasculare.

Screening. La majoritatea pacienților adulți profilul lipidic a jeun va fi evaluat cel puțin o dată pe an.

Obiective:

- obiectivul primar - nivelul LDL-colesterolului < 100 mg/dl (2.60 mmol/l), iar la pacienții cu boală cardiovasculară aterosclerotică documentată, respectiv pacienții cu risc cardiovascular mare, LDL-colesterol < 75 mg/dl,
- obiective dezirabile - nivelul trigliceridelor < 150 mg/dl (1.7 mmol/l), și nivelul HDL – colesterolului > 40 mg/dl (1.0 mmol/l) la bărbați și > 50 mg/dl (1.3 mmol/l) la femei.

Intervențiile ce vizează modificarea stilului de viață (scădere ponderală, reducerea aportului de grăsimi saturate de tip trans și colesterol, creșterea activității fizice) sunt necesare pentru îmbunătățirea profilului lipidic al pacienților cu diabet zaharat. Terapia cu statine trebuie asociată modificărilor stilului de viață indiferent de valorile inițiale ale lipidelor la pacienții diabetici cu boală cardiovasculară manifestă și la cei fără boală cardiovasculară, dar în vârstă de peste 40 de ani, care prezintă unul sau mai mulți factori de risc pentru boala cardiovasculară. Hipertrigliceridemia severă poate necesita tratament imediat prin modificarea stilului de viață și terapie farmacologică (derivați de acid fibric și niacină) pentru reducerea riscului de pancreatită acută. Terapia combinată cu statine și alți agenți hipolipemianți poate fi luată în considerare pentru a obține valorile țintă ale lipidelor.

Agenții antiplachetari

Acidul acetilsalicilic a fost recomandat pentru prevenția primară și secundară a evenimentelor cardiovasculare la pacienții diabetici. Doza utilizată în majoritatea studiilor a fost între 75 și 162 mg/zi. Există puține dovezi care să sprijine o anumită doză, dar utilizarea celei mai mici doze ar putea reduce rata efectelor secundare. Terapia cu clopidogel (75 mg/dl) trebuie luată în considerare ca alternativă terapeutică la pacienții cu intoleranță la acid acetilsalicilic.

Terapia cu acid acetilsalicilic se va utiliza ca strategie de prevenție primară la persoanele diabetice cu risc cardiovascular crescut (bărbați în vârstă de > 50 de ani sau femei > 60 de ani, care au cel puțin încă un factor adițional de risc major – istoric familial de boala cardiovasculară, hipertensiune arterială, fumat, dislipidemie sau albuminurie).

Terapia cu acid acetilsalicilic se va utiliza ca strategie de prevenție secundară la persoanele diabetice cu antecedente de boală cardiovasculară.

Pentru pacienții cu risc înalt și alergie la aspirină o alternativă rezonabilă pot fi alți agenți antiplachetari.

Screening-ul si tratamentul bolii cardiace ischemice

Factorii de risc cardiovasculari trebuie evaluați cel puțin anual și aceștia includ: hipertensiunea arterială, dislipidemia, fumatul, istoricul familial de boală coronariană precoce și prezența albuminuriei moderate sau severe. Este necesară o examinare cardiologică detaliată în prezența simptomelor cardiace tipice sau atipice și/sau a unei electrocardiograme de repaus anormale.

La pacienții cu boală cardiovasculară cunoscută trebuie utilizat un inhibitor al enzimei de conversie a angiotensinei, acid acetilsalicilic și o statină (dacă nu există contraindicații).

La pacienții cu un infarct miocardic în antecedente administrarea de beta-blocante trebuie continuată cel puțin 2 ani de la eveniment.

La pacienții cu insuficiență cardiacă simptomatică, utilizarea tiazolidionelor trebuie evitată.

Metformina poate fi utilizată la pacienții cu insuficiență cardiacă stabilă, în condițiile unei funcții renale normale.

1.8. COMPLICAȚIILE ACUTE ÎN DIABETUL ZAHARAT

1.8.1. Hipoglicemia

Hipoglicemia apare ca urmare a tratamentului diabetului zaharat cu insulina sau ADO.

Simptomele hipoglicemiei sunt cauzate fie de lipsa glucozei la nivelul creierului, fie de răspunsul sistemului nervos vegetativ la scăderea glicemiei din sânge.

Circumstanțe de apariție:

- Amânarea, omiterea sau chiar uitarea unei mese, aport alimentar insuficient
- supradozaj insulinic sau unor ADO
- efort fizic intens si prelungit
- accelerarea absorbției insulinei (injectarea intr-o zona supusa efortului muscular intens, baie calda după injectare)

- anumite boli de ficat, rinichi
- consumul de alcool

Principalele simptome

Manifestările sunt variate și foarte multe, unele pot să fie chiar confundate cu accidentul vascular cerebral:

- Dureri persistente de cap, migrene;
- Tahicardie
- Senzația de greață însoțită uneori și de vărsături;
- Oboseala inexplicabilă;
- Manifestări agresive;
- Prezența palorii pielii;
- Transpirații reci;
- Creșterea tonusului muscular;
- Tensiune arterială crescută;
- Hiperreactivitate osteo-tendinoasă;
- Stări de confuzie;
- Tulburări de vorbire sau de vedere.

Nu toți pacienții prezintă manifestări sau simptome în cazul unei hipoglicemii, iar unii pot să-și piardă cunoștința.

Există **3** tipuri de hipoglicemii

Hipoglicemie **ușoară**: - atunci când simptomele nu sunt atât de evidente sau de intense, iar situația se rezolvă prin administrarea unor pliculețe de zahăr.

Hipoglicemia **moderată**: simptomele sunt persistente și evidente, iar pacientului îi este indicat să consume imediat zahăr sau glucoza.

Hipoglicemia **severă**: este o stare foarte gravă deoarece pacientul cu DZ este inconștient, în astfel de cazuri se cere ajutor specializat.

Hipoglicemia reprezintă principalul factor limitativ în managementul glicemic al DZ tip 1 și DZ tip 2.

Glucoza (15 - 20 gr) – este tratamentul preferat la persoanele conștiente cu hipoglicemie. Tratamentul trebuie repetat dacă la 15 min. de la administrarea glucozei valorile glicemiei se mențin scăzute. Odată ce valorile glicemice revin la normal, persoana trebuie să consume o gustare sau să ia masa, pentru a reduce riscul apariției unei hipoglicemii.

Glucagonul se recomandă a fi prescris tuturor pacienților cu risc semnificativ de hipoglicemie severă.

1.8.2. Cetoacidoza diabetică

Cetoacidoza este provocată de insulinopenia relativă sau absolută care se instalează ca urmare a acțiunii unui factor declanșator: accident vascular, infecții, afecțiuni chirurgicale, întreruperea tratamentului medicamentos / insulinic, traumă psihică majoră etc. Toți acești factori au rol hiperglicemiant și cetogen, antrenând lipoliză cu producție masivă de corpi cetonici. Tabloul clinic este determinat de deshidratarea și de scăderea pH-ului sanguin cu tot cortegiul simptomatic: poliurie, polidipsie, vărsături, dureri abdominale, astenie extremă. Tabloul biologic este caracterizat de: hiperglicemie, cetonemie și cetonurie și acidoză metabolică.

La examenul clinic se constată tegumente uscate, limbă saburală, tendință la hipotensiune, respirație cu miros de acetonă, dezorientare, care poate să progreseze până la comă în lipsa tratamentului. Orice modificare a stării generale la un pacient diabetic poate fi un semn al cetoacidozei diabetice. Cu ajutorul determinărilor rapide ale glicemiilor și corpurilor cetonici urinari se poate depista un dezechilibru metabolic.

O hiperglicemie > 300 mg/dl (16 mmol/l) și reacția corpurilor cetonici ++ / +++ în urină sunt necesare și suficiente pentru diagnosticul de cetoacidoză. Aceasta constituie o urgență metabolică. Se montează o perfuzie cu ser fiziologic și pacientul va fi trimis de urgență la cea mai apropiată unitate specializată (endocrinologie).

1.9. MIJLOACE DE APRECIERE A GRADULUI DE CONTROL AL BOLII

Există criterii diferite pentru aprecierea gradului controlului glicemic, atât pe termen scurt (o zi), cât și pe termen lung (4-8 săptămâni).

- Pe termen scurt – este necesar profilul glicemic pe parcursul unei zile, realizat prin determinări repetate ale glicemiei (la interval de 3 ore). Dozarea unei glicemii à jeun/preprandial/după masă, la interval de zile, săptămâni sau luni, nu ne vorbește despre compensarea diabetului în general (ci doar în momentul respectiv).
- Pe termen lung – aprecierea echilibrului metabolic este oferită de dozarea HbA1c, parametru retrospectiv ce „arată” media glicemiilor din ultimele 6-8 săptămâni. Cea mai bună apreciere o dă combinația dintre profilul glicemic și HbA1c. Prognosticul imediat al DZ este bun, însă cel tardiv este încă umbrat de riscul instalării complicațiilor cronice. Peste 70% dintre diabeticii cu o durată de evoluție a DZ de peste 30 de ani au microangiopatie.

La copiii la care debutul DZ s-a produs înaintea vârstei de 12 ani, riscul handicapului vizual, înainte de vârsta de 40 de ani, și cel al afectării renale, înainte de 50 de ani, este crescut. Prevenirea complicațiilor cronice constituie scopul principal al diabetologiei pediatrice.

Conform studiului nord american DCCT, tratamentul intensiv reduce incidența retinopatiei cu 50%, albuminuriei moderate cu 43%, iar neuropatiei cu 60%. Așadar, singura metodă actuală de prevenire a complicațiilor cronice este obținerea și menținerea unui echilibru glicemic și metabolic cât mai bun.

Bibliografia:

1. Diabetul zaharat tip 2 ghid terapeutic pentru medicul de familie. Suport de curs oferit de Comisia de Specialitate a MSP Diabet si Endocrinologie. 2009.
2. Diabetul zaharat necomplicat. Protocol clinic național. PCN-33. Chișinău 2012.
3. Ghid medical pentru îngrijirea pacienților cu diabet zaharat, 2016. MONITORUL OFICIAL nr. 179 bis din 10 martie 2016
4. National Guideline Clearinghouse American Association of Clinical Endocrinologists medical guidelines for clinical practice for the management of diabetes mellitus. Prevention of type 2 diabetes mellitus. The American Association of Clinical Endocrinologists. Accesat la <https://www.aace.com/publications/guidelines>

5. Garber AJ, Abrahamson MJ, Barzilay JI et al. Consensus statement by the american association of clinical endocrinologists and american college of endocrinology on the comprehensive type 2 diabetes management algorithm – 2017 executive summary. *Endocr Pract.* 2016 Jan;22(1):84-113. doi: 10.4158/EP151126.CS.
6. Holmer HK, Haley K, Ogden LA et al. Quality of Clinical Practice Guidelines for Glycemic Control in Type 2 Diabetes Mellitus. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0058625>
7. Diabetul zaharat gestațional - ghid clinic. Societatea română de diabet nutriție și boli metabolice, 2013.

COMUNICAREA EFICIENTĂ ÎN RELAȚIA CU PACIENTUL

2.1. CONCEPTUL DE RELAȚIE SOCIALĂ MEDIC-PACIENT

Comunicarea este parte componentă a psihologiei. Totuși, de rând cu psihologii, un rol important în lupta cu boala o au lucrătorii medicali, mai cu seamă, atunci când pacienții diagnosticați cu diabet zaharat pot declanșa stări de anxietate, chiar și depresie.

Pentru menținerea unei stări psihoemoționale mai bune a bolnavului, lucrătorul medical, pe lângă faptul că își va exercita obligațiile pentru tratament, va trebui să aplice cu iscusință abilitățile de comunicare. O buna comunicare este o condiție, fără de care desfășurarea actului medical de calitate este un proiect irealizabil. Anume prin comunicarea cu pacienții va fi posibilă ușurarea stării emoționale a bolnavului, încurajându-l, formându-i cunoștințe, abilități de a înfrunta boala. Comunicarea corectă înseamnă că lucrătorul medical va putea găsi modalitatea, cu ajutorul cuvântului, ca să predispună pacientul să asculte, să îndeplinească cele recomandate de specialist. La rândul sau, lucrătorul medical trebuie să aibă răbdare să asculte pacientul, creând un climat psihologic binevoitor. De calitatea interacțiunii lucrătorului medical cu pacientul bolnav depinde satisfacția bolnavului de diabet, complianța la tratament și controlul bolii.

De cele mai multe ori, lucrătorul medical nu are timp și nici abilități și cunoștințe suficiente de a-și asculta pacientul și de a lua în considerație starea emotivă a acestuia. Sunt frecvente cazurile când medicul poartă discuția, oferind explicații într-un limbaj tehnic, specializat, ceea ce îngreunează înțelegerea mesajului de către pacient. Totuși, experiența unei bune relații înseamnă înțelegere și

încredere între lucrătorul medical și pacient, ceea ce poate fi realizat prin comunicare.

Este important de accentuat că, lucrătorii medicali lucrează cu oameni și nu cu sindroame patologice, iar oamenii bolnavi sunt influențați complex de factorii biologici, forțele psihologice și condițiile sociale. Orice lucrător medical, pe lângă cunoștințele despre starea medicală a pacientului, trebuie să fie familiarizat cu starea psihologică individuală a acestuia.

2.1.1. Perceperea bolii și a rolului de bolnav

Atitudinea omului bolnav față de boala sa este un termen folosit pentru a descrie reacțiile pacientului la trăirea lui de a fi bolnav. Unii descriu acest comportament ca ***rol de bolnav***, cel pe care societatea îl atribuie persoanei bolnave deoarece ea/el este bolnav(ă). Caracteristicile rolului de bolnav cuprind unii factori care reprezintă pretexte pentru neasumarea responsabilității și așteptărilor de a fi ajutat pentru a se face mai bine.

În literatura de specialitate sunt descrise cinci stadii ale comportamentului de boală, și anume:

- Apariția pe scenă a simptomului (ceva nu e în regulă);
- Asumarea stadiului de *rol de bolnav* (cineva are nevoie de doctor);
- Faza de contact medical (se caută un doctor);
- Etapa de rol de pacient dependent (decizia de a transfera controlul către medic și de a urma tratamentul prescris);
- Vindecarea (faza de reabilitare, renunțarea la rolul de pacient).

Comportamentul față de boală și rolul de bolnav sunt influențate de experiența anterioară a persoanei față de îmbolnăviri și de convingerile culturale despre boală (inclusiv privind problema specifică). Totodată, sunt importante relația dintre îmbolnăvire și evenimentele familiare, statutul social și identitatea etnică a pacientului. Atitudinile persoanei vor reieși din cultura la care

aparține, abordarea conceptelor de dependență și deznădejde, fapt ce va influența mult modalitatea prin care o persoană va cere ajutor. Aceasta va fi direct dependentă de tipul de personalitate a pacientului și semnificația care este personal atribuită bolii ca experiență (episoade anterioare de boală, în special afecțiuni cu severitate standard (ex.: nașteri, litiază, intervenții chirurgicale etc.) și, până la urmă, perceperea conceptului de boală, ca atare.

Boala ca și concept a parcurs o lungă evoluție odată cu dezvoltarea medicinei convenționale. În același timp, în pofida unor definiții consacrate, fiecare persoană contemporană își formează o proprie înțelegere (conceptualizare) a bolii în funcție de momentul de viață, particularitățile de personalitate, cunoștințele acumulate – toate acestea fiind în mod direct sau indirect determinate de contextul sau factori culturali. Unii autori (*Cosman D.*) vorbesc despre următoarele semnificații ale bolii:

1. Boala percepută ca un eveniment al vieții, inoportun și nedorit, dar firesc. Oricine se poate îmbolnăvi. O asemenea concepție se bazează pe cunoștințe medicale, pe experiențe și trăiri proprii.
2. Boala percepută ca o entitate de sine stătătoare, care există independent de organismul care o găzduiește și care atacă din exterior, sau care este indusă din exterior de un dușman, prin vrajă, magie sau posesiune malefică. Conceperea bolii ca un „rău” indus este o expresie a gândirii mitice, specifice culturilor antice/animiste. În limitele unei asemenea conceptualizări mulți pacienți se consideră victime, fără vină, a unor forțe sau acțiuni obscure.
3. Boala percepută ca o situație rușinoasă dat fiind că:
 - a) determină implicit o deteriorare funcțională și o incapacitate de realizare a obligațiilor de rol (obligații profesionale, sociale, familiare etc.);
 - b) poate fi pusă în legătură cu o boală puternic invalidantă, care poate conduce la pierderea independenței și demnității ca percepție;
 - c) poate fi pusă în legătură cu o boală condamnată din punct de vedere social-cultural (ex.:SIDA, bolile venerice);
 - d) poate fi interpretată ca un semn al carmei negative.

4. Boala percepută ca „un semn al voinței divine”. În cadrul acestei viziuni boala poate fi înțeleasă ca:
 - a) „pedeapsă meritată” pentru săvârșirea unui păcat;
 - b) „pedeapsă binecuvântată”, care i-a fost dată omului nu pentru un păcat săvârșit, dar pentru a-l salva de la comiterea unor păcate;
 - c) o „încercare” divină, ca un test al credinței.

Modul în care individul își percepe boala influențează acțiunile acestuia în raport cu ea. Cei care își percep boala ca pe un eveniment firesc o acceptă și intră ușor într-o relație cooperantă cu medicul, adoptă o atitudine de conformitate cu procedurile de investigare și tratament. Cei care percep boala ca pe un fenomen indus de factori externi caută izbăvirea nu în medicina convențională, ci mai curând în cea alternativă, populară, mistică. Pacienții care resimt boala ca pe un semn al voinței divine adoptă o atitudine pasivă față de boală, de neintervenție în voința divină („*lasă în voia Domnului*”). Deseori nu apelează la mijloacele medicinei contemporane, ci la rugăciune și meditație.

Prin urmare, am putea spune că particularitățile culturale influențează modul de înțelegere a bolii (de conceptualizare a ei), iar acesta determină specificul trăirii bolii și consecutiv deciziile luate cu privire la aplicarea/ neaplicarea unor tratamente (inclusiv mod de viață).

Sunt recomandate câteva întrebări-cheie, care pot fi puse pentru a provoca răspunsuri explicative din partea pacientului și care ne-ar oferi o imagine clară cu privire la comportamentul față de boală a acestuia, și anume:

1. *Care este problema dumneavoastră?*
2. *Ce credeți că a provocat-o?*
3. *De ce credeți că a început în acel moment?*
4. *Prin ce vă supără boala?*
5. *Cât de severă este? Ce evoluție a avut?*
6. *De ce vă temeți cel mai mult în legătură cu suferința dumneavoastră?*
7. *Care sunt dificultățile esențiale pe care boala vi le provoacă?*

8. *Ce fel de tratament ar trebui să primiți? Care sunt cele mai importante rezultate pe care le așteptați de la tratament?*
9. *Ce ați făcut până acum pentru a vă trata boala?*

REȚINEȚI! Pașii importanți în organizarea furnizării informațiilor către pacient sunt:

- Oferirea de informații pacientului într-un mod în care acesta poate să le înțeleagă.
- Verificarea nivelului de înțelegere al pacientului.
- Identificarea indiciilor verbale și non-verbale referitoare la credințele, reacțiile și sentimentele pacientului.
- Încurajarea pacientului să se bazeze pe propriile forțe și să își asume responsabilități.
- Oferirea de ajutor pentru viitor și a unui plan de urmărire.

Este important de menționat că comunicarea cu pacientul depinde mult și de genul acestuia. Există norme impuse de societate pentru ambele sexe. Genul include simbolurile, valorile și comportamentele predeterminate, asociate fiecărui sex, fiind, deci, o construcție socială. Genul este cel care ne spune, în diverse moduri, ceea ce ar trebui să fim în societate, ne modelează atitudinile și opiniile despre ceea ce este feminin și masculin, cine este femeia și cine este bărbatul, în plan comportamental. Astfel, în societate există comportamente *acceptate* pentru fiecare sex. Aceste comportamente se numesc *roluri de gen*. Atât femeile, cât și bărbații sunt limitați în ceea ce privește comportamentul, responsabilitățile și opțiunile lor în viață, din cauza rolurilor și responsabilităților care le sunt impuse de cultura căreia îi aparțin.

Medicii ar trebui să înțeleagă rolurile impuse de gen în societatea sau cultura la care aparține pacientul, precum și relațiile lui sociale care rezulta din realizarea acestor roluri. Astfel, medicul ar putea să ofere pacienților opțiuni care sunt cât mai apropiate de situația lor particulară.

2.1.2. Factori perturbatori ai comunicării

Factor perturbator al comunicării, poate fi orice element sau circumstanță care împiedică atingerea obiectivelor unei comunicări eficiente. În funcție de sursă, aceștia pot fi clasificați în trei categorii:

a) Bariere de comunicare datorate circumstanțelor:

- Lipsa spațiului (localului) adecvat pentru organizarea consultației.
- Lipsa timpului suficient (graba medicului).
- Zgomote suplimentare, prezente în timpul comunicării.
- Iluminarea - slaba iluminare împiedică recepționarea comunicării non-verbale.
- Poziționarea vorbitorului în raport cu ascultătorul.

b) Bariere în comunicare datorate pacientului/familiei:

- Deficiențele verbale (ex.: bâlbâiala), deficiențele acustice (surditatea) ale pacientului.
- Neînțelegerea diagnosticului, oportunităților terapeutice și a prognosticului, generată de noutatea informației obținute de la medic sau /și condițiile de stres fizic și emoțional în care se află pacientul/familia.
- Lipsa unor cunoștințe sociale, culturale, spirituale referitoare la boală. Experiențe anterioare legate de boala unor persoane apropiate poate rezulta în refuzul de a recunoaște severitatea bolii.
- Extenuarea fizică și emoțională a pacientului/familiei, generată de suferința îndelungată, descrește abilitățile de concentrare, înțelegere și luare a deciziilor.

c) Bariere comunicative generate de medic:

- Lipsa cunoștințelor de comunicare (lipsa programelor educative pe țară în domeniul comunicării medicale).
- Folosirea unui vocabular prea tehnic, formularea și construcția frazelor departe de înțelesul pacientului.
- Experiența personală a medicului legată de boala unei persoane dragi.
- Extenuarea fizică și emoțională a medicului îi poate afecta

abilitatea de a manifesta empatie și compasiune.

- Temeri personale ale medicului legate de boală, conștientizarea propriei probleme.
- Frica medicului că va spune ceva ce nu va fi înțeles de pacient, teama de reacțiile emoționale ale pacientului, determinată de cunoștințe insuficiente cu privire la înțelegerea reacțiilor emoționale, modalitățile de control și gestionare a lor, de modul de a manifesta empatie.
- Teama de propriile izbucniri emoționale, din cauza gândului că manifestarea emoțiilor este un semn de slăbiciune.
- Teama de a nu fi blamat pentru rolul de mesager al veștii proaste.
- Presupunerea subiectivă influențează calitatea comunicării (medicul crede că ascultătorul este ostil sau indiferent de mesajul prezentat).

2.2. COMUNICAREA ÎN FUNCȚIE DE TIPOLOGIA PACIENTULUI

În funcție de tipologia pacientului aflat în relație cu personalul medical se folosesc diverse moduri specifice de comunicare. Realizarea eficientă a activităților în contextul îngrijirilor medicale depinde în mare măsură de adaptarea actului comunicativ la particularitățile psiho-sociale ale pacientului.

2.2.1. Profilul psihosocial al pacientului

În funcție de profilul psihosocial, sunt evidențiate mai multe tipuri de pacienți și moduri oportune de interacționare cu ei:

- **Pacientul dramatic** – este pacientul care manifestă răspunsuri emoționale exagerate la boală, el simte nevoia acută de a fi susținut, îngrijit, îmbărbătat, învățat cu un nou stil de viață. În decursul asistării medicale el poate manifesta conduite regresive din perioada infantilă, iar medicul trebuie să fie atent să nu lezeze demnitatea lui în asemenea circumstanțe.

- **Pacientul anxios** – este pacientul cu pretenții excesive, cu nevoie acută de prezență și atenția cadrelor medicale. Ținând cont de nevoia de securitate a acestui pacient, medicul poate adapta o tactică mai directă, totodată, ținând cont de orice amănunt semnalat de pacient.
- **Pacientul depresiv** – este pacientul care are nevoie de timp pentru a-și exprima suferința. El, de asemenea, are nevoie să știe că este cineva căruia îi pasă de el și așteaptă încurajări de la personalul medical, familie, prieteni. În cazul pacienților depresivi o comunicare eficientă cu familia facilitează adaptarea la nevoile pacientului, iar aceasta, la rândul său, poate duce la diminuarea emoțiilor negative ale pacientului și la înlocuirea lor cu speranța.
- **Pacientul obsesional** – este tipul cel mai solicitant de pacient, dat fiind că el are așteptări crescute față de el și față de alții. Pune multe întrebări despre boală și tratament; vrea să fie informat despre cele mai mici amănunte; deseori nu acceptă tratamentul până nu-l înțelege cu exactitate.
- **Pacientul suspicios** – este pacientul cu încredere scăzută față de orice autoritate. Are mereu senzația că nu are cel mai bun tratament, că diagnosticul nu este real. Fiind nemulțumit permanent reproșează ceva. Cea mai bună strategie de interrelaționare cu asemenea pacient este ascultarea acestor reproșuri cu o atitudine de confidență, fără a exprima opinii pro sau contra.
- **Pacienții antisociali** – sunt pacienții impulsivi, agresivi, cu slabă toleranță la frustrare. În cazul unor asemenea pacienți medicul trebuie să explice ferm regulile de interacționare.
- **Pacienții cu statut economic și social înalt** – sunt pacienții care așteaptă un tratament preferențial, consideră că boala le diminuează autoritatea. Preferă să discute cu personalul cu cel mai înalt rang ierarhic (ex.: directorul de spital). Alianța terapeutică în cazul acestor pacienți este mereu subminată de nevoia de autoritate a pacientului.
- **Pacienții medici** – sunt pacienții care au o necesitate crescândă de informație. Doresc atitudini colegiale. În același

timp, echipa medicală trebuie să conștientizeze că acest medic (coleg) este mai întâi de toate om și pacient, care are nevoie de suport emoțional, spiritual și social, neoferit, în mod normal, unui coleg.

2.2.2. Reacții emoționale posibile în comunicarea cu pacientul

Profilul psihosocial al pacientului poate condiționa tipuri specifice de reacții emoționale la comunicarea unor vești proaste și, deci, diferite strategii comunicative în raport cu acestea. În literatura de specialitate (*Anderson I.*) sunt enumerate un șir de reacții emoționale frecvent întâlnite în comunicarea diagnosticului grav unui pacient. Printre acestea menționăm:

- **Reacția de neîncredere** este o reacție firească a unui pacient suspicios dar poate veni și din cauza neașteptării unei vești proaste. Pacienții încearcă să înțeleagă informația, dar nu pot s-o accepte dintr-odată ca fiind adevărată. Pentru a arăta empatie, medicul trebuie să răspundă la această dificultate de acceptare, spunând: *Înțeleg că poate fi dificil de a accepta această veste...*
- **Reacția de șoc** este o reacție predictibilă în contextul comunicării veștii proaste și în același timp greu menajabilă. Pacientul în șoc este debordat de emoții excesive, nu este în stare să coopereze, să ia decizii, să rețină informații. Cel mai potrivit răspuns empatic la asemenea reacție este tăcerea – pauza îi va da posibilitate pacientului să se adapteze (să-și revină). După o pauză, de asemenea, pacientul poate fi întrebat: *Văd că această veste v-a șocat... Pot face ceva pentru dumneavoastră chiar acum?*
- **Reacția de negare** este o reacție inconștientă de protecție în fața realității nefavorabile/nedorite. Pacienții insistă să creadă că la mijloc este vreo greșeală de diagnostic. Medicul trebuie să înțeleagă că aceasta este o reacție, care îi oferă pacientului timp să se adapteze la noile circumstanțe. În același timp, el trebuie să știe că o reacție prelungită de negare poate

să-l lipsească pe pacient de intervențiile medicale necesare. Abordarea potrivită a pacientului în asemenea caz ar putea conține următoarele formulări: *Ce vă face să credeți că la mijloc este o greșeală? Sperăm că tratamentul va funcționa, dar în același timp trebuie să planificăm acțiunile pentru mai departe.*

- **Reacția de teamă și anxietate** vine din structura profundă a personalității. Teamă, de obicei, are o cauză specifică conștientizată sau nu, pe când originea anxietății este deseori difuză/generalizată. Medicul trebuie să întrebe despre cauza temerii sau anxietății, să ofere informație și suport, dar să evite a oferi asigurări pentru a evita formarea unor speranțe false. Enunț posibil: *Se pare că această veste vă sperie, spuneți ce simțiți...*
- **Reacția de furie** este o reacție comună în cazul unui eveniment stresant. Emoțiile negative generate de stres se manifestă prin furie. În același timp, furia poate fi o expresie disimulată a fricii. Ținta furiei poate fi boala, familia, medicii, propria persoană a pacientului etc. Medicul nu trebuie să răspundă la furie cu furie. Cea mai potrivită modalitate de interrelaționare cu pacientul furios este să-i oferim posibilitatea să-și exprime (verbal) furia. Expresii posibile: *Înțeleg că sunteți furios, haideți să vorbim despre ceea ce simțiți, puteți spune orice...*
- **Reacțiile de autoblamare** sunt reacții de autoînvinuire din diferite motive rezonabile sau nu. Autoblamarea poate fi o sursă semnificativă de stres, atunci când nu este raționalizată la timp. Drept cauze ale autoblamării pacientul poate invoca neadresarea la timp la medic, ignorarea unor indicii evidente ale bolii etc. Sarcina medicului în asemenea situație este de a refocusa atenția pacientului de pe evenimentele trecute pe cele viitoare. Expresii posibile: *Insistarea asupra trăirii trecutului nu vă ajută. Împreună trebuie să ne orientăm energia spre ceea ce putem face acum pentru ... (ex.: a ține sub control greutatea).*
- **Reacțiile depresive/de disperare** se exprimă prin tristețe, lacrimi. Disperarea este frecvent întâlnită în caz de boală,

pe când depresia clinică, pentru care e necesară intervenția psihiatrică, se întâlnește în 20% din cazurile de diagnostic grav. Sarcina medicului în fața unor asemenea reacții este să arate disponibilitatea de a sta aproape, să-l facă pe pacient să înțeleagă că nu va fi abandonat. Cea mai bună abordare a pacientului în lacrimi este tăcerea, atingerea mâinii (dacă este așteptată), oferirea de șervețele. De asemenea, pacientul poate fi întrebat ce îl face să plângă, pentru a înțelege motivele concrete ce stau în spatele acestei reacții.

Suferința spirituală poate apărea în lipsa durerii fizice și poate să nu dispară odată cu eliminarea simptomelor psihice, ceea ce înseamnă că nu se confundă cu suferința somatică și cea psihică.

Manifestări și indicii ale suferinței spirituale

Patologiile grave de cele mai multe ori dezorientează și depersonalizează pacienții, ceea ce-i face să aibă trăiri profunde și iremediabile de disperare – indiciu neechivoc al suferinței spirituale/existențiale. Prezența suferinței spirituale poate fi sugerată de manifestări emoționale, verbale sau/și comportamentale ale pacientului, precum: acuze de dureri fizice, care nu au cauze obiective; căutarea agitată a unor tratamente nerealiste; solicitarea unor reasigurări cu privire la durata vieții (prognostic); furie orientată asupra medicilor, familiei, prietenilor sau asupra propriei persoane; sentimente de abandon, singurătate, pierdere inalienabilă, apatie și lipsa motivației; dorința exprimată de a muri. Aceste și alte manifestări vin din neacceptarea propriei condiții medicale, dat fiind teama neconsumată în fața morții, pierderea sensului existenței.

Suferința spirituală devine o evidență de neglijat în tendința pacienților de problematizare (interogații/întrebări) a unor subiecte cu privire la sensuri, valori și relații.

Cu privire la sensuri pacienții pot întreba:

- o *De ce sufăr?*
- o *Există vreun sens în boala/durerea mea?*
- o *De ce mi se întâmplă toate acestea mie?*

Pacienții adresează întrebări cu privire la valoare și propria demnitate:

- o *Cum este legată valoarea/demnitatea mea de productivitatea și independența mea, de faptul cum arăt?*
- o *Mai rămâne ceva din valoare/sau demnitate atunci când productivitatea și independența este pierdută?*

Mulți pacienți pun întrebări cu privire la relații:

- o *Sunt înstrăinat de familie/prieteni?*
- o *Pe cine am nedreptățit? Cine m-a nedreptățit?*
- o *Pe cine iubesc? Cine mă iubește?*

Reieșind din profilul și conținutul acestor întrebări putem afirma că unii pacienți vor să înțeleagă dacă există vreun sens în suferința lor, ceea ce vine din nevoia de a da sau găsi sens în restul rămas al propriei vieți. Alți pacienți sunt în căutarea propriei valori, demnitatea fiind un concept utilizat pentru a desemna valoarea intrinsecă (fundamentală) a ființei umane ca ființă. Unii dintre pacienți în faza pierderii capacităților funcționale ajung să se îndoiască asupra propriei valori intrinseci, au nevoie de asigurări cu privire la natura inalienabilă a demnității umane, a prezenței ei în fiecare persoană, indiferent de ceea ce poate sau nu face, indiferent de cum nu arăta sau arată. Există pacienți care caută valoare și sens în viața lor familială (socială), determinate din nevoia acută de reconciliere.

Eșuarea în identificarea unor răspunsuri (religioase sau seculare) este o cauză a disperării – a suferinței spirituale, iar găsirea răspunsurilor poate rezulta cu acceptarea condiției medicale și, astfel, cooperarea de mai departe cu pacientul.

2.3. CUM CONSTRUIM O COMUNICARE EFICIENTĂ CU PACIENTUL

Pentru a construi o relație eficientă și deschisă cu pacientul, este important de luat în considerare câteva momente-cheie în comportamentul și atitudinea lucrătorului medical, pe care le descriem în ceea ce urmează.

2.3.1. Manifestarea empatiei

În literatura de specialitate empatia este definită drept un răspuns afectiv mai adecvat situației altcuiva, decât celei proprii; sau a simți lumea (pacientului) ca și pe cea proprie, dar fără a pierde din vedere faptul că este lumea altcuiva. Empatia se referă mai mult la faptul de a înțelege ceea ce simte altcineva, decât la împărtășirea reacției afective. Aceasta este capacitatea unei persoane de a se pune în locul altcuiva, și a intui cum trebuie să reacționeze într-o anume situație.

Empatia implică înțelegerea, la nivel emoțional, a pacientului. Astfel, empatia înseamnă să înțelegi exact ceea ce spune pacientul și să îi faci cunoscut faptul ca ai înțeles. Personalul medical empatic este suficient de detașat sau obiectiv, la nivel atitudinal, pentru a putea elabora raționamente medicale corecte și manifestă, în același timp, suficientă preocupare pentru pacient, încât să îi poată acorda o îngrijire caracterizată prin sensibilitate și înțelegere.

Există mai multe moduri de a reacționa într-o discuție, pentru a face cunoscut pacienților faptul ca îi înțelegeți. Uneori, pacientul nu este pe deplin conștient de propriile sale sentimente. De aceea, un comportament empatic poate să ajute pacienții în clarificarea trăirilor sale.

Medicul va începe comunicarea cu pacientul prin a asculta cu atenție ce are pacientul de spus, atât din punct de vedere medical, cât și afectiv. Dacă specialistul și pacientul se află pe aceeași lungime de undă, pacientul se va simți înțeles și încurajat să dezvăluie cât mai multe din părerile și sentimentele sale. Chiar dacă medicul nu a înțeles corect, dar își arată interesul, verificând cu pacientul informațiile acumulate, acesta se va simți încurajat în a-și corecta medicul, oferindu-i, astfel, posibilitatea de a reevalua și de a răspunde corect.

În discuțiile medicale cu pacienții trebuie învățat **un anume stil de a reacționa**, diferit de cel folosit într-o discuție socială. În situațiile sociale, deseori se minimizează sau se ignoră sentimentele. Spre exemplu, când oamenii întrebă: *“Ce mai faci?”* sau *“Cum te simți astăzi?”*, nu se așteaptă la un răspuns negativ, la o confesiune despre

cât de proastă este, de fapt, starea interlocutorilor. Însă, într-o consultație, pe lucrătorul medical trebuie, într-adevăr, să-l intereseze toate stările proaste prin care trece pacientul.

Cea mai importantă abilitate pentru dezvoltarea înțelegerii empatice o constituie reflectarea sentimentelor, care se pot exprima atât verbal cât și nonverbal, și trebuie observate și valorizate. În reflectarea sentimentelor se urmează, în genere, următorii pași: denumirea sentimentelor (prin cuvintele folosite în discuție sau prin metafore); folosirea unor enunțuri de genul: *“Se pare că simți”* sau *“Înțeleg că te simți”* urmate de numele emoției respective; parafrizare, pentru a clarifica eventualele neclarități; verificare, atunci când nu suntem siguri.

Folosirea excesivă a limbajului de specialitate, deși acesta este foarte precis în descrierea anumitor caracteristici, lasă foarte puțin spațiu sentimentelor sau emoțiilor. Este un limbaj în care adjectivele și adverbele sunt puțin prezente și, astfel, medicul devine tentat să nu le folosească, în genere, în conversație.

Într-o abordare empatică trebuie învățată folosirea unui vocabular mai bogat în cuvinte care pot descrie sentimente. Tabelul de mai jos cuprinde cuvinte care descriu sentimente diferite și intensitatea lor.

Tabelul 2.1. Cuvinte care ilustrează nivelurile de expresie ale unui sentiment

SENTIMENTUL INTENSITATEA	Iritarea	Bucuria	Anxietatea sau teama	Depresia
Slabă	Irascibil	Mulțumit	Neliniștit	Supărat
	Supărat	Bucuros	Nesigur	Amărât
	Iritat	Fericit	Cu presimțiri rele	Abătut
Medie	Furios	Deschis	Speriat	Descurajat
	Morocănos	Vesel	Tulburat	Mâhnit
	Certăreț	Bucuros	Temător	Nenorocit
Puternică	Înfuriat	Triumfător	Torturat	Îndurerat
	Plin de ură	Radios	Scos din minți	Zdrobit
	Turbat	În extaz	Îngrozit	Terminat

2.3.2. Modalități de reacționare din partea lucrătorului medical

Este important de reținut componentele esențiale ale unei comunicării terapeutice corecte și anume:

- Confidențialitatea informațiilor auzite de la pacient.
- Caracterul privat al comunicării.
- Respectul pentru limite.
- Dezvăluirea de sine.
- Ascultarea activă.
- Utilizarea abilităților de observare.

Manifestarea respectului constituie un moment-cheie în construirea unui dialog. Trebuie de reținut câteva reguli prin care se poate exprima respectul față de pacient:

- ✓ Trebuie să vă prezentați clar și să specificați motivul pentru care vă aflați acolo.
- ✓ Nu uitați de salutarea pacientului și obținerea numelui acestuia.
- ✓ Este important să vă interesați cum se simte pacientul în situația în care se află (internat, aflat în cabinetul de consultații etc.).
- ✓ Trebuie să preveniți pacientul înainte de a face manevre medicale dureroase, în timpul examinării fizice și atunci când, în cadrul anamnezei, vă veți referi la lucruri care ar putea provoca suferința morală.
- ✓ Trebuie să reacționați la dialog, astfel încât pacientul să fie conștient că ați auzit ce spune.
- ✓ E bine să discutați cu pacientul stând la nivelul lui/ei, cu fața spre el/ea, într-un loc în care puteți fi ușor văzut și urmărit.
- ✓ Ascultați atent, fără a întrerupe sau influența răspunsurile pacientului.
- ✓ Încurajați pacientul să utilizeze propriile formulări ("cu propriile cuvinte").
- ✓ Trebuie să fiți sigur că înțelegeți punctul de vedere al pacientului ÎNAINTE de prezentarea și explicarea punctului propriu de vedere.

În discuția dintre un lucrător medical și pacient există mai multe modalități posibile de a reacționa:

✓ *Ignorarea*

Fie medicul nu aude ceea ce spune pacientul, fie se comportă ca și cum nu ar fi auzit. El nu reacționează referitor la conținutul simptomelor, precum nici la sentimentele pacientului.

✓ *Minimalizarea*

Lucrătorul medical reacționează la sentimentele și simptomele pacientului cu o intensitate mai mică decât cea la care acesta i le-a relatat.

✓ *Reciprocitatea*

Medicul recunoaște sentimentele și simptomele exprimate de pacient, le analizează cu atenție și își spune părerea într-o manieră de intensitate egală cu cea folosită de pacient în relatare. Răspunsul reciproc poate fi foarte folositor în aflarea antecedentelor medicale. Este, de fapt, o reformulare, prin propriile cuvinte ale medicului, a ceea ce a spus pacientul pentru a-i demonstra acestuia că a fost înțeles. Un răspuns reciproc poate fi primit atunci când sunt aplicate diferite moduri de reacționare din partea medicului și anume:

Reacționarea prin *oglinďă* (sau “reflecția”) înseamnă, pur și simplu, a spune pacientului exact ceea ce a spus chiar el:

Exemplu de dialog în oglinďă:

Pacient: *Mă simt îngrozitor.*

Medic: *Va simțiți îngrozitor?*

Parafrizarea este un mod special de a acorda atenție vorbitorului, implicând capacitatea de a re-comunica persoanei în cauză cele spuse anterior. Este vorba de oferirea unui feedback la ceea ce s-a înțeles. Uneori, e bine să cerem confirmarea parafrazării, pentru mai multa siguranță, în termeni de clarificare a lucrurilor. Parafrizarea nu trebuie confundată cu interpretarea, care implică perceperea situației din punctul de vedere al ascultătorului.

Încurajarea minimală, ca și parafrizarea, ajută la adâncirea conversației, dându-i celui alt sentimentul că este ascultat. Ambele abilități se bazează pe concentrarea asupra cuvintelor-cheie. Încurajările minimale verbale sunt cuvintele scurte, care îl ajută pe vorbitor să vorbească mai departe. O încurajare minimală poate fi, în unele cazuri, și tăcerea atunci când celui ascultat i se oferă timpul necesar pentru a da un răspuns.

Pentru a da un răspuns bazat pe reciprocitate, trebuie găsit nu numai sentimentul exact ci și intensitatea corectă. Pacientul care spune „*Durerea este devastatoare*” nu va crede că l-ați ascultat, dacă răspunsul dumneavoastră este „*Deci durerea va supăra puțin?*”.

Pe de altă parte, dacă pacienta spune „*Mă simt cam terminată astăzi!*”, doctorul nu va obține efectul dorit dacă spune „*Se pare, deci, că simțiți că nu mai aveți nici o speranță?*”.

Ascultarea activă este capacitatea de a extrage informații relevante, pe măsură ce pacientul vorbește. Aceasta poate conține următoarele elemente:

- Menținerea contactului vizual cu pacientul (privirea trebuie să fie intermitentă, nu fixă și evazivă; e recomandat de a evita contactul vizual atunci când pacientul este furios sau plânge).
- Poziția corporală neutră (care nu sugerează graba): ambele picioare pe podea, umerii relaxați, ușor aplecați în față, expresia facială prietenoasă, mâinile pe genunchi.
- Eliminarea barierelor fizice dintre medic și pacient (ex.: masă, calculator, cărți etc.).
- Folosirea întrebărilor deschise (care nu presupun răspunsuri de tipul „da/ nu”).
- Oferirea de feedback pozitiv: încurajarea prin mișcări afirmative făcute din cap, răspunsuri de tipul „*Da, spuneți-mi mai multe despre aceasta...*”).
- Folosirea perioadelor de tăcere, ca pacientul să-și organizeze gândurile cu întrebări consecutive precum „*Ce v-a făcut să tăceți?*”.
- Folosirea clarificării: „*Când spuneți ... Ce aveți în vedere?*”
- Folosirea repetiției: „*Deci, vă simțiți trist de mai mult de două săptămâni?*”

- Folosirea rezumării și verificarea opiniei pacientului cu privire la rezumat: „*Am rezumat tot ce mi-ați spus?*”
- Invitarea pacientului să pună întrebări.

Completarea unui răspuns de către medic este nu numai ceea ce pacientul spune, dar și ceea ce nu poate să spună. Unul din motivele pentru care medicii apelează la răspunsul prin completare, este cel de liniștire a pacientului. Aceasta înseamnă că, medicul trebuie să facă o presupunere pertinentă privind motivele de îngrijorare, care ar putea preocupa pacientul și să se axeze pe răspunsul care ar conduce la clarificarea lor. Capacitatea de a da un răspuns prin completare vine din experiența de a asculta cu mare atenție relatările pacienților și capacitatea de a găsi puncte comune. Unul din avantajele răspunsului prin completare este posibilitatea de corectare și, deci, creșterea exactității informațiilor obținute.

Exemplu de dialog cu un răspuns prin completare:

Pacienta: *În marea majoritate a zilelor, durerea mă chinuie atât de tare, încât senzația de tensiune devine insuportabilă.*

Medic: *Se pare că durerea este atât de puternică, încât nu mai credeți că lucrurile se vor îmbunătăți.*

Dacă medicul nu a înțeles exact sensul afirmației, pacienta poate răspunde:

Pacienta: *Mă simt destul de rău, dar încă sper că lucrurile se vor îmbunătăți.*

Rezumarea este similară cu parafrizarea și reflectarea sentimentelor, dar cere o centrare mai amplă asupra a ceea ce s-a spus, pentru o perioadă mai îndelungată de timp, descoperirea cuvintelor-cheie și a relațiilor dintre ele, precum și reformularea lor. Deprinderea de a sintetiza informațiile poate fi folosită pentru:

- începerea unei ședințe;
- clarificarea a ceea ce se întâmplă;
- trecerea de la un subiect la altul în timpul unei discuții;

- pentru a face legătura între toate cele discutate pe durata întâlnirii, sau pentru a face legătura între cele discutate pe parcursul a mai multe ședințe.

REȚINEȚI! Pentru a avea o comunicare eficientă cu pacientul:

- o Utilizați timpul oferit comunicării în mod eficient, stabiliți o agendă a întâlnirii.
- o Adoptați o abordare centrată pe pacient.
- o Puneți întrebări deschise.
- o Folosiți DOAR termeni pe care pacientul îi poate înțelege.
- o Câștigați încrederea pacientului, utilizați empatia.
- o Explorați și ascultați informațiile legate de sentimentele pacientului.
- o Explorați activ nivelul de înțelegere a pacientului referitor la propria problemă.
- o Fiți atenți la indiciile indirecte (non-verbale și para-verbale) referitoare la distres.
- o Reformulați în cuvinte/expresii proprii ceea ce credeți că spune pacientul.
- o Explorați activ (dacă este cazul) subiecte sensibile (violență, sexualitate).
- o Recunoașteți și adaptați-vă diferențelor culturale.
- o Depășiți barierele tipice de comunicare.
- o Colaborați cu ceilalți membrii ai echipei medicale.
- o Căutați să ajungeți la înțelegere amiabilă asupra naturii problemei și atitudinii care trebuie de urmat.
- o Întrebați despre eventualele probleme emoționale sau sociale cu care se confruntă pacientul.
- o Asigurați implicarea familiei și a rețelei sociale.

Algoritmizarea relației cu pacientul

(L.E.A.R.N. – eng.)

- **LISTEN** - ASCULTĂ cu bunăvoință și empatie perceperea de către pacient a problemei sale (medicale).
- **EXPLAIN** - EXPLICĂ perceperea problemei (medicale) din punctul tău de vedere.

- **ACKNOWLEDGE** - IDENTIFICĂ și discută diferențele și asemănările (de percepere a problemei de către pacient și medic).
- **RECOMMEND** - RECOMANDĂ tratamentul.
- **NEGOTIATE** - NEGOCIAZĂ obținerea consimțământului (față de schema terapeutică).

2.4. COMUNICAREA NON-VERBALĂ

Comunicarea nonverbală este adesea descrisă ca „limbajul trupului”. Limbajul corpului spune multe despre interesul și angajamentul în comunicare. Chiar și atunci când spuneți „lucrurile potrivite”, mesajul se poate dilua, în cazul în care limbajul corpului sugerează că gândiți diferit de ceea ce afirmați sau doriți să comunicați interlocutorului. Prin observarea comportamentului pacientului, medicul poate citi multe simptome și informații utile diagnosticului bolii. Totodată, pacientul, de asemenea, interpretează comportamentul lucrătorului medical. Concluziile care și le face pacientul pot influența semnificativ calitatea dialogului și relației create între medic și pacient.

Următoarele patru elemente ale limbajului corpului sunt importante în comunicarea cu pacienții:

- **Postura corpului**

Vom comunica mult mai bine atunci când fața noastră este poziționată la același nivel cu a interlocutorului nostru și nu îl privim de sus, în cazul în care pacientul este așezat în pat sau pe un scaun. Trebuie să fiți calmi și să nu grăbiți dialogul. Este important să adoptați o atitudine care să denote deschidere, arătând pacientului că nu doriți să treacă rapid peste subiect.

- **Îngrijirea personală**

Îmbrăcămintea și mirosurile (ex.: miros de transpirație, alcool, tutun etc.), de asemenea, oferă informații despre pacient sau medic, fără a fi nevoie de cuvinte și poate influența semnificativ relația în comunicarea de mai departe. Atenționăm că mirosurile puternice de parfumuri, bijuteria extravagantă, machiajul în exces

al lucrătoarelor medicale pot fi bariere în construirea unui dialog deschis cu pacientul. Vestimentația marchează statutul social al persoanei, din acest motiv se recomandă a evita evidențierea acestuia (prin haine foarte scumpe și extravagante), atunci când se planifică o comunicare cu pacienți din grupuri sociale diferite de cel al medicului.

- **Contactul vizual**

Păstrați contact vizual cu pacientul, fără a fi insistent în această direcție; amintiți-vă că, pentru pacienți/clienți din anumite culturi, a privi pe cineva direct în ochii poate părea un pic nepolitic. Acest lucru subliniază cât de important este să știm și să învățăm cum să abordăm în mod corect fiecare pacient în parte! Contactul vizual îndeplinește patru funcții în comunicare:

1. reglarea fluxului conversației,
2. furnizarea de feed-back,
3. semnalarea naturii relației,
4. exprimarea emoției.

- **Expresia facială**

Fața umană este extrem de expresivă, capabilă să exprime diverse emoții fără să se transmită vreun cuvânt. Uneori, ceea ce gândim este redat inconștient de expresiile noastre faciale. De aceea este important să fim conștienți de expresia feței și să o controlăm în fiecare moment.

Expresiile universale de baza pot fi controlate conștient, în trei situații:

- conformarea la regulile culturale de exprimare a emoțiilor;
- autoprezentarea într-o lumină favorabilă;
- tendința de a înșela pe cineva.

Controlul expresiei faciale și, astfel, al informației afective exprimate include trei forme:

- o inhibarea reacției,
- o exagerarea reacției,
- o mimarea reacției contrare.

Pacienții noștri nu trebuie să simtă îngrijorarea, frustrarea sau demotivarea în legătură cu tratamentele prescrise, analizele efectuate, diagnostice etc. Chiar dacă ceva din spusele pacientului vă trezește nemulțămire sau dezgust, evitați să manifestați această emoție prin grimase sau mimici.

- **Atingerea (comunicarea tactilă)**

Este un mijloc foarte puternic de comunicare. Atingerea poate transmite o preocupare suplimentară pentru situația pacientului. Aceasta poate fi manifestată prin strângerea mâinii, atingerea brațului sau băi peste umăr, îmbrățișări etc. Vă atenționăm că, în anumite cazuri, „invadarea” spațiului personal este inadmisibilă de unele persoane (uneori fiind chiar interzisă).

Funcțiile comunicării tactile se împart în cinci categorii:

1. atingeri care transmit emoții pozitive – exprimă afecțiune, căldură;
2. atingeri în joacă – exprimă încurajare, apropiere, solidaritate;
3. atingeri de control – dirijează comportamentul sau atitudinea persoanei atinse;
4. atingeri rituale – exprimă formă de salut, de respect;
5. atingeri în alt scop decât comunicare – ajutor, control fiziologic, nu au drept scop comunicarea, dar transmit și o serie de informații afective.

În ultimul timp se discută și despre atingerea terapeutică, întâlnită în cadrul terapiei bioenergetice.

- **Gesturile**

Gesturile fac parte din viața de zi cu zi a unei persoane. Atunci când o persoană vorbește, face diverse mișcări cu ochii sau capul, acestea exprimând destul de multe lucruri. Gestică poate fi diferită, în funcție de cultură și regiune, deci este important să se controleze și evite interpretările greșite. Medicul trebuie să fie atent la propriile-i gesturi și reacții (clătinarea capului, aerul neliniștit etc.) pe care bolnavul le interpretează imediat, dar nu îndrăznește să vorbească. Uneori gesturile sau expresiile feței par să semnifice altceva decât cuvintele

spuse de persoană, de aceea trebuie făcut un efort pentru a descoperi care dintre ele - gesturile sau cuvintele - exprimă mesajul corect.

• **Distanța**

Apropierea fizică dintre două persoane poate fi utilizată în diverse situații, pentru a comunica mesaje diferite, nonverbale, inclusiv semnale de intimitate, agresivitate, dominanță sau afecțiune. Ați simțit vreodată disconfort în timpul unei conversații deoarece interlocutorul se afla prea aproape de dvs. și vă invadea spațiul?

Fiecare individ are tendința de a-și marca imaginar un spațiu personal, considerându-l o prelungire a propriului corp. Încălcarea acestui spațiu îi creează disconfort, îl lezează și poate crea chiar stări conflictuale. Necesitatea distanței dintre două persoane diferă în funcție de cultură, de situație și de natura relației. În scopul evitării acestor situații fiecare individ își construiește un spațiu tampon între el și celelalte persoane sau lucruri, cu importante funcții psihosociale: protecție, intimitate, siguranță, odihnă etc. Acest spațiu poate fi împărțit în patru zone distincte:

- ✓ *Zona intimă* – se întinde de la suprafața corpului până la distanța de 46 cm, fiind cea mai importantă și mai apărută de către om, fiind permis accesul doar celor apropiați emoțional. Favorizează comunicarea tactilă și olfactivă. Mesajele transmise în acest caz sunt puternic colorate afectiv.
- ✓ *Zona personală* – cuprinsă între 46 și 122 cm, include o subzonă apropiată (46 – 75 cm) în care intră prietenii și persoanele pe care le simpatizăm și o subzonă îndepărtată, dedicată indivizilor întâlniți la reuniuni prietenești, oficiale ori ceremonii. Distanța asigură protecția față de atingerea celorlalți și comunicarea verbală optimă, mesajul olfactiv rămâne perceptibil, contactul vizual devine mai bun, iar limita extremă a zonei permite stabilirea unui contact fizic direct pe un teritoriu relativ neutru (strângerea mâinii).
- ✓ *Zona socială* – cuprinsă între 122 și 369 cm, include o subzonă apropiată (122–220 cm) care presupune comunicarea verbală clară, evitarea contactului fizic printr-o serie de bariere și

o subzonă îndepărtată (220 – 369 cm), care sugerează și o distanță ierarhică.

- ✓ *Zona publică* – peste 360 cm, corespunzătoare atunci când ne adresăm unui grup mare de oameni, iar comunicarea își pierde caracterul interpersonal. În acest caz, volumul vocal al vorbitorului crește în timpul comunicării, el neputând controla vizual fiecare interlocutor, dar poate urmări reacția acestora.

- **Vocea**

Aceasta nu este importantă doar pentru transmiterea de mesaje, ci și pentru modul în care sunt transmise acestea. Când vorbim, celelalte persoane interpretează și acordă importanță inclusiv vocii noastre, nu doar cuvintelor. Se acordă atenție ritmului vocii, tonului și inflexiunii acesteia etc. Unele sunete pot indica sarcasmul, alte furia, afecțiunea sau adevărul. Prin vocea adaptată situației a medicului pacientul îi apreciază atitudinea calmă și răbdătoare, sesizează dacă medicul este atent, interesat de relatarea sa.

Comunicarea nonverbală include, de asemenea, paralingvistica - adică unele calități cum ar fi tonul, ritmul, frecvența și vibrația; greșeli de vorbire; pauze sau tăcere. De foarte multe ori, înțelegem sentimentele celorlalți tocmai prin aceste aspecte ale comunicării nonverbale. Exemple medicale frecvente sunt tensiunea discursului, în cazul pacienților anxioși sau hipomaniacali, tonul lipsit de inflexiune al celor foarte deprimăți. Pacienții bolnavi, de cele mai multe ori, au vocea slăbită; putem măsura starea sănătății unei persoane după cum îi sună vocea („*A trecut printr-o operație, dar glasul îi sună bine!*”).

Unul din aspectele paralimbajului sunt pauzele. Pauza înainte de a răspunde unei întrebări sau înainte de a da următoarea replică pot fi interpretate diferit, precum:

- o Amintirea timpului exact.
- o Timp pentru formularea limbajului.
- o Cenzurarea unor informații.
- o Crearea unui efect.
- o Pregătirea de a spune o minciună.

Exemplu de dialog cu evitarea răspunsului

Medicul: *Cum merg lucrurile acasă?*

Pacientul: *Bine!, își reglează vocea și își freacă ușor nasul cu partea dorsală a degetului arătător. Probabil că vrea să spună: „De fapt, lucrurile nu merg atât de bine acasă!”*

2.5. PARTICULARITĂȚI ALE COMUNICĂRII MEDICALE ÎN GRUP DE PACIENȚI

Uneori, pentru a aduce anumite mesaje de informare, lucrătorii medicali pot aplica tehnica comunicării în grup. Comunicarea în grup permite schimbul de idei, emoții, cunoștințe, opinii și împărtășire de experiențe dintre pacienți, discuții constructive pentru identificarea unor soluții în rezolvarea problemelor cu caracter comun, cum ar fi aceeași boală (ex.: diabetul zaharat).

Odată ce lucrătorul medical întrunește mai multe persoane cu aceeași problemă de sănătate, este foarte important de a dezvolta o comunicare eficientă. Pentru aceasta este necesar de a cunoaște anumite tehnici și reguli elementare de comunicare umană.

Comunicarea în grup are câteva forme numite rețele de comunicare. Acestea sunt:

- a) Rețele primare, în care pozițiile membrilor grupului sunt egale.
- b) Comunicare în roată – există o persoană centrală care comunică separat cu ceilalți membri ai grupului.
- c) Comunicarea prin rețea circular, prin care mesajul circulă de la o persoană la alta.
- d) Rețele de comunicare în furcă: o parte a membrilor grupului pot comunica între ei, iar ceilalți comunică doar cu unul din ceilalți toți.

Comunicarea în grup contribuie la procesul de învățare, la dezvoltarea unor relații interumane, utile pentru a face față provocării bolii, cu care se confruntă toți membrii grupului. De multe ori, membrii grupului se ajută reciproc, oferindu-și suport moral și social.

Pentru a avea o comunicare eficientă în cadrul unui grup de pacienți, este important de a oferi posibilitatea fiecărui membru să se expună, să pună întrebări sau să își exprime propria opinie, neînțelegere sau trăire.

Uneori, lucrătorul medical, fiind în rol de facilitator al grupului, are importanta misiune de a rezolva anumite conflicte ce pot apărea eventual. Structura grupului poate fi foarte diversă, unde pot fi inclus persoane cu diferite niveluri de cunoștințe, educație, pe poziții opuse, din punct de vedere al aspirațiilor și intereselor. Conflictul poate fi generat de mai multe cauze, dar cea mai importantă cauză este critica. Critica este un element inseparabil al comunicării interumane, dar poate deveni o problemă în comunicarea în grup.

Fiecare din cele doua persoane, cea care critica și cel care este criticat, sunt nemulțumite reciproc. În astfel de situații conflictuale, arta de a comunica în grup are un rol important în stingerea conflictului. Într-un conflict generat de critică, persoana criticată poate deveni ostilă și poate reacționa verbal violent, poate nega totul sau poate refuza orice altă discuție.

Pentru rezolvarea stării conflictuale produse de critica se recomandă acceptarea dreptului de opinie al celuilalt, solicitarea amănunțelor pe un ton calm, acceptarea observațiilor critice pe motiv că poate exista o fărâmbă de adevăr în orice afirmație (uneori este bine să trecem peste orgoliile personale).

Pentru un facilitator al comunicării în grup este foarte important de a ține controlul asupra discuțiilor inițiate, de a se implica la momentul potrivit, oferind anumite răspunsuri sau prin a oferi cuvântul altor membri ai grupului. Sunt recomandate anumite tehnici de captare și de menținere a atenției în grup:

- Adresarea unor întrebări comune celor din grup și stimularea tuturor membrilor de a răspunde.
- Destinderea atmosferei din grup prin organizarea micilor activități interactive cu grupul.
- Crearea unei atmosfere calde, prietenoase a întrunirii prin aranjarea participanților la discuție în cerc, evitarea barierelor (ex.: masă, tribună, scenă etc.). Folosirea prenumelor colegilor din grup.

- Aproximarea de persoana care vorbește, manifestarea interesului și respectului față de vorbitor (ascultarea în liniște).
- Păstrarea neîntreruptă a contactului vizual cu membri grupului, iar zâmbetul nu trebuie să lipsească nici un moment de pe față. Păstrați-vă relaxarea chiar și în anumite situații de problem tehnice (ex.: audio-vizuale).

Bibliografie:

1. Buckman R., How to Break Bad News: A Guide for Health care Professionals. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1992.
2. Cosman D. Psihologie medicală. Iași: Polirom, 2010.
3. Dimensiunea psihosocială a practicii medicale. Iamandescu I.B., Luban-Plozza B. (red.). București: InfoMedica, 2002.
4. Handbook on Stress, Coping, and Health. Implications for Nursing Research, Theory and Practice. Second Edition. Ed. by Rice v.H. Los Angeles: SAGE, 2012
5. Iamandescu I.B. Psihologie medicală. București: InfoMedica, 2005.
6. Luban-Plozza B., Iamandescu I.B. Dimensiunea psihosocială a Practicii Medicale. Ed.II-a. București: InfoMedica, 2003.
7. Pașca M.D. Comunicarea în relația medic-pacient. Tîrgu Mureș:University Press, 2012.
8. Rădulescu, S.M. Sociologia sănătății și a bolii. București: Ed. Nemira, 2002.
9. Vâlceanu C. Comunicarea în asistența medicală. În: *Practica farmaceutică*. Vol. 9, Nr. 1 (30), 2016, p.11-16.
10. Sulmasy D.P. Is medicine a spiritual practice? *Acad Med.* 1999;74:1002-1005.
11. Tronciu Cl. Tehnici pentru îmbunătățirea comunicării medic-pacient (I). Medica Academica, 2011.

COMUNICAREA CENTRATĂ PE SCHIMBAREA COMPORTAMENTULUI

Abordarea diabetului din perspectiva "comunicării centrate pe schimbarea comportamentului" pornește de la rezultatele aplicării teoriilor de schimbare a comportamentului, care au fost aplicate în alte domenii ale sănătății (HIV/SIDA, tuberculoză, obezitate, hipertensiune etc.). Acestea au demonstrat eficiență atât în explicarea comportamentelor legate de sănătate, cât și prin faptul că au furnizat metode care încurajează pacienții să dezvolte și să mențină un mod sănătos de viață.

3.1. DEFINIREA ȘI ESENȚA COMUNICĂRII CENTRATE PE SCHIMBAREA COMPORTAMENTULUI

Comunicarea centrată pe schimbarea comportamentului (CCSC) este o metodă specifică de comunicare cu pacienți, familii și/sau comunități, care:

- ✓ Utilizează diverse instrumente și canale de comunicare pentru promovarea comportamentelor pozitive de sănătate.
- ✓ Oferă suport comunităților în menținerea și dezvoltarea acestui tip de comportament.
- ✓ Se adresează direct schimbării de comportament, trecând de nivelul de informare, prezent în majoritatea cazurilor în comunicarea medicală.
- ✓ Presupune o interacțiune imediată cu pacientul, familia acestuia și comunitatea.
- ✓ Susține procesele de schimbare comportamentală la nivel de societate.

Activitățile CCSC au scopul de a împuternici pacientul diabetic să:

- își definească propria problemă de sănătate,
- își identifice necesitățile în materie de sănătate,
- cunoască modalitatea în care își poate acorda ajutor de sine stătător sau să ceară ajutor extern,
- decidă asupra propriilor acțiuni pentru a își îmbunătăți starea proprie de sănătate și a promova strategiile de sănătate în comunitate.

În esență, CCSC este un proces de elaborare a strategiilor de comunicare pentru schimbarea comportamentului pacientului diabetic, a familiei acestuia și a întregii comunități, printr-o serie de pași și instrumente validate de-a lungul timpului. CCSC începe cu cercetarea și analiza comportamentului diabeticului, continuă cu planificarea, implementarea, monitorizarea și evaluarea comunicării. În acest sens, sunt segmentate foarte clar grupurile-țintă (pacienți, rude, copii, lideri de opinie etc.), sunt testate și alese mesajele (împreună cu comunitatea), sunt testate mesajele (pe grup-țintă) și sunt folosite atât canalele interpersonale de comunicare, cât și mass-media.

Este important să menționăm aspectul etic al comunicării pentru schimbarea comportamentului. Orice decizie pentru schimbare individuală trebuie să reiasă din propriile aspirații ale individului, care trebuie să conștientizeze clar părțile plăcute cât și cele mai puțin plăcute ale schimbării. Un lucrător medical, care inițiază comunicarea cu persoane cu comportamente cu risc pentru sănătate trebuie să fie onest și corect în prezentarea mesajului. Nu pot fi descrise doar părțile pozitive ale unei schimbări. Dacă nu vor fi prezentate și părțile negative, persoanele se vor simți manipulate, ceea ce îi va duce la dezamăgire și abandonarea intenției pentru schimbare. Din acest motiv, atunci când inițiem o comunicare pentru schimbarea comportamentului, este important de a respecta câteva condiții:

1. Asigurați-vă că persoanele invitate pentru schimbarea comportamentului cu risc pentru sănătate înțeleg ce li se cere și înțeleg că sunt liberi să decidă de a participa sau nu la planul de schimbare.

2. Organizați ca toți cei interesați de schimbare să aibă acces deplin la toate informațiile relevante schimbării.
3. Persoanele implicate în planul schimbării au dreptul să renunțe la schimbare, fără a fi acuzați, judecați sau blamați. Lucrătorul medical trebuie să fie alături atunci când persoana va decide să inițieze din nou tentativa de a schimba ceva în comportamentul său pentru sănătate.

Orice schimbare nu este ușoară. O caracteristică frecventă a schimbării este **rezistența față de schimbare**. Chiar dacă conștientizăm că schimbarea este necesară, inevitabilă și importantă vital, reacțiile umane la schimbare sunt deseori cele de negare și rezistență. Este important să înțelegem cauzele rezistenței la schimbare pentru fiecare persoană în parte. Acestea pot fi diferite, în dependență de vârsta sau activitatea persoanei, precum:

- Interese și plăceri personale.
- Înțelegere eronată a schimbării și lipsa de încredere față de noul comportament propus.
- Evaluarea simplistă a situației actuale, dezinteres.
- Toleranță scăzută la schimbare.
- Presiuni exercitate de grupul, mediul în care se află (colegi, prieteni etc.).
- Teama față de stresul asociat schimbării.
- Experiențe negative anterioare legate de schimbare.

Lucrătorul medical, care inițiază o acțiune de comunicare pentru influențarea comportamentului cu risc pentru sănătate este obligat să evalueze, la etapa inițială, contextul susținerii acestor comportamente la persoana sau grupul respectiv. În dependență de aceasta va fi creată strategia de comunicare ulterioară.

Totodată, rezistența la schimbare poate fi inițiată și de alți factori precum:

- o Rezistența față de ideea pentru schimbare – nu este recunoscută și înțeleasă necesitatea schimbării, sau schimbarea pare nepotrivită și riscantă pentru persoana respectivă. Rolul lucrătorului medical este de a realiza o informare cât mai

amplă și adecvată, de a răspunde la toate întrebările persoanei cu comportament cu risc pentru sănătate.

- o Rezistența față de *strategia de realizare a schimbării* – persoana recunoaște și înțelege necesitatea schimbării, însă nu acceptă modalitatea propusă, strategia de implementare a schimbării. Lucrătorul medical trebuie să identifice și să propună câteva posibilități de inițiere a unei schimbări, reieșind din particularitățile fiecărui individ.
- o Rezistența față de *agentul care propune/recomandă schimbarea* – dacă cel care propune schimbarea nu are suficient credit în fața persoanelor invitate spre schimbare, dacă acesta nu este perceput ca având autoritatea sau competența necesară, comunicarea pentru schimbarea comportamentului va fi sortită insuccesului. Asigurați-vă că invitația pentru schimbare este venită din partea unui lider comunitar, de opinie sau a unor persoane care sunt recunoscute ca profesioniști și se bucură de respectul comunității.

De multe ori, persoanele cu comportament cu risc pentru sănătate nu cred că schimbarea le va îmbunătăți calitatea vieții sau le va influența pozitiv viața, de aceea nu acordă timpul, efortul și atenția necesare schimbării. Lucrătorul medical trebuie să explice că intervenția pentru schimbare propusă răspunde la patru condiții esențiale:

1. Schimbarea asigură apariția unor **avantaje**, care trebuie descrise clar și explicată apariția lor în termeni temporali (*peste cât timp vor apărea?*).
2. Schimbarea propusă trebuie să fie **relativ simplă**, noile reguli și măsuri propuse trebuie să fie *ușor de înțeles, de aplicat și de realizat*.
3. Schimbarea trebuie să aibă **componentul experimental**, cu introducerea treptată a noilor elemente, cu reducerea parțială, în timp, a comportamentului obișnuit, necesar de a fi schimbat. Schimbarea nu trebuie să presupună o schimbare radicală și imediată a obișnuințelor persoanei.
4. Schimbarea propusă **nu trebuie să lezeze anumite valori** ale persoanei.

3.2. PROCESUL DE SCHIMBARE AL COMPORTAMENTULUI

Orice persoană, înainte de a iniția o schimbare, trebuie să devină conștientă de necesitatea acesteia, apoi să formeze o atitudine față de schimbarea planificată și, în final, să își modifice comportamentul pentru a ajunge la schimbarea dorită. Schimbarea comportamentului nu este un proces imediat, dar urmează mai multe etape, are nevoie de acțiuni treptate și coerente, precum și de resurse.



Identificarea stadiului la care se află pacientul este începutul fiecărei strategii de comunicare individuală. Acest lucru nu este însă o diagnoză finală, ci mai degrabă un punct de la care vom porni pentru a găsi mesajele și canalele de comunicare cele mai eficiente.

În primele stadii, schimbarea este cea mai dificilă. De aceea este important să ținem cont de doi factori:

1. beneficiile personale și pentru familie și
2. stima de sine și tentațiile potențiale.

În momentul în care sincronizăm intervenția comunicațională cu stadiul de schimbare al comportamentului este necesar și important să ajutăm pacienții să găsească beneficii ale noului comportament

și să îi ajutăm să reducă efectele negative sau costurile pentru a se angaja în următorul stadiu. De exemplu, încercând să ajutăm o femeie obeză, cu diabet de tip 2 să își crească nivelul de activitate fizică prin exerciții, ar fi util să elaborăm împreună o listă de beneficii ale noii stări. Deci, în loc să o încurajăm să identifice beneficiile exercițiilor fizice asupra diabetului, ar fi util să o încurajăm să gândească beneficii, inclusiv, pentru familia ei: *familia mea nu își va mai face atâtea griji pentru sănătatea mea, voi putea să mă joc cu nepoții mei, îmi voi ajuta soțul, copiii etc.*

Unul dintre cele mai importante momente în analiza situației pacientului se referă la încrederea în sine și la tentațiile care pot să apară în diferite situații. De exemplu, când pacienții încearcă să reducă cantitatea de grăsimi folosite în mâncare, vor fi tentați să mănânce mai mult la o sărbătoare sau când sunt stresați sau deprimați. Este important să îi ajutăm să identifice potențialele tentații și să îi ajutăm să capete încrederea că vor reuși.

Ce îi ajută pe oameni ca să se schimbe?

În primul rând – **informația adecvată** despre starea lui actuală, ce este boala, riscurile prezente și beneficiile schimbării. Fiți atenți în prezentarea mesajelor înspăimântătoare. Fiind prea covârșitoare, acestea pot limita eforturile de schimbare a comportamentului, fiindcă pot trezi sentiment de negare la persoanele vizate. Mesajele negative trebuie să fie echilibrate din punct de vedere a inducerii fricii.

Un alt factor important este prezența **elementului emoțional**. Persoanele trebuie să simtă vulnerabilitatea care le-o poate induce boala, compasiune pentru cei afectați sau grija pentru familia sa, care poate suferi din cauza urmărilor bolii. Emoțiile pot fi atât negative, bazate pe frică și supărare, cât și pozitive, bazate pe dragoste și speranță.

În al treilea rând – **analiza abilităților personale** pentru realizarea schimbării. Persoanele trebuie să fie competente și sigure în practicarea unui nou tip de comportament (ex.: o persoană cu diabet să își poată crea un meniu sănătos, să cunoască care produse sunt sănătoase și care îi pot dăuna, cantitatea necesară a acestora, exercițiile fizice recomandate, controlul glicemiei etc.).

Și, nu în ultimul rând, un rol important în adoptarea unui comportament nou îl are **mediul**. Oamenii trebuie să aibă acces la resursele necesare comportamentului nou (ex.: produse pentru diabetici, glicometru etc.) și să trăiască într-un mediu unde comportamentul sănătos este încurajat și susținut de comunitate. Aici, un rol important le revine actorilor din societate, începând cu autoritățile publice centrale, cât și agenților locali, care trebuie să realizeze intervenții pentru a asigura condițiile oportune pentru adoptarea comportamentelor sănătoase de către membrii comunității.

Astfel, în procesul de inițiere a intervenției comunicaționale pentru schimbarea comportamentului sunt recomandați următorii pași, necesar de realizat, în relația cu persoana interesată în schimbarea comportamentului cu risc pentru sănătate:

- Manifestați încrederea în persoana vizată, convingeți-o că ea are puterea și voința necesară de a iniția schimbarea.
- Empatizați persoanei vizate (a-i înțelege sentimentele, preocupările acesteia) în dificultatea și complexitatea schimbării propuse, fiind necesar de înfruntat presiunea semenilor, mediului, disconfort sau dependență fizică etc.
- Arătați înțelegere, acceptare și aprobare în caz când persoana revine la comportamentul anterior, când sunt abateri de la plan. Oamenii pot adopta comportamente noi, însă pot reveni la obiceiurile vechi, în special, în caz de stres sau sub influența unui mediu, anturaj. A ceda este normal, nu e târziu să încerci din nou. Revenirea este partea ciclului de schimbare a comportamentului.
- Interesați-vă mereu cum persoana vizată vede situația, aceasta poate fi o viziune total diferită de a dumneavoastră. Întrebați cum vede ea/el schimbarea.
- Manifestați interes față de schimbările produse, chiar și minore, arătați susținere și apreciere. Insuflați respectul demnității și încrederea în sine pentru persoana vizată.
- Încurajați persoana să își creeze planul propriu al schimbării. Oferiți ajutor în explorarea posibilităților, resurselor și dezvoltarea abilităților necesare schimbării.

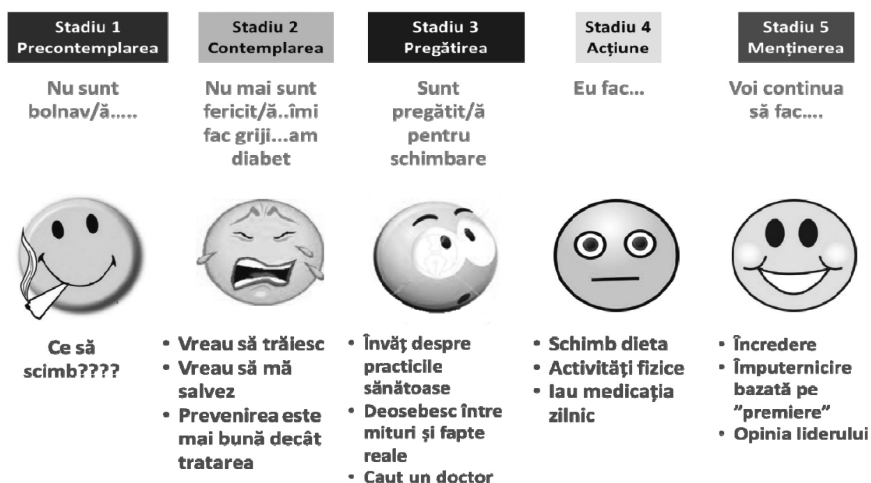
3.3. ETAPELE CCSC

Schimbarea comportamentului pornește de la identificarea obiectivelor de schimbare. Întrebarea la care se cere răspuns în mod primar este: *care sunt schimbările pe care le dorim în comportamentul unei persoane sau a unei comunități?*

De obicei, pacientul trece prin câteva stadii de schimbare: inconștient – conștient – îngrijorat – cunoscător – motivat spre schimbare – încearcă să își schimbe comportamentul – practică un comportament schimbat într-un mod sustenabil. Un alt mod de a prezenta, specific diabetului este demonstrat mai jos:

Stadii de schimbare a comportamentului...

Diabetul



Precontemplarea - pacienții nu au intenția să își schimbe comportamentul, spre exemplu, a reduce masa corporală în viitorul apropiat. Persoanele pot fi insuficient informate sau dezinformate cu privire la factorii de risc și consecințele comportamentului său pentru sănătate, deci nu conștientizează că ar avea nevoie de careva schimbări la moment. Unii acceptă necesitatea schimbării, dar într-un viitor îndepărtat, nedeterminat (*cândva...*). Alții pot avea careva

experiențe nereușite de schimbare în trecut și refuză să accepte această noțiune pentru alte comportamente ale sale (de ex.: *a încercat să facă sport cu mulți ani în urmă și nu a reușit, acum nici nu vrea să audă de schimbarea stilului de viață*).

Contemplarea – este etapa când persoana se începe a gândi în mod serios la necesitatea schimbării comportamentului său în viitorul apropiat, de exemplu, pacientul obez exprimă intenția de a schimba masa corporală în următoarele 6 luni, dar nicidecum într-un timp scurt. Aceste persoane sunt conștiente de prezența problemei și a riscului pentru sănătate, caută informații suplimentare, începe a cântări punctele pro și contra schimbării propuse.

Pregătirea pentru schimbare presupune intenția de schimbare într-un timp scurt și executarea anumitor pași spre direcția schimbării. Persoana vizată începe să planifice acțiuni pentru un viitor apropiat (ex.: luna ce urmează). Încearcă mai multe căi, moduri care, în opinia sa, poate să îl/o ajute în schimbare. De exemplu, persoana decide de a reduce din alimentele făinoase și a nu mânca după ora 18.00.

Acțiunea înseamnă că pacientul a realizat în ultimele 6 luni o schimbare și continuă acțiunile necesare, modificându-și stilul de viață, relația cu mediul, comportamentul pentru sănătate.

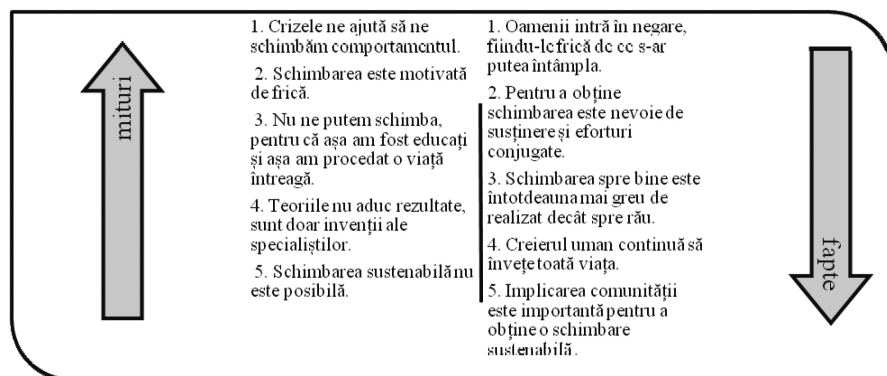
Etapa de **menținere** este considerată atunci când pacientul a realizat schimbarea și o practică timp de 6 luni și mai mult. Efortul pacientului este de a se abține de la revenirea la comportamentul precedent.

Rolul CCSC în diabet poate fi sumarizat în felul următor:

- a. crește nivelul de informare al pacientului și comunității,
- b. stimulează dialogul comunitar asupra problemei diabetului,
- c. promovează schimbarea atitudinii față de diabet și bolnavi,
- d. permite schimbarea politicilor de sănătate,
- e. creează o cerere de servicii și informare despre diabet,
- f. reduce miturile și stereotipurile existente despre diabet.

La rândul ei, schimbarea comportamentului are o serie de pași, prin care trece fie pacientul, fie comunitatea, fie o anumită instituție. Acești pași sunt iterativi și pot lua forma unei bucle. Uneori este nevoie să se facă un pas înapoi, alteori se sare peste niște trepte, în funcție de contextul social sau cultural sau circumstanțe care pot să apară.

De obicei, oamenii adoptă un nou comportament, în momentul în care un lider de opinie își schimbă comportamentul și promovează noile schimbări. Totodată, există o serie de mituri despre schimbarea comportamentului, care pot periclita orice strategie bună:



3.4. **FACTORII CARE INFLUENȚEAZĂ COMPORTAMENTUL UMAN**

Factorii care influențează comportamentul uman pot fi categorizați în câteva niveluri: factori personali, sociali, de mediu local, de mediu extins.

Factorii **personali** se referă, în primul rând, la nivelul de cunoștințe, informații și capacitatea de înțelegere pe care le deține pacientul (spre ex.: ce știe despre diabet, care sunt miturile sau stereotipurile cu care operează etc.). Informarea este, de obicei, primul pas în comunicare. De cele mai multe ori ea, însă, nu conduce la schimbarea comportamentului.

Al doilea factor important este **atitudinea**. Dar nici schimbarea atitudinii față de dulciuri de exemplu, nu este încă o condiție suficientă pentru a schimba comportamentul alimentar. Pacienții diabetici pot găsi în acest caz scuze de tipul: *știi că îmi face rău, dar așa mă calmez*. Atitudinea este, însă, precursor important schimbării comportamentului. Acest lucru va trebui utilizat la elaborarea strategiei de comunicare. În acest context este important de menționat rolul **motivației** în realizarea unui comportament sau a unei schimbări. Motivele pot fi diferite după intensitate (puternice, moderate, slabe), pot varia după conținut și durată. Cunoscând detaliile motivației persoanelor vizate, va fi mult mai ușor de înțeles strategia de comunicare oportună pentru fiecare caz aparte.

Un rol important în adoptarea unor comportamente îl au **stereotipurile** prezente în societate – atunci când se acceptă o opinie deja formată și se ignoră informațiile care sunt în dezacord cu ceea ce „se cunoaște” deja (ex.: convingerea că *„tot ce spun la televizor sunt minciuni”* sau *„omul gras este sănătos”*).

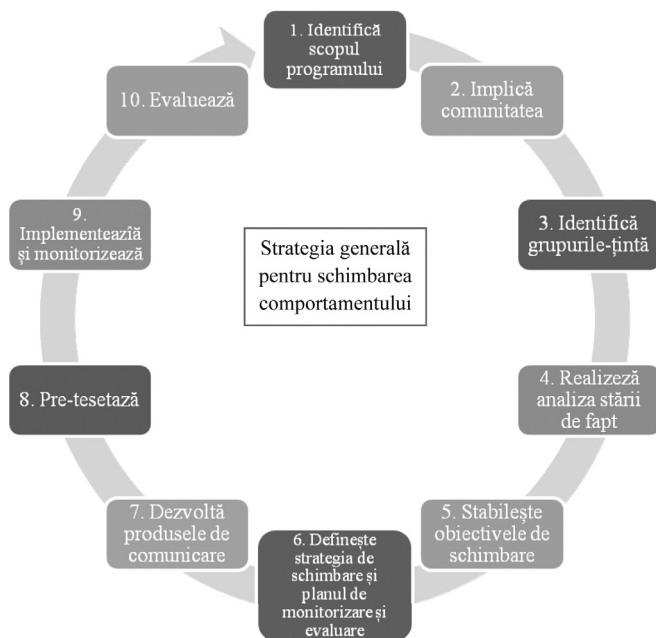
Un alt factor important personal sunt **obiceiurile și rutina**. Orice om își construiește un habitat, care presupune acțiuni automate. Cu cât repetăm un anumit comportament, cu atât mai automat acesta devine. În momentul practicării unui comportament nou, este important ca acesta să devină rutină. Astfel, vom putea înlocui comportamentele vechi dăunătoare cu altele noi, sănătoase. Este important ca noile comportamente să fie însoțite de beneficii emoționale.

Factorii **de mediu local sau extins** se referă la tradiții locale, tabieturi comportamentale ale comunității sau valori care definesc o societate. În cazul diabeticii, comportamentul alimentar al familiei poate fi unul dintre factorii-cheie în atingerea unui nou tip de comportament.

O influență importantă asupra comportamentului membrilor comunității îl au factorii **instituționali** și cei **comunitari**. Crearea condițiilor adecvate pentru acceptarea unor comportamente noi, sănătoase, oferite din partea instituției pentru angajații săi sau din partea actorilor comunitari, sunt elementele-cheie care influențează comportamentul oamenilor. De exemplu, în cadrul unei instituții, administrația oferă posibilitatea de a lua prânzul cu un meniu sănătos,

care include legume, fructe proaspete etc.; instituția are organizată o sală de relaxare, activități sportive sau dans pentru angajații săi. Desigur, astfel de condiții vor motiva angajații să mențină un mod sănătos de alimentare, să practice activități fizice. În același context, atunci când, la nivel de comunitate, sunt organizate săli pentru activitate sportivă, benzi de ciclism, terenuri amenajate, în magazine sunt oferite produse cu conținut redus de glucide, grăsimi, fructe și legume proaspete, pentru membrii comunității va fi mult mai ușor să adopte un comportament sănătos.

3.5. STRATEGIA GENERALĂ PENTRU SCHIMBAREA COMPORTAMENTULUI



1. Identificați scopul programului.

Scopul programului de schimbare a comportamentului ar putea fi, de ex.: reducerea ratei de incidență a diabetului de tip 2 în zona

geografică X, sau ameliorarea riscurilor pentru profilurile asociate cu diabet de tip 2.

Scopul este de obicei general și constituie punctul de pornire în elaborarea obiectivelor.

2. Implicați comunitatea

Împreună cu autoritățile publice locale, școală sau alte instituții, organizați o întâlnire în care discutați intenția Dvs. și cereți opiniile comunității asupra programelor de diabet existente și asupra măsurilor de comunicare aplicate.

3. Identificați grupurile-țintă

Grupurile-țintă primare vor conține de obicei bolnavii afectați de diabet.

Grupurile-țintă secundare se vor referi la familiile acestora și comunitatea apropiată (alte rude, prieteni, vecini).

Grupurile-țintă terțiare se referă la comunitatea largă.

4. Realizați analiza stării de fapt

- a. Creați o bază de date a pacienților bolnavi, cu informație cât mai detaliată, inclusiv, cu stadiul de schimbare la care se află. De asemenea, veți introduce grupurile de risc.
- b. Identificați resursele și oportunitățile pentru intervenția CCSC.
- c. Colectați informație cât mai amplă despre comportamentele, atitudinile, fricile și speranțele grupurilor-țintă (se poate face în întâlniri și focus-grupuri).
- d. Definiți rețelele de comunicare și sociale (cu cine comunică mai des, despre ce, care sunt instrumentele de comunicare on-line folosite etc.).
- e. Identificați măsuri de creștere a comportamentului sănătos.

5. Stabiliți obiectivele de schimbare

Obiectivele vor fi formulate în termeni SMART: Specifice, Măsurabile, Accesibile, Relevante și Măsurabile în timp. Spre exemplu, reducerea consumului de carbohidrați cu 30% în următoarele 3 luni.

6. Definiți strategia de schimbare și planul de monitorizare și evaluare

Strategia de schimbare a comportamentului poate fi elaborată în contextul întrunirilor cu comunitatea. După ce aveți stabilite obiectivele de schimbare de comportament, este necesar să stabiliți obiective de comunicare. Diferența dintre obiectivele de comportament și cele de comunicare este următoarea:

Obiective de comportament	Obiective de comunicare
Reducerea consumului de carbohidrați cu 30% în următoarele 3 luni.	60% din populația localității este conștientă de riscul de consum al carbohidraților pentru diabetici
Creșterea cu 30% a activității fizice a bolnavilor cu diabet de tip 2.	75% din populație este conștientă despre importanța exercițiului fizic pentru păstrarea stării bune de sănătate

Strategia va conține o serie de mesaje, care vor fi adresate grupurilor-țintă separat și un mesaj comun tuturor grupurilor. Mesajul va avea drept scop motivarea pentru schimbare, stimularea dialogului sau promovarea unui mod de viață. Un mesaj bun va conține: pe de o parte, comportamentul dezirabil pentru un anumit grup-țintă (*faceți sport de 3 ori pe săptămână*) și un beneficiu foarte clar (*greutatea ta va scădea cu 2 kg pe săptămână, masa musculară va crește cu ...*). Pentru a formula mesajul, utilizați datele din analizele realizate.

Propuneți mesaje care vor ține cont de bariere (să fie cât mai puțin costisitoare activitățile propuse, cât mai aproape de casă, cât mai pliate pe vârsta pacientului, etc.). De obicei mesajul are următoarea formă: *Dacă faci X, vei obține Y.*

Alegerea canalelor de comunicare este vitală în CCSC. Pentru mesajele generale, de informare veți opta pentru mass-media locală sau națională. Mesajele reduse la un anumit grup-țintă vor fi livrate fie în comunicarea interpersonală, fie în comunicarea de grup. Printre cele mai eficiente canale de comunicare în diabet sunt:

- liderii comunității vorbesc despre problemă și propun soluții,
- norme sociale noi (autoritățile organizează concursuri de gătit sănătos sau campionate sportive),

- consultații individuale,
- lucru în grup, pe grupuri-țintă,
- influența rudelor sau a prietenilor etc.

Elaborarea planului (matricei de comunicare) are loc tot la această etapă. Matricea de comunicare va conține următoarele componente:

Comportament alimentar	Zona problemei	Comportamentul curent	Ținta în 2 ani	Grupul-țintă	Mesajul/ mesajele	Canale de comunicare	Instrumente	Indicatori finali Calitate/timp
Folosirea grăsimii în alimentație			Reducerea grăsimilor cu 75%	Bolnavi de diabet tip 2l, femei	Dacă vei mânca verdeață/rămâi tânără și frumoasă. Când mănânci fără grăsimi/glicemia scade cu _%.	Lucru în grup. Consiliere individuală.	Dialog. Exerciții de grup.	— nr de pacienți renunță la mâncarea cu grăsimi până în 2018.

7. Dezvoltați produsele de comunicare

Pentru mesajele adresate publicului mare veți avea nevoie de pliante, buletine de informare semestrială. Se poate înființa o pagină sau un grup pe rețele sociale, în care grupurile-țintă să comunice între ei. Spre exemplu: grupul părinților copiilor diabetici.

8. Pre-testarea

Toate mesajele și instrumentele de comunicare vor fi pre-testate în întâlniri cu grupurile-țintă.

9. Implementați și monitorizați

Planul de comunicare trebuie monitorizat trimestrial, pentru a putea fi ajustat situației și contextului. În caz de necesitate, instrumentele sau canalele de comunicare – vor fi reajustate.

10. Evaluați

Acțiunile și rezultatele vor fi evaluate anual, iar programul adaptat în funcție de evaluarea rezultatelor.

Mass media locală și națională trebuie și pot deveni aliați de încredere în livrarea mesajelor dvs. De asemenea, autoritățile publice locale sau instituțiile precum școala, policlinicile/spitalele locale sau medicii de familie. CCSC a reușit să aducă rezultate în domeniul sănătății în multe țări.

Nu ezitați să cereți ajutorul partenerilor și colegilor în elaborarea programului de schimbare al comportamentului și nu uitați: **o călătorie de o mie de kilometri începe de la primul pas!**

Bibliografie:

1. Aggleton P. Behavior change communication strategies. *AIDS Educ Prev.* 1997 Apr;9(2):111-23.
2. Communication/Behaviour Change Tools Programme Briefs No. 1 Entertainment-Education January 2002. UNFPA, Technical Support Division.
3. Ețco C., Moroșanu M., Goma L., Davidescu-Creangă E. Comunicarea pentru schimbarea comportamentală : suport de curs universitar. Red. șt. : C. Ețco. Chișinău : Medicina, 2008.
4. Lefevre T., Nikiforova N. Tools for behaviour change communication for HIV/ AIDS: an annotated bibliography. Arlington, Family Health International, 2004.
5. Niculau A. Manual de psihologie socială. Iași: Polirom, 2004.
6. Pânișoară I.O. Comunicarea eficientă. Ed.IIa. Iași: Polirom, 2004.
7. Roberts A., Pareja R., Shaw W. et al. A Tool Box for Building Health Communication Capacity. Academy for Educational Development, Washington, 1995.
8. Ryan P. Integrated Theory of Health Behavior Change: Background and Intervention Development. *Clin Nurse Spec.* 2009 ; 23(3): 161–172.
9. The World Health Report. Reducing Risks , Promoting Healthy Life. World Health Organization 2002. Disponibil la: http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf?ua=1

Categorii de alimente în funcție de IG:

- **Alimente cu IG mic (<55):**

IG 15: conopida, praz, țelina, varza, vinete.

IG 25: căpșuni.

IG 30: caise, grapefruit, lapte, linte, morcov crud.

IG 35: iaurt, mazăre verde, mere, prune, pere proaspete, roșii.

IG 40-50: fasole verde (40), struguri (45), ananas (45), pâine de secară (48), kiwi (50), paste integrale (50).

- **Alimente cu IG mediu (55-69):**

IG 55: griș fiert.

IG 60: banane, gem cu zahar, înghețata cu zahăr, miere, pizza.

IG 65: cus-cus, marmelada cu zahăr, mămăliga, pâine din făină integrală, porumb fiert, stafide.

- **Alimente cu IG mare (>70)**

IG 70: ciocolata

IG 75: biscuiți din făină albă, gogoși.

IG 85: cartofi fierți, făină de grâu, fulgi de porumb, orez fiert, pâine din făină albă.

IG 90: pâine fără gluten.

IG 95: cartofi prăjiți.

Cantități de alimente care conțin 10 grame de glucide

Lapte și produse lactate	1 pahar lapte – 200 ml
	1 pahar iaurt – 200 ml
	1 pahar lapte bătut – 200 ml
Pâine și produse de panificație	1/2 chifla – 20 g
	1/2 corn – 30 g
	1-2 felie felie pâine neagră – 25 g
	1/2 felie pâine de secară – 25 g
	1 felie pâine prăjită – 25 g
	1 felie pâine albă – 20 g
	1/2 felie pâine de grâu și secară – 20 g
	2 pesmeți – 15 g
	5 biscuiți – 15 g
	15 sticksuri – 15 g
Făina și paste	1 lingură făina – 15 g
	2 linguri fulgi de porumb – 15 g
	1 lingură orz – 15 g
	1 lingură arpacaș – 15 g
	1 lingură boabe ovăz – 15 g
	1 lingură fulgi de ovăz – 15 g
	1 lingură mei – 15 g
	1 lingură mălai – 15 g
	1 lingură pesmet – 15 g
	1 lingură fiertură de cereale – 15 g
	1 lingură orez nefiert – 15 g
	2 linguri orez fiert – 45 g
	1 lingură boabe de secară – 15 g
	1 lingură făină de secară – 15 g
	paste făinoase, nefierte – 15 g

Făina și paste	paste făinoase, fierte – 45 g
	1 lingură boabe de grâu – 15 g
	1 lingură făina de grâu – 15 g
	1 lingură griș – 15 g
Cartofi, produse din cartofi și legume	1 cartof (mărime medie) – 65 g
	chipsuri din cartofi – 25 g
	1 lingură fulgi de cartofi – 15 g
	2 linguri cartofi piure – 75 g
	castane comestibile – 30 g
	1/2 sarmală – 45 g
	2 crochete – 35 g
	3 linguri porumb dulce – 65 g
	porumb pe știulete – 100 g
	cartofi prăjiți – 35 g
Fructe (* = cu sâmbure sau coaja)	1 felie ananas* – 140 g
	1 măr mic * – 90 g
	1 medie portocală* – 150 g
	2-3 caise* – 110 g
	1/2 banană* – 70 g
	1 pară mică * – 90 g
	7 linguri coacăză neagră – 140 g
	8 linguri mure – 140 g
	10 căpșuni – 160 g
	1 smochină* – 80 g
	rodie* – 170 g
	8 linguri zmeură – 150 g
	7 linguri soc – 140 g
	7 linguri coacăză – 140 g
	cireșe* – 90 g
	1 kiwi mare* – 110 g
	2 mandarine* – 150 g

Fructe (*= cu sâmbure sau coaja)	mango* – 110 g
	pepene galben * – 100 g
	1/2 grapefruit* – 170 g
	1 piersică* – 120 g
	4 prune* – 90 g
	7 linguri afine – 140 g
	1 gutuie* – 140 g
	6 linguri agrișe – 120 g
	pepene verde* – 270 g
	12 struguri – 70g
Sucul proaspăt de fructe	Se calculează ca și aceeași cantitate de fructe. Aproximativ 100 ml din sucurile de fructe din comerț (100% naturale, fără alte substanțe adăugate) conțin aproximativ 10 g glucide.

