

KOALICJA NA RZECZ WALKI Z CUKRZYCĄ

RAPORT

WYNIKI BADANIA
„SPOŁECZNY OBRAZ CUKRZYCY”

14 LISTOPADA 2010



KOALICJA NA RZECZ WALKI Z CUKRZYCĄ

RAPORT Z BADANIA „SPOŁECZNY OBRAZ CUKRZYCY”

OPRACOWANIE I METODOLOGIA:

DR TOMASZ SOBIERAJSKI – SOCJOLOG ZDROWIA I NEUROSOCJOLOG, ADIUNKT NA WYDZIALE STOSOWANYCH NAUK SPOŁECZNYCH UNIWERSYTETU WARSZAWSKIEGO, KIEROWNIK PODYPLOMOWEGO STUDIUM EWALUACJI PROJEKTÓW, BADACZ I ANALITYK PROCESÓW SPOŁECZNYCH, AUTOR I KOORDYNATOR WIELU BADAŃ POLSKICH I MIĘDZYNARODOWYCH, EKSPERT KOMISJI EUROPEJSKIEJ W ZAKRESIE ZASTOSOWANIA METODY FORESIGHT WE WDRAŻANIU PROJEKTÓW UNIJNYCH, CZŁONEK TASA THE AUSTRALIAN SOCIOLOGY ASSOCIATION.

REDAKCJA NAUKOWA:

DR HAB. N. MED. LESZEK CZUPRYNIAK – SPECJALISTA CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH I DIABETOLOGII, PRACOWNIK KLINIKI CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH I DIABETOLOGII UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W ŁODZI, ZAJMUJE SIĘ BADAANIAMI KLINICZNYMI DOTYCZĄCYMI CUKRZYCY, OTYŁOŚCI I NADCIŚNIENIA TĘTNICZEGO. JEST AUTOREM PRAC PUBLIKOWANYCH M.IN. W DIABETES CARE, DIABETIC MEDICINE, JOURNAL OF DIABETES AND ITS COMPLICATIONS, DIABETES TECHNOLOGY AND THERAPEUTICS, LANCET, OBESITY SURGERY,). OBECNIE PEŁNI FUNKCJĘ WICEPREZESA I PREZESA-ELEKTA POLSKIEGO TOWARZYSTWA DIABETOLOGICZNEGO ORAZ CZŁONKA ZARZĄDU GŁÓWNEGO EUROPEJSKIEGO TOWARZYSTWA BADAŃ NAD POWIKŁANIAMI CUKRZYCY (EASD), OD 2009 ROKU CZŁONEK RADY NAUKOWEJ KOALICJI NA RZECZ WALKI Z CUKRZYCĄ.



SPIS TREŚCI

WPROWADZENIE DO RAPORTU

GLOBALNA PANDEMIA CUKRZYCY	4
EPIDEMIOLOGIA SPOŁECZNA A CUKRZYCA	6
ROLA BADAŃ SPOŁECZNYCH W LECZENIU I PROFILAKTYCE CUKRZYCY	8
INFORMACJE O BADANIU	9
WNIOSKI OGÓLNE	11

WYNIKI BADAŃ

SPOŁECZNA ŚWIADOMOŚĆ CUKRZYCY	12
-------------------------------	----

PROFIL PACJENTA Z CUKRZYCĄ

STATYSTYCZNY CHORY NA CUKRZYCĘ	17
DEFINIOWANIE CHOROBY	18
CO CHORZY WIEDZĄ O CUKRZYCY	20

CUKRZYCA I CO DALEJ

ROZPOZNANIE JAK WYROK	24
TRUDNE LECZENIE	26
LEKARZ ŹRÓDŁEM INFORMACJI	28
STRACH PRZED POWIKŁANIAMI	30
DIETA I WYSIŁEK FIZYCZNY	33
SAMOKONTROLA CZYLI Z DZIEŃ Z CUKRZYCĄ	36
WIEDZA I POSZUKIWANIE INFORMACJI	38

DZIEŃ ZA DNIEM Z CUKRZYCĄ

CUKRZYCA A SPOŁECZEŃSTWO	43
ZMIANA SPOSOBU ŻYCIA	45
DA SIĘ ŻYĆ Z CUKRZYCĄ	46

O KOALICJI NA RZECZ WALKI Z CUKRZYCĄ	50
--------------------------------------	----



WPROWADZENIE DO RAPORTU

GLOBALNA PANDEMIA CUKRZYCY

Cukrzyca stanowi poważne, globalne zagrożenie, a liczba chorych z cukrzycą gwałtownie wzrasta. Na świecie co 5 sekund diagnozuje się cukrzycę u kolejnej osoby. Co 10 sekund ktoś umiera z powodu powikłań tej choroby. Szczególnie silny wzrost liczby chorych na cukrzyce obserwuje się w krajach rozwijających się. Szacowana liczba chorych w Polsce wynosi 2,6 miliona, czyli 5 proc. polskiego społeczeństwa, prawdopodobnie około 750 tys. z nich jeszcze o tym nie wie.

Na świecie chorych jest już niemal 285 milionów osób. Według Międzynarodowej Federacji Diabetologicznej (IDF) w ciągu piętnastu lat – pomiędzy rokiem 1985 a 2000 – liczba chorych na cukrzycę na świecie wzrosła pięciokrotnie. Według WHO do roku 2025 liczba chorych wzrośnie do około 300 milionów, a według IDF – nawet do 438,4 milionów w 2030. Tylko w samej Europie w 2010 roku liczba osób z cukrzycą osiągnie 55,2 mln, a w 2030 nawet 66,2 mln, co stanowi 20% wzrost zachorowań. Większej dynamiki zmian oczekuje się w krajach rozwijających się, gdzie przewidywany wzrost rozpowszechnienia cukrzycy typu 2 może osiągnąć nawet 170% w tym czasie. Powodem tego zjawiska jest wzrost odsetka osób starszych oraz szybkie przejmowanie przez społeczeństwa „zachodniego stylu życia”, przede wszystkim oznaczającego zmniejszenie aktywności fizycznej i spożywanie bogato kalorycznych posiłków co bezpośrednio prowadzi do rosnącej częstości otyłości.

Cukrzyca i jej powikłania należą do pięciu najczęstszych przyczyn śmierci w krajach rozwiniętych. Cukrzyca i cztery inne choroby przewlekłe, których znaczenie podkreśla WHO, to jest choroby serca, udar mózgu, nowotwory oraz choroby układu oddechowego, odpowiadają za około 60% zgonów na całym świecie, z czego 80% dotyczy krajów o małym i średnim dochodzie narodowym. Uznaje się, że w skali globalnej osoby z cukrzycą żyją średnio o 15 lat krócej i 5-6 razy częściej umierają z powodu chorób sercowo-naczyniowych w porównaniu do osób bez cukrzycy.

Szacuje się, że cukrzyca i jej powikłania stanowią 1 z 5 najczęstszych przyczyn zgonów w krajach wysoko rozwiniętych. Liczba zgonów z powodu cukrzycy jest na świecie podobna do liczby umierających z powodu AIDS. Międzynarodowa Federacja Diabetologiczna alarmuje, że w ciągu najbliższych 20 lat odsetek chorych na cukrzycę w populacji dorosłych wzrośnie z 9% do około 11%. Prawdopodobnie w 2010 roku cukrzyca będzie przyczyną ponad 29 tys. zgonów w Polsce.



EPIDEMIOLOGIA SPOŁECZNA A CUKRZYCA

Od starożytności do początku XX wieku przyczyny chorób ujmowane były w szerokim kontekście ekonomiczno-społeczno-kulturowym. Wierzano, że za choroby czy epidemie chorób odpowiedzialne są takie czynniki jak np. przelatująca kometa czy rzucony przez boga urok, zły czar. Dostrzegano, że choroby rozwijają się szybciej lub wolniej w określonych grupach społecznych, a gradacja rozwoju choroby jest uwarunkowana od zamożności danej grupy, warunków w jakich żyje i pracy jaką wykonuje. Warto tu wspomnieć chociażby o badaniach Villerme dotyczących problemów zdrowotnych z jakimi borykali się robotnicy z zakładów tekstylnych czy badaniach Virchowa dotyczących epidemii tyfusu na Śląsku.¹ Przełom w ujmowaniu choroby w kategoriach społecznych nastąpił na początku XX wieku, kiedy to odkrycie drobnoustrojów, skierowało myślenie o chorobie na tor mechanicystyczny, nie zwracając szczególnej uwagi na kontekst społeczny. Kryzys epidemiologii społecznej pogłębiło odkrycie roli genów i dziedziczenia w rozwoju określonych chorób.

W związku z tym ludzie poczuli się niejako „zwolnieni” z obowiązku dbania o zdrowie, zdając się na jednotorową walkę z drobnoustrojami lub godząc się z „losem” zapisanym w matrycy genetycznej.

Jednak o ile dzięki rozwojowi farmakologii (głównie wakcynologii) poradziłyśmy sobie z chorobami zakaźnymi, to ich miejsce, szczególnie pod koniec XX i na początku XXI wieku zajęły choroby przewlekłe, zwane również chorobami cywilizacyjnymi. Jednotorowe, proste leczenie i myślenie o tych chorobach jest zgubne i z góry skazane na porażkę. W przypadku tego rodzaju chorób trudno znaleźć jedną, ewidentną przyczynę, czynnik sprawczy. Monopol biologii został przełamany, a rola warunków społecznych i czynników psychologicznych w przypadku chorób przewlekłych zaczęła odgrywać kluczową rolę.

Nie inaczej jest w przypadku cukrzycy, ponieważ statystyki demograficzne, zmiana stylu życia społeczeństw i wyniki analiz lekarzy sprawiają, że rozważania na temat cukrzycy dotyczą nie tylko

¹ Zob. B. Uramowska-Żyto, *Socjologiczne koncepcje zdrowia i choroby*



kwestii czysto medycznych, należy je więc rozważyć również na poziomie psychologicznym, jak i socjologicznym.

Pierwszy poziom – psychologiczny, jednostkowy – odnosi się do sfery radzenia sobie najpierw z informacją o chorobie, a potem już z samą chorobą. Mechanizm różnicowania emocji dla pacjentów dowiadujących się o tym, że są chorzy na cukrzycę (niezależnie czy typu 1 czy typu 2) jest podobny do każdej innej sytuacji, w której słyszymy rozpoznanie choroby od lekarza. Z jedną, bardzo istotną różnicą. Chorzy na cukrzycę już na samym początku mają odbierane to, co coraz częściej dla lekarzy jest kluczem, złotym środkiem, sposobem na wyleczenie pacjenta – nadzieję. Pacjenci z cukrzycą słyszą słowa, które pozbawiają ich wszelkich złudzeń – „choroba jest przewlekła czyli – innymi słowy – nieuleczalna”. Ta świadomość doprowadza pacjentów nierzadko na skraj negatywnych emocji i nie służy długotrwałemu, często uciążliwemu procesowi leczenia.

Drugi poziom – społeczny, socjologiczny – jest dużo bardziej rozbudowany i odnosi się do sfery demografii, ekonomii, zdrowia publicznego i epidemiologii. Demografowie wspólnie z diabetologami biją na alarm – za niespełna 20 lat co dziesiąta osoba w naszym społeczeństwie będzie miała zdiagnozowaną cukrzycę typu 2. W tej chwili takich osób jest około 2 miliony. Przy czym należy położyć nacisk na słowo „zdiagnozowaną”, ponieważ szacunki lekarzy wskazują na to, że każdą liczbę osób ze zdiagnozowaną cukrzycą należy pomnożyć przez dwa dodając liczbę osób żyjących w nieświadomości. Osobnym problemem jest co najmniej taka sama liczba osób bez cukrzycy, ale ze stanami pośrednimi tzw. nietolerancją glukozy. Badania wskazują, że co trzecia osoba z zaburzeniami tolerancji glukozy zachoruje na cukrzycę w ciągu 6-8 lat.



ROLA BADAŃ SPOŁECZNYCH W LECZENIU I PROFILAKTYCE CUKRZYCY

Dzięki informowaniu społeczeństwa o zagrożeniu cukrzycą będziemy mogli spełnić dwa ważne wymogi – po pierwsze informacja o chorobie nie będzie przez pacjentów kojarzona z odebraniem wszelkich szans na normalne funkcjonowanie, a po drugie wskaże wszelkie możliwości leczenia, które nie wyniszczają zdrowia pacjenta. Niezbędna wydaje się również prowadzona równoległe z edukacją profilaktyka, która zwróci uwagę na obecny, silnie determinujący cukrzycę styl życia, szczególnie wśród dzieci i młodzieży szkolnej.

Rzetelnej informacji i skutecznym działaniom informacyjnym w zakresie zdrowia i choroby służą badania socjologiczne wpisujące się w nurt epidemiologii społecznej. Dlatego też od czerwca b.r. Koalicja na Rzecz Walki z Cukrzycą wspólnie z TNS OBOP rozpoczęła ogólnopolskie badanie epidemiologiczne poświęcone epidemii cukrzycy w Polsce. Jest to pierwsze tego typu badanie, które na celu ma nie tylko określenie sytuacji epidemiologicznej, ale także dostarczenie szczegółowych informacji na temat faktycznej kondycji, potrzeb osób chorych na cukrzycę w Polsce. Projekt ma na celu także zbadanie percepcji problemu cukrzycy i osób chorych wśród szerokiej opinii publicznej, a także osób będących blisko choroby – lekarzy specjalistów, pielęgniarek, jak i samych pacjentów.

Tego typu projekt epidemiologiczny ma kluczowe znaczenia dla oceny kondycji cukrzycy w Polsce, a także zbadania prawdziwego profilu tej choroby, jej faktycznych ograniczeń i potrzeb, bo jak podkreślają organizatorzy badania, w Polsce nie ma tego typu danych. Niewystarczające są również informacje dotyczące problemów polskiej diabetologii widzianej z różnych perspektyw – pacjenta, lekarza i szerokiej opinii społecznej. Tak więc konieczne stało się przygotowanie projektu, którego celem jest rozpoznanie problemu, zebranie aktualnych danych, pomocnych w kontrolowaniu powyższego zagrożenia oraz opracowanie strategii działań profilaktycznych.



O BADANIU „SPOŁECZNY OBRAZ CUKRZYCY”

Badania miały charakter triangulacyjny² w odniesieniu do użytych metod, a także wprowadziły głębszą perspektywę poznawczą poprzez szczególny dobór respondentów do badania. Z jednej strony są to statystycznie wybrani Polacy, którzy dzielą się swoimi spostrzeżeniami na temat cukrzycy i wiedzą, jaką posiadają na temat tej choroby³. Z drugiej strony są to sami chorzy, którzy przy pomocy kwestionariuszy ankiet⁴ oraz w przeprowadzonych badaniach FGI⁵ opowiedzieli o swojej chorobie: jak się o niej dowiedzieli, jak się leczą, jak z nią walczą, czy łatwo im jest żyć z cukrzycą w społeczeństwie, jak radzą sobie z codziennymi problemami, jak dbają o zdrowie i czy pogodzili się z myślą, że cukrzyca jest chorobą nieuleczalną. Wyniki badań po raz pierwszy pokazują szeroki, społeczny problem cukrzycy nazywanej w Stanach Zjednoczonych „jednym z pięciu największych zabójców”.

² Triangulacja - metoda stosowana w badaniach społecznych, mająca zapewnić wyższą jakość prowadzonych badań i ograniczenie błędu pomiaru. Polega na zbieraniu danych za pomocą dwóch lub większej liczby metod (np. obserwacja razem z sondażem czy analizą treści), a następnie porównywanie i łączenie wyników. Może też oznaczać łączenie metod jakościowych i ilościowych.

³ Badania zostały przeprowadzone przez TNS OBOP we wrześniu 2010 roku, techniką CAPI, w dwóch falach na reprezentatywnej grupie 2010 Polaków w wieku powyżej 15 lat. Badanie realizowane w ramach dwóch kolejnych fal, dla n=1005 w pierwszej fali i dla n=1005 w drugiej fali – łącznie 2010 wywiadów.

⁴ Badania zostały przeprowadzone przez Koalicję na Rzecz Walki z Cukrzycą techniką ankiety na losowej próbie 435 chorych na cukrzycę.

⁵ Badania zostały przeprowadzone przez TNS OBOP w październiku 2010 roku, techniką zogniskowanych wywiadów pogłębionych (FGI) wśród chorych na cukrzycę [pacjenci z cukrzycą typu 2, 6 grup: Warszawa, Łódź; łącznie 36 osób].



WNIOSKI OGÓLNE

Cukrzyca nie bez powodu nazywana jest epidemią XXI wieku. W Polsce choruje na nią 2,6 miliona ludzi, czyli 5 proc. społeczeństwa, a na całym świecie ok. 285 mln osób. Cukrzyca i jej powikłania stanowią jedną z pięciu najczęstszych przyczyn zgonów w krajach wysoko rozwiniętych. Czy mimo to wiemy czym jest cukrzyca i jak jej uniknąć? Wnioski płynące z badań każą twierdzić, że niestety niewiele.

Wiedza społeczeństwa na temat cukrzycy i jej profilaktyki nie jest duża. Co piąty Polak nigdy nie wykonał badania sprawdzającego stężenie glukozy we krwi, a tylko 26 proc. badanych deklaruje, że wykonuje to badanie corocznie. Według jednej trzeciej badanych cukrzycy nie można zapobiec. A to przecież my sami, bez względu na wiek, poprzez niebilansowaną, zbyt wysokokaloryczną dietę, brak aktywności fizycznej, „pracujemy” na cukrzycę.

Świadomość konsekwencji wynikających z cukrzycy także nie jest wystarczająca. Aż 35 proc. społeczeństwa nie potrafi wymienić ani jednego skutku choroby, mimo że jest to schorzenie wielonarządowe, charakteryzujące się szeregiem powikłań. Poczynając od uszkodzenia wzroku, nerek, nerwów obwodowych po udar mózgu, zawał serca, niedokrwienie kończyn dolnych oraz nawracające zakażenia grzybicze i bakteryjne.

Wiedza samych chorych o cukrzycy, choć stosunkowo większa niż u osób zdrowych, również nie jest satysfakcjonująca. Jej stosunkowo niski poziom prowadzi nie tylko do mało świadomego kontrolowania choroby, ale także do nie utrzymywania dyscypliny i prowadzenia mało higienicznego trybu życia.



Niska wiedza przekłada się także na dość „mechaniczne” podejście do choroby: ograniczenie do kontroli i sterowania poziomem cukru wg zaleceń lekarza, ale bez dogłębnego zrozumienia istoty samej choroby.

Znacznym problemem dla chorych jest przestrzeganie diety. Badani z niechęcią przyjmują ograniczenia żywieniowe, a w konsekwencji niewiele wiedzą jak powinna wyglądać prawidłowo dobrana dieta. Jeśli nawet pacjent taką wiedzę posiada, to rzadko się do niej stosuje.

Uzyskane wyniki badań powinny skłonić do szybkiego podjęcia szerokich działań edukacyjnych i profilaktycznych. Muszą być one skierowane nie tylko do osób zdrowych, ale także do samych chorych. Wcześniejsze rozpoznanie cukrzycy i wcześniejsze zapewnienie chorym odpowiedniej opieki obniża koszty opieki zdrowotnej, ponieważ zmniejsza prawdopodobieństwo wystąpienia lub opóźnia rozwój kosztownych powikłań w całym organizmie.

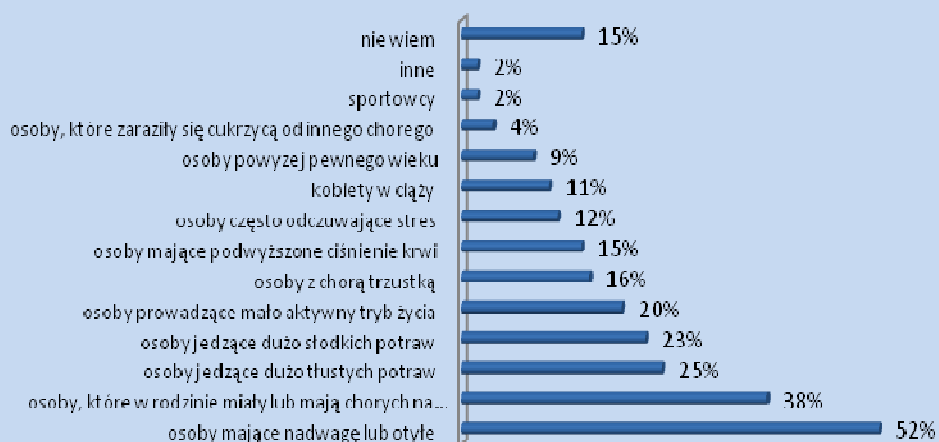


SPOŁECZNA ŚWIADOMOŚĆ CUKRZYCY

SPOŁECZNA ŚWIADOMOŚĆ CUKRZYCY

Cukrzyca może dotknąć każdego z nas. Dane epidemiologiczne pokazują, że to stwierdzenie nie jest truizmem. Stanowi raczej ostrzeżenie i nakazuje wzmożoną czujność. Sprawia, że powinniśmy na temat cukrzycy: jej objawów, powikłań i profilaktyki, wiedzieć więcej niż o innych chorobach cywilizacyjnych, których nierzadko, jak chociażby w przypadku otyłości, cukrzyca jest skutkiem. Co Polacy wiedzą o cukrzycy? Czy są świadomi ryzyka? I tak i nie. Okazuje się, że ponad połowa z nas (52%) zdaje sobie sprawę z tego, że na cukrzycę łatwiej mogą zachorować osoby otyłe i z nadwagą. Spora grupa Polaków (38%) zdaje sobie sprawę z tego, że cukrzyca może mieć podłoże genetyczne. Co czwarta osoba uważa, że do zachorowania na cukrzycę może się przyczynić jedzenie słodkich potraw czy picie słodkich napojów (25%), jedzenie tłustych potraw (23%). Cukrzyca zdaniem Polaków może służyć mało aktywny tryb życia (20%), podwyższone ciśnienie krwi (16%) lub permanentny stres (12%). Co dwudziesta osoba sądzi, że cukrzyca jest chorobą, którą można się zarazić!

Które osoby są najbardziej zagrożone zachorowaniem na cukrzycę?



Świadomość objawów cukrzycy nie jest wśród Polaków zbyt duża. Co czwarta osoba nie umiała wskazać ani jednego objawu, który mógłby świadczyć o zachorowaniu na cukrzycę. Pozostali wskazywali najczęściej na uczucie senności w ciągu dnia (28%), zwiększone pragnienie (26%), zmęczenie (25%) i zwiększony poziom cukru we krwi (25%). I pomimo tego, że zwiększony poziom cukru we krwi dla co czwartego Polaka może być niepokojącym znakiem, to tylko 7% badanych sprawdzało poziom cukru we krwi w ciągu ostatniego miesiąca.

Co piąty nie sprawdzał poziomu cukru we krwi nigdy w życiu, a co czwarty robił to ponad dwa lata temu. Częste kontrole poziomu cukru są niemalże dwa razy częstsze u kobiet niż u mężczyzn. A szczególną uwagę zwracają na to osoby po 60-ym roku życia.

Co trzeci Polak (35%) nie jest kompletnie świadomy jakie cukrzyca może nieść za sobą skutki. Pozostali wskazują najczęściej na śpiączkę cukrzycową (23%), problemy ze wzrokiem (21%) czy stopę cukrzycową (10%). Dla co ósmej badanej osoby cukrzyca jest chorobą śmiertelną.



Polacy jako najlepszy sposób walki z cukrzycą uważają zachowanie określonej diety, która ich zdaniem powinna być oparta głównie na warzywach i owocach oraz powinna być rygorystyczna jeśli chodzi o zawarty w niej cukier. Badani uważają, że cukrzyca zapobiega codzienne dbanie o siebie, czyli aktywność fizyczna i regularne badania.

Co piąty badany uważa jednak, że cukrzyca jest niezależna od człowieka i nie sposób jej zapobiec. Co niezwykle istotne, to zdanie podziela co czwarty chory na cukrzycę! To dobitnie świadczy o tym jak bardzo jest nam potrzebna edukacja w zakresie cukrzycy. I to nie tylko ta skierowana do osób zdrowych związana z profilaktyką zachorowania, ale również ta skierowana do osób już chorych, związana z profilaktyką powikłań.



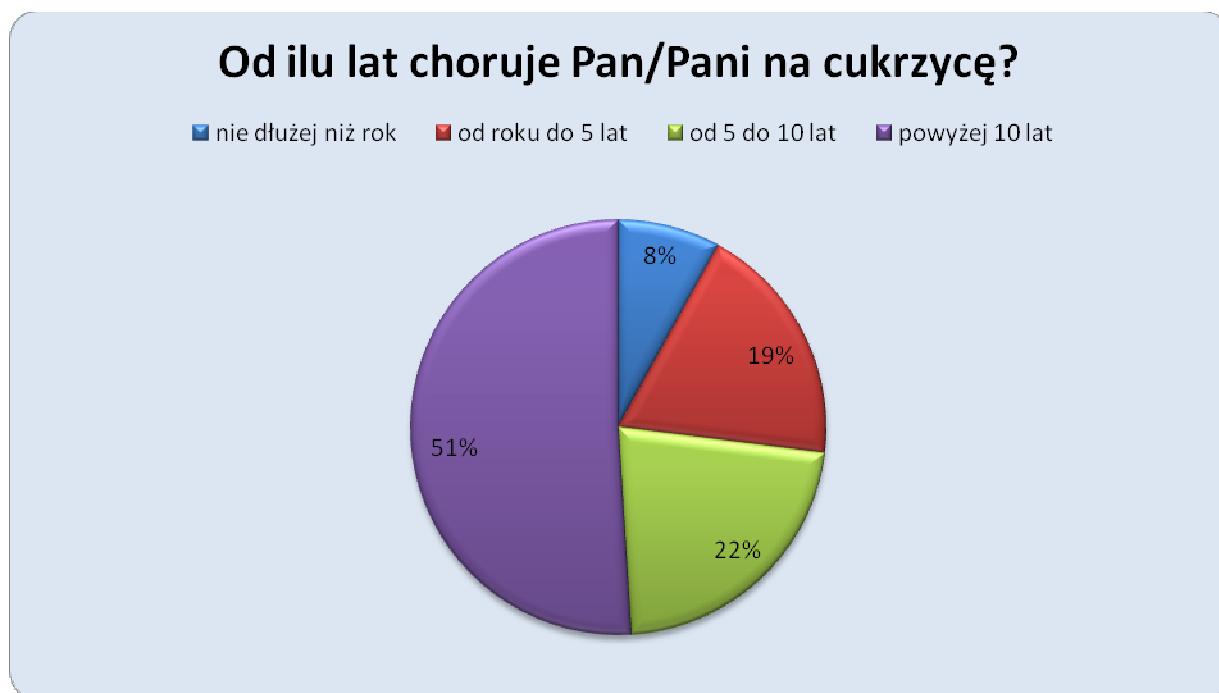
Komentarz diabetologa

Przedstawione wyżej dane świadczą o dramatycznym stanie społecznej wiedzy o cukrzycy, jej przyczynach i skutkach. Główną przyczyną zgonów chorych na cukrzycę jest zawał serca, a znikomy procent osób badanych kojarzy w ogóle to zagrożenie z faktem występowania cukrzycy. Jest to między innymi skutek wieloletnich zaniedbań w edukacji zdrowotnej społeczeństwa, które przekonano, że zawał to częsta i groźna choroba, ale zapomniano podkreślić, że szczególnie wysokie ryzyko zawału występuje wówczas, gdy choruje się na cukrzycę. Powyższe wyniki pokazują jak wiele jest do zrobienia w kształtowaniu postaw prozdrowotnych – jeżeli bowiem cukrzyca nie będzie kojarzona z tak dużym zagrożeniem zdrowia i życia jakim jest zawał serca, to w jaki sposób osoby chore na cukrzycę będą zmotywowane do modyfikacji dotychczasowego stylu życia i regularnego leczenia?

PROFIL PACJENTA Z CUKRZYCĄ

STATYSTYCZNY PACJENT Z CUKRZYCĄ

Statystyczny chory na cukrzycę to osoba między 50. a 70. rokiem życia, z wykształceniem średnim, rencista lub emeryt, mieszkająca w małym mieście do 50 tysięcy mieszkańców, częściej kobieta niż mężczyzna. Połowa pacjentów, którzy wzięli udział w badaniach to osoby, które chorują na cukrzycę dłużej niż 10 lat.



Średnia masa ciała polskiego chorego na cukrzycę to 79 kilogramów przy 165 centymetrach wzrostu. Średnia masa ciała kobiet chorujących na cukrzycę to 76 kilogramów przy wzroście 161 centymetrów, a mężczyzn 85 kilogramów przy wzroście 173 centymetrów. Zatem wskaźnik BMI⁶ dla kobiety wynosi 30 kg/m² i oznacza I stopień otyłości, a dla mężczyzn 28 kg/m² i oznacza nadwagę z zagrożeniem otyłością. U kobiet chorych na cukrzycę dużo częściej niż u mężczyzn występuje otyłość olbrzymia. 5% wszystkich badanych kobiet waży więcej niż 100 kg, przy średnim wzroście z tej grupy 158 centymetrów.

⁶ BMI (Body Mass Index) – wskaźnik masy ciała; iloraz masy ciała (w kilogramach) i kwadratu wzrost (w metrach)

DEFINIOWANIE CHOROBY

Wiedza badanych chorych odnośnie samej choroby jest różna. Cukrzycę zwykle definiują poprzez odniesienia do przyczyn „biologicznych” choroby czyli podwyższonego stężenia cukru we krwi, jego wahań, pracy trzustki, niewydolności trzustki, uszkodzeń trzustki, albo do jej „społecznych” kategorii, głównie do konieczności kontroli i stosowania diety.

Jest jeszcze jeden poziom, na którym cukrzyca jako choroba jest definiowana przez badanych – poziom „emocjonalny”, w ramach którego cukrzyca opisywana jest jako nieuleczalna choroba, która postępuje i niszczy różne narządy i organizm człowieka; „jak złapie, to trzyma do końca dni”. Badani zwracają uwagę, że najgorsza nie jest sama cukrzyca, ale jej powikłania/następstwa choroby – to one budzą największy strach. Podkreślają, że jest to „choroba społeczna”, „epidemia”, problem, który narasta: „dziś co drugi choruje na cukrzycę”.

Definiując chorobę badani kładli większy nacisk na jej objawy i zagrożenia związane z chorobą niż sam jej mechanizm. Może wynikać to z faktu, że dla wielu badanych sposób funkcjonowania i powiązania pomiędzy trzustką, insuliną i poziomem cukru we krwi nie są do końca jasne. Nieliczni potrafili wyjaśnić sam mechanizm choroby i jej leczenia: *„są takie wysepki na trzustce, które wydzielają insulinę i z wiekiem (...) ten organ się zużywa i te wysepki przestają działać (...) One wspomagane tabletkami jeszcze jakby z rozpędu działają i wydzielają insulinę (...) w pewnym momencie robi się <<ciach!>> przestają działać, i trzeba wtedy przejść na insulinę. „Dla większości osób mechanizm działania insuliny wydaje się być enigmatyczny, pojawia się dużo niedopowiedzeń: „trzustka jest chora, nadmiar insuliny przedostaje się do krwi”, „insulina gromadzi się we krwi (...) powinna uciec; cukier rośnie poprzez złą pracę insuliny.”*

Podobne niejasności pojawiają się w przypadku rozróżnień między cukrzycą typu 1 i typu 2. Badani podkreślają, że cukrzyca typu 1 dotyka głównie dzieci i młodzież i określana jest jako cukrzyca wrodzona, insulinoniezależna. W tym przypadku trzustka jest prawie całkowicie niesprawna, nie wytwarza sama insuliny. W związku z tym różni się także przebieg leczenia „typ 1 to od razu insulinę

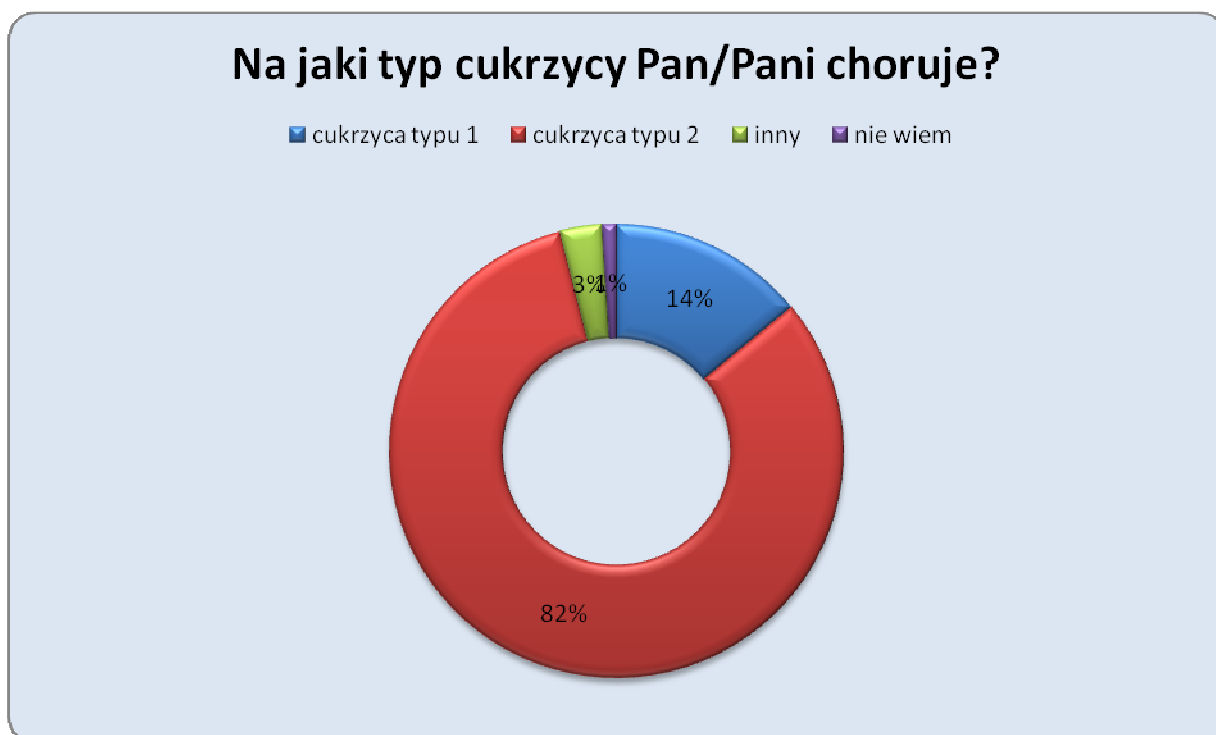


dostaje”. Natomiast cukrzyca typu 2 została określona przez badanych jako „cukrzyca starcza” lub cukrzyca nabyta. Trzustka jest częściowo sprawna, ale już nie w wystarczającym stopniu. Pojawiały się również stwierdzenia, że to cukrzyca insulinoniezależna, co oznacza, że trzustka wytwarza insulinę, ale „organizm nie radzi sobie z jej przyswojeniem”. Zdefiniowanie cukrzycy typu 2 wydaje się jednak problematyczne dla wielu respondentów, a o kwestii insulinoniezależności wspominali nieliczni.



CO WIEDZĄ O CUKRZYCY

Respondenci wyróżniają cukrzycę typu 1 i typu 2, chociaż ich wiedza na temat różnic pomiędzy nimi jest czasami dość mglista. Wiedzą w znakomitej większości na jakiego typu cukrzycę chorują sami (82% na cukrzycę typu 2 i 14% na cukrzycę typu 1), aczkolwiek wśród badanych zdarzały się pojedyncze osoby, które zachorowały w młodym wieku bądź w okresie ciąży – w takich przypadkach jednoznaczne określenie swojego typu cukrzycy bywało dla nich problematyczne.



Odpowiedzialność za cukrzycę badani często przypisują czynnikom niezależnym od działania człowieka. Odniesienia do trybu życia również nie są rzadkie, ale raczej wskazują na stres czy wymagającą pracę niż jako czynnik „chorobogenny” bądź na sposób odżywiania czy styl życia. Jako czynniki wywołujące cukrzycę badani wskazywali przede wszystkim obciążenia genetyczne, czyli cukrzycę na którą chorowały osoby z najbliższej rodziny. I rzeczywiście, w rodzinach badanych bardzo często pojawiały się przypadki cukrzycy: „babcia, mama zmarły na cukrzycę. Z nas piątki rodzeństwa, czworo ma cukrzycę”.

Dwie piąte badanych (43%) deklaruje, że ich rodzice lub dziadkowie chorowali na cukrzycę.



Co trzeci twierdzi, że na cukrzycę chorowały również osoby z dalszej rodziny: wujowie, ciotki, kuzyni.



Trzeba jednak zauważyć, że dość często osobą również chorującą na cukrzycę jest współmałżonek respondenta czy respondentki. W takich przypadkach nie można mówić o wspólnym czynniku genetycznym. Należy raczej postawić pytanie o styl życia. Rodzinne doświadczenia sprawiają, że chorzy na cukrzycę, mający dzieci i częste przypadki chorych na cukrzycę w rodzinie, kontrolują także stan zdrowia swoich bliskich, np. co jakiś czas sprawdzając im poziom cukru we krwi, co może sprzyjać wczesnemu rozpoznaniu choroby.

Inne przyczyny zachorowania na cukrzycę wskazywane przez respondentów to:

- Stres, albo przewlekły (np. stresująca praca), albo związany z traumatycznym wydarzeniem (np. śmierć współmałżonka); również w czasie trwania choroby respondenci obserwują zależność pomiędzy poziomem cukru a stresem: „człowiek wyjeżdża na urlop, to jest 100-200 jednostek cukrzycy różnicy [mniej] przy tym samym jedzeniu”.
- Nieregularny tryb życia, nieregularne pory spożywania posiłków oraz ich nierównomierny rozkład w ciągu dnia; część mężczyzn pracowała jako kierowcy – wskazywali na to, że taki tryb pracy nie pozwala na regularne odżywianie się.

Zdecydowanie rzadziej badani jako przyczynę choroby wskazują czynniki w pełni zależne od zachowania człowieka: „złe odżywianie się, przejadanie się”, otyłość, nadmiar alkoholu. Rzadko pojawiało się wskazanie na cukrzycę jako następstwo ciąży lub konsekwencja leczenia innych schorzeń, np. leczenie chorób nerek steroidami. Pojawiały się też opinie, że cukrzyca może się rozwinąć jako następstwo cięższych infekcji, np. grypy: „dużo znajomych zaczęło mieć cukrzycę, kiedy silna grypa panowała.”

Dość często pojawiały się także opinie, że cukrzyca pojawiła się nagle, bezprzyczynowo czyli jak określali sami respondenci „nie wiadomo, skąd się wzięła”.

Komentarz diabetologa

Znajomość przyczyn choroby jest niezadowolająca wśród pacjentów, ale należy przyznać, że mechanizmy prowadzące do rozwoju choroby są faktycznie bardzo złożone, zwłaszcza w przypadku cukrzycy typu 2. Powszechnie pacjenci uważają, że cukrzycy można się nabawić ze stresu czy „z nerwów”, ale zwykle w takich okolicznościach choroba zostaje jedynie rozpoznana, bo trwała już od wielu tygodni czy miesięcy – stan napięcia emocjonalnego wiąże się ze wzrostem wyrzutu adrenaliny, a hormon ten podnosi stężenie glukozy krwi – już i tak podwyższone – do nierzadko bardzo wysokich wartości. Pojawiają się wówczas objawy cukrzycy (wzmoczone pragnienie, wzmoczone oddawanie moczu, senność, chudnięcie) i choroba zostaje zdiagnozowana. Bardzo niepokojące jest natomiast nikłe kojarzenie złego stylu życia z ryzykiem rozwoju choroby i jej powikłań, gdyż ta niska świadomość bardzo utrudnia działania profilaktyczne – nie spotykają się one bowiem z właściwym odbiorem.

Ponadto uderza w słowach pacjentów bardzo osobisty stosunek do choroby, co jest pośrednim wskaźnikiem jak dużym obciążeniem psychicznym jest cukrzyca dla pacjentów.



CUKRZYCA I CO DALEJ

ROZPOZNANIE JAK WYROK

Rozpoznanie cukrzycy u badanych następowało w różnych okolicznościach. Czasem był to przypadek, a czasem spełnienie najgorszych podejrzeń, powstałych w wyniku długotrwałych objawów, związanych z pogorszeniem się stanu zdrowia.

Wśród wymienianych przez badanych objawów można wskazać te, które skłaniają do wizyty u lekarza w celu postawienia diagnozy (badani nie łączą ich z cukrzycą) oraz te które pojawiają się zwykle dopiero po jakimś czasie (związane z pogorszeniem funkcjonowania innych narządów).

Pierwsze objawy najczęściej doświadczane przez badanych, u których zdiagnozowano cukrzycę to: wzmożone pragnienie i oddawanie moczu (nawet kilka razy w ciągu nocy), uczucie senności, osłabienia, zmęczenia, zasłabnięcia; podwójne widzenie (przemijające); chudnięcie.

Objawy doświadczane rzadziej lub na późniejszym etapie to: pogorszenie widzenia, bezsenność, szybsze męczenie się, konieczność ograniczenia wysiłku fizycznego.



W większości wypadków rozpoznanie cukrzycy było przypadkowe i następowało podczas rutynowej tudzież kontrolnej wizyty u lekarza (36%) oraz pobytu w szpitalu związanego z inną dolegliwością (21%). Co trzeci badany (34%) zgłosił się do lekarza z objawami, które sam odbierał jako te, które przynależą do cukrzycy.

Badani podkreślają, że rozpoznaniu cukrzycy towarzyszyły różne emocje. Dla niektórych respondentów nie było to dużym zaskoczeniem – z uwagi na mniej lub bardziej liczne przypadki cukrzycy w rodzinie (szczególnie w prostej linii dziedziczenia: cukrzyca u któregoś z rodziców). Dla większości jednak sama diagnoza była dużym i bolesnym zaskoczeniem. Znamienne jest, że cukrzycę diagnozowano często dopiero po wystąpieniu dość nasilonych objawów czyli późno, po długim okresie jej trwania. W niektórych przypadkach podwyższone stężenie glukozy stwierdzano w okresowych badaniach potrzebnych do pracy, a w przypadku niektórych respondentek cukrzyca pojawiła się w czasie ciąży. Bywało także, że cukrzycę diagnozowano w czasie pobytu w szpitalu – w związku z innymi chorobami (choroba nerek, problemy kardiologiczne).

W większości przypadków zdiagnozowanie cukrzycy wiązało się z silnym stresem, czasami nawet depresją. W niektórych przypadkach przyjmowano to jako zło konieczne („tak musiało być”). Zdarzały się jednak również osoby, dla których stwierdzenie choroby było ulgą, bo niosło ze sobą nadzieję na ustąpienie niepokojących i bardzo wycieńczających objawów: „dla mnie to była ulga, jeśli ja całymi nocami nie spałem (...) dzięki insulinie i prawidłowej diagnozie lepiej zacząłem działać... na plus, że rozpoznano, że mogę z tym walczyć”.

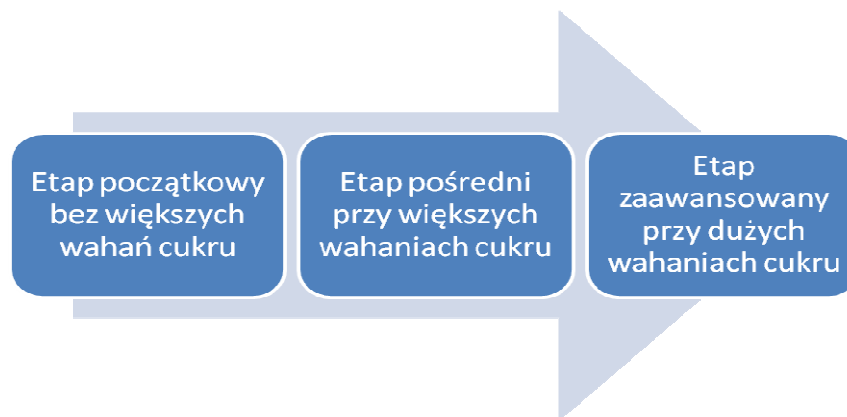
Zdarzało się – zwykle wśród mężczyzn – również bagatelizowanie choroby. Po wstępnej diagnozie i unormowaniu stanu zdrowia, niektórzy badani uznawali, że leczenie nie jest im potrzebne. Zmieniali zdanie i wracali do leczenia dopiero w momencie nasilenia objawów w związku z zaniedbaniami.

Wydaje się, że nieco łatwiej pogodziły się z diagnozą osoby mające chorych na cukrzycę w rodzinie. Dla pozostałych był to zwykle: „stres i przerażenie, bo nigdy nie miałem z tym do czynienia.”

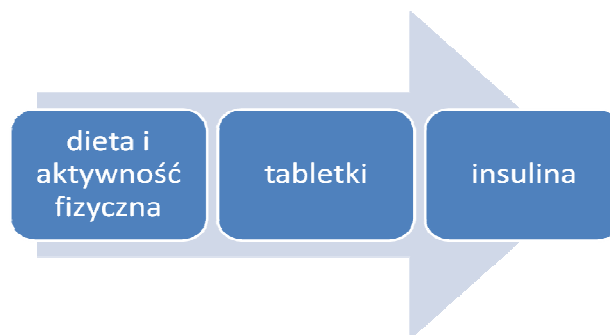


TRUDNE LECZENIE

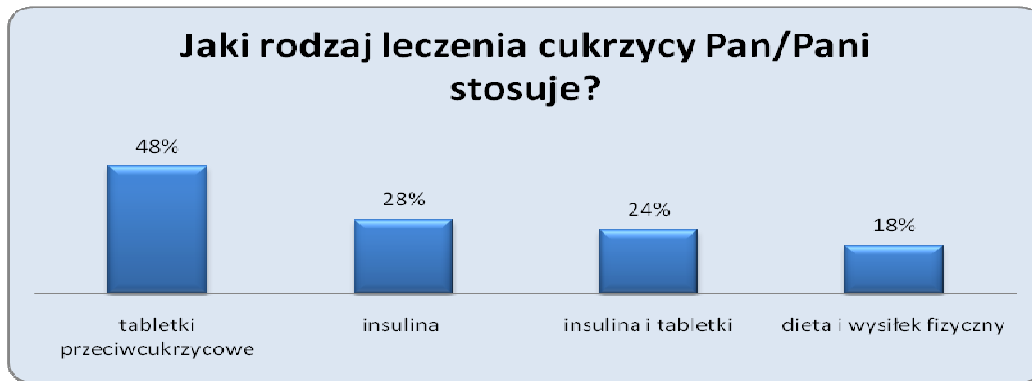
Badani postrzegają przebieg choroby jako liniowy, zdaniem większości postępujący.



Poszczególnym etapom choroby odpowiadają inne sposoby leczenia.



Celem leczenia na każdym etapie jest optymalna kontrola poziomu cukru, oznaczająca utrzymanie go w pewnych granicach, a przez to opóźnienie rozwoju choroby i jej powikłań. Zdarza się, że etapy leczenia postrzegane są rozłącznie – szczególnie w odniesieniu do diety. Niektórzy respondenci wraz z przejściem na tabletki/ insulinę, minimalizują znaczenie diety: „[na początku] dieta całkowita. Później już zapomniałem, bo brałem tabletki.” Większość osób jednak postrzega różne etapy łącznie, chociaż wprowadzenie insuliny zwykle oznacza odstawienie tabletek. Zdarzają się jednak pacjenci biorący jednocześnie tabletki i insulinę.



Blisko połowa respondentów (48%) używa tabletek przeciwcukrzycowych, co czwarty (28%) insuliny lub równocześnie insuliny i tabletek (24%). Co piąty badany stawia głównie na dietę i wysiłek fizyczny (18%).

Najczęściej insulinę łączy się z „trzecim stadium” leczenia – w sytuacji, gdy dieta i tabletki nie pomagają. Pojawiają się jednak także opinie, że insulinę można (a nawet warto jest) włączyć znacznie wcześniej – tj. z pominięciem etapu tabletek. Dotyczy to głównie przypadków, gdy:

- Efekty uboczne działania tabletek narażają zdrowie pacjenta, a obciążenie organizmu tabletkami jest na tyle duże, że lekarz decyduje o zmianie sposobu leczenia (np. problemy z wątrobą, trzustką)
- W przypadku cukrzycy ciężarnych kobiet zaleca się włączenie insuliny od razu, ponieważ tabletki stanowią zagrożenie dla płodu.
- Stan chorego jest na tyle poważny, że włączenie insuliny jest konieczne jak najszybciej.

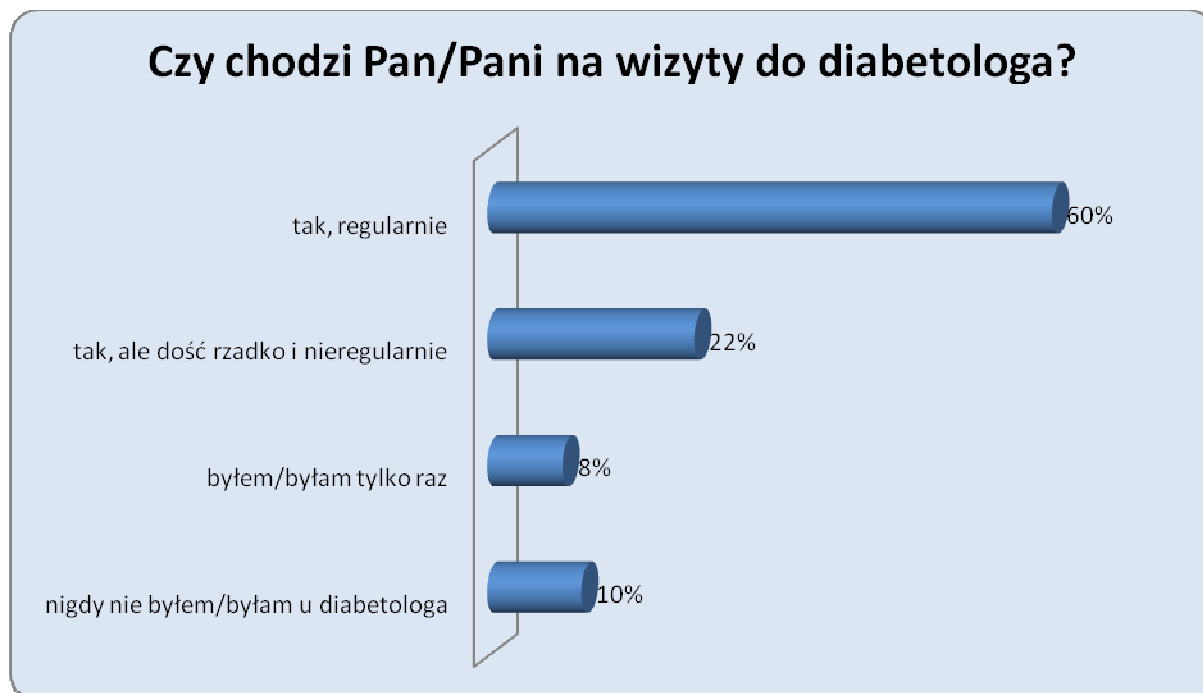
Podobnie, gdy lekarz z uwagi na swoje doświadczenia i stan chorego podejmie decyzję o rozpoczęciu terapii od insuliny: „ma pani chorą trzustkę, to nie będziemy się bawić w tabletki.”

Komentarz diabetologa

Aż u jednej trzeciej chorych cukrzycę rozpoznano na podstawie objawów klinicznych, co oznacza, że pacjenci ci przez długie miesiące i lata żyli z cukrzycą nie będąc jej zupełnie świadomi. Liczba takich pacjentów jednoznacznie wskazuje na konieczność prowadzenia intensywnych badań przesiewowych w kierunku cukrzycy w całej populacji osób dorosłych. Martwiący jest również fakt bagatelizowania diety w przypadku intensyfikacji leczenia farmakologicznego np. pod postacią rozpoczęcia leczenia insuliną. Ograniczenia dietetyczne obowiązują – niestety – przez całe życie pacjenta, a złą dietą, zawierającą dużo węglowodanów prostych, można zniszczyć każdą, nawet najbardziej wyrefinowaną terapię cukrzycy.

LEKARZ ŹRÓDŁEM INFORMACJI

Podstawowym kontaktem w obszarze leczenia cukrzycy jest diabetolog, tak twierdzi 60% badanych. Specjalistę odwiedza się zwykle co 3 miesiące, sporadycznie rzadziej – co pół roku. Co dziesiąty chory przyznaje, że nigdy nie był z wizytą u diabetologa.



Cukrzyca podczas wizyty u diabetologa pokazuje mu książeczki pomiarów, a przed wizytą robią również zlecone przez lekarza badania (np. cukier, hemoglobina glikowana, triglicerydy). Na tym przygotowania do wizyty u większości się kończą. Pojedyncze osoby spisują sobie na kartce pytania do lekarza. Wielu respondentów przyznaje, że idzie do diabetologa w zasadzie po receptę – oraz ewentualną modyfikację leczenia (dawki) w zależności od wyników. Lekarze dają też skierowania na dodatkowe badania – np. dna oka bądź ciśnienia tętniczego.

Praktycznie wszyscy respondenci zostali przeszkoleni w zakresie używania insuliny przez lekarza bądź pielęgniarkę – w przychodni albo na oddziale szpitalnym: „pielęgniarka siedziała ze mną i mnie uczyła, nie mogłam sobie wbić tego.” Warto wspomnieć, że swojego czasu na oddziale diabetologicznym przebywała znaczna część badanych.

Większość pacjentów korzysta z usług państwowych ZOZów. Zwykle są zadowoleni zarówno z poziomu usług, jak i dostępności lekarza – chociaż wspominają o kolejkach.

O cukrzycy rozmawiają równie często z diabetologiem czy internistą, który stanowi dla chorych na cukrzycę ważne źródło informacji na temat choroby.



Część respondentów (głównie osoby z Warszawy) leczy się prywatnie. Część pacjentów, zwłaszcza mniej dbających o siebie (np. widocznie otyłych), korzysta z usług medycznych również w związku z innymi schorzeniami.

O ile respondenci w większości starają się przestrzegać zaleceń lekarza, o tyle niewiele osób wykazuje dodatkowe zainteresowanie chorobą i na własną rękę poszukuje informacji o jej leczeniu czy przebiegu. Badani opierają się głównie na informacjach uzyskanych w gabinecie lekarskim.

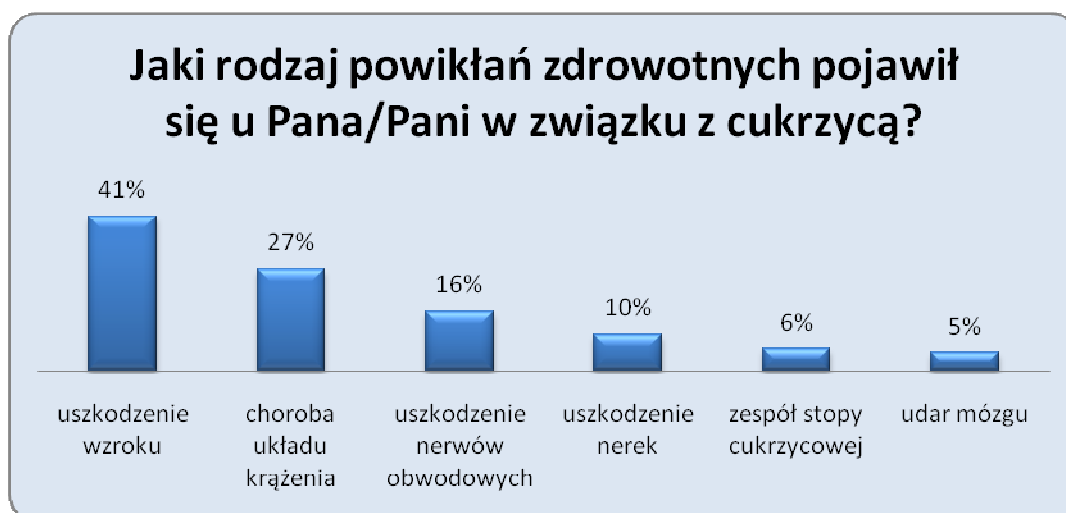
Relatywnie niskie zainteresowanie chorobą tłumaczone jest brakiem potrzeby dodatkowych informacji i zaufaniem do lekarza (mówi to, co trzeba wiedzieć), ale można zauważyć, że wynika także ze strachu: „wiedza medyczna nie zawsze wychodzi na zdrowie... zwłaszcza ludziom wrażliwym, którzy mają skłonność do nerwicy, depresji...” inni potwierdzają: „można się przestraszyć.” Wydaje się, że ludzie często chcą w ten sposób „uciec” od choroby. Jednocześnie badani mają tendencję do pobłażania sobie (zwłaszcza w kwestii diety). Brak dokładnych informacji i wytycznych sprzyja usprawiedliwianiu „grzeszków”. Respondentom zdarza się także zapomnieć o zażyciu dawki leku bądź nie pamiętać, czy wzięli lek czy też nie – dotyczy to zwłaszcza tabletek; rzadziej insuliny.

Komentarz diabetologa

W świetle przedstawionych wyżej wyników można stwierdzić, że odpowiedzialność diabetologa jest chyba większa niż się spodziewamy – jest on bowiem głównym źródłem wiedzy o cukrzycy dla pacjenta. A pacjenci najwyraźniej chwalą sobie swoich diabetologów, co z kolei wystawia naszemu środowisku dobre świadectwo.

STRACH PRZED POWIKŁANIAMI

Respondenci w większości byli świadomi następstw cukrzycy, chociaż ich wiedza była niedokładna. Podejście do powikłań jest stopniowalne: dla niektórych są to możliwe „problemy”, dla innych – pewny, czarny scenariusz. Niektórzy cukrzycy podchodzą do zagrożeń z dystansem, ale część badanych jest nimi bardzo zaniepokojona i widzi w cukrzycy „straszne zniszczenia organizmu, począwszy od utraty wzroku, amputacji stóp, nóg, czyraki”.



Najczęstsze powikłania zdrowotne, które pojawiły się u badanych pacjentów to uszkodzenie wzroku (41%), choroby układu krążenia (27%) i uszkodzenia układu nerwowego (16%).

Jeśli chodzi o retinopatię, czyli choroby oczu, badania wskazują na następujące problemy: „robią się wylewy”, na dnie oka powstają wybroczyny, naczynka. Badani z cukrzycą wiążą także jaskrę, problemy z siatkówką i generalne osłabienie ostrości widzenia, podwójne widzenie przy czytaniu, zwłaszcza „przy dużych uderzeniach cukru”. W przypadku chorób układu krążenia związanych z cukrzycą, badania mówią o chorobie wieńcowej, zawale, nadciśnieniu, i o tym, że „światło żyły się zmniejsza”; „cukrzyca działa tak, jak papierosy, miażdżyca – powoduje zmniejszenie przekroju naczyń krwionośnych”, oraz o złym krążeniu w kończynach, co również prowadzi do innych chorób (trudniejszego gojenia się ran).

W odniesieniu do neuropatii diabetycy mówią o uszkodzeniach zakończeń nerwowych w kończynach, problemach z poruszaniem się, schyłaniem itp. Cukrzyca, zdaniem badanych, ma również wpływ na nerwowość: „człowiek się jakoś szybciej podnieca, denerwuje”. W przypadku nefropatii badani mówią o kamicy nerkowej, zaburzeniach filtracji, zatrzymaniu moczu w organizmie, postępującej niewydolności nerek. Z nerkami wiąże się również problem nadciśnienia: „często jest spotykane, że jak jest cukrzyca, to i nadciśnienie jest”.

Badani wskazują również na zespół stopy cukrzycowej oraz szerzej – utrudnione gojenie się ran, w skrajnych przypadkach zagrożone amputacją kończyn. Zdaniem niektórych „to może się zdarzyć jak jest źle prowadzone leczenie”. Inne wskazywane konsekwencje cukrzycy to: nadciśnienie, „problemy z cholesterolem”, problemy ze słuchem, zakwaszenie organizmu, osłabienie organizmu, niższa wydolność, skurcze mięśni i ich mniejsza wydolność, niedobory składników mineralnych, spadek odporności.

Pomijając wszelkie powikłania i konsekwencje, bezsprzecznie będące największym zagrożeniem w chorobie, badani wskazują również szereg kwestii, które w cukrzycy są dla nich najbardziej kłopotliwe na co dzień. A są to głównie wahania poziomu cukru. Respondenci często mają problemy z kontrolowaniem poziomu cukru. Najgorsze, ich zdaniem, są duże amplitudy. Czasami nie potrafią przewidzieć, jak zachowa się ich organizm – wówczas dostosowanie dawki leków/ insuliny bądź wielkości posiłku jest problematyczne. Inaczej organizm reaguje w sytuacji towarzyszącej chorobie (nawet przeziębienia); pod wpływem stresu – cukier skacze; pojawiają się także nieoczekiwane spadki (na przykład po lekkim śniadaniu czy nieplanowanym wysiłku fizycznym). Poziom cukru we krwi zależy od wielu czynników i badani niejednokrotnie mają wrażenie, że ten mechanizm bywa nieprzewidywalny. Z wahaniami poziomu cukru wiąże się również bardzo niebezpieczne zagrożenie hipoglikemią („można wpaść w śpiączkę cukrzycową”) lub hiperglikemią



Większość badanych (91%) deklaruje, że stara się zapobiegać powstawaniu powikłań, wiedząc czym zaniebdanie leczenia cukrzycy może skutkować.

DIETA I WYSIŁEK FIZYCZNY

Badani w większości zgadzają się co do tego, że dieta ma kluczowe znaczenie w leczeniu cukrzycy, chociaż pojawiają się pojedyncze opinie, że poziom cukru regulują leki, a sama dieta jest nieskuteczna. Niektórzy twierdzą wręcz, że stosują zasadę „zero ograniczeń”. Dominująca opinia trzech czwartych respondentów (76%) jest jednak taka, że dobór, ilość i częstotliwość jedzenia ma duże znaczenie w terapii cukrzycy.



Źródła informacji o diecie są różne: zwykle są to ogólne wskazania od lekarza, badani rzadko poszukują informacji na własną rękę, nieliczni mają książki z przepisami (czasami po rodzicach chorych na cukrzycę). Wydaje się, że większość kieruje się „zdroworozsądkowymi”, ogólnymi przekonaniami. Często dostosowują posiłek do poziomu cukru bądź dawki insuliny odpowiednio do planowanego posiłku: „jak ja mam dziś wysoki poziom cukru, to muszę zjeść coś delikatniejszego”.

Respondenci zdają sobie sprawę, że na odpowiednią dietę składa się nie tylko jakość, ale także regularność posiłków: „[przejdźcie na] pięciokrotne posiłki z dwóch.” I na tym poziomie zaczynają się

problemy wynikające z faktu, że wiele osób ma mgliste pojęcie o tym, jaka powinna być dieta cukrzycowa. Można odnieść wrażenie, że posiadane przez respondentów informacje są bardzo ogólne – co nie pozwala na odpowiednie komponowanie posiłków. Odniesienia do wymienników węglowodanów były wielką rzadkością. Najpopularniejsze opinie respondentów odnośnie diety to:

- Należy „ograniczyć słodkości”. Niektórzy idą dalej i uważają, że trzeba kontrolować spożycie węglowodanów, a ci jeszcze bardziej świadomi rozróżniają węglowodany proste i złożone. Pojedyncze osoby wspominały o indeksie glikemicznym, ale związane z nim kwestie szczegółowe nie były do końca zrozumiałe.
- Należy unikać potraw tłustych, smażonych, ciężkich mięs, choć ważne jest spożywanie białka odpowiedniej jakości (np. gotowane mięso z kurczaka).
- Owoce: winogrona, banany, śliwki, jabłka (1 dziennie, najlepiej rano, po posiłku); dozwolone są kiwi i grejpfruty.
- Nie należy pić napojów gazowanych, alkoholu (od czasu do czasu można pozwolić sobie na lampkę wina).

Pojawiają się także opinie, że chory na cukrzycę może jeść wszystko, ale w ograniczonych ilościach. Widać było, że dla części badanych podczas fokusów usłyszane od innych informacje były nowością.

Respondenci sami przyznali, że przestrzeganie diety (jakakolwiek by ona nie była), jest dużym problemem. Zwykle nie ma mowy o odrębnej kuchni dla chorego – dlatego badani jedzą to, co je się w domu, jedynie w mniejszych ilościach i/lub z wyłączeniem pewnych potraw.

Wiele osób przyznaje, że zdarza im się sięgnąć po coś słodkiego – zwłaszcza przy „okazjach”. Bardziej doświadczeni chorzy zwiększają w takich wypadkach dawki insuliny. Niektórzy nie mogą pogodzić się z tym, że „inni piją piwo, a my wodę mineralną”. Można podejrzewać, że również odbija się to na diecie badanych. Bywa, że to rodzina „goni” chorego, który sięga po coś słodkiego.

Niektórzy respondenci zwrócili uwagę na to, że redukcja masy ciała pomaga kontrolować poziom cukru. Ogólnie rzecz ujmując, zalety diety zwykle nie były kwestionowane, ale już konieczność zachowania samodyscypliny dietetycznej jest dla wielu pacjentów dużym problemem.

Badani są zgodni co do tego, że aktywność fizyczna ma widoczny wpływ na poziom cukru. Dwie trzecie chorych uważa się za osoby aktywne, regularnie uprawiające sporty. Oczywiście aktywność fizyczna uzależniona jest od wieku chorego i jego stanu fizycznego. Niemniej w takiej postawie można dostrzec dużą świadomość i rolę jaką odgrywa aktywność fizyczna w leczeniu cukrzycy.



Wiele osób, wraz z rozpoznaniem choroby, zmodyfikowało w pewnym stopniu swój styl życia: najczęstszą zmianą było zwiększenie ilości spacerów. Motywacja do podjęcia działań najwyższa jest wśród osób młodych oraz tuż po diagnozie: „pierwszy rok: siłownia, bieganie i spacer. Później, jak było dobrze, to człowiek zapomniał o tej chorobie. Łyknij tabletkę i koniec.”

Nie brakowało jednak osób, które nawet wiele lat po postawieniu diagnozy utrzymywały aktywność fizyczną: głównie spacer, w nielicznych przypadkach – basen.

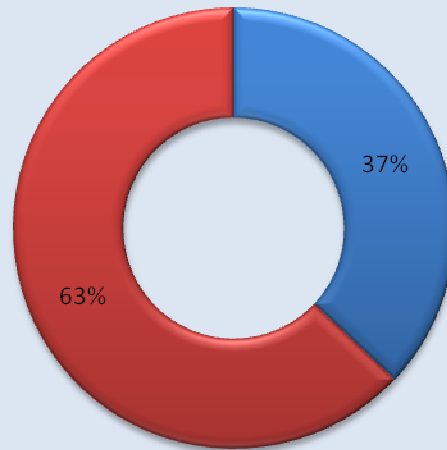
Są także i tacy chorzy, których aktywność fizyczna jest znikoma lub żadna – co trzeci pacjent nie uprawia żadnego sportu. Niektórzy uzasadniali taki stan rzeczy wiekiem i problemami kardiologicznymi. Często wymówką był też brak środków (pojawiały się np. stwierdzenia, że badani chętnie chodziliby na basen, gdyby był za darmo).

Niemniej dwie trzecie badanych (63%) deklaruje, że spędza czas aktywnie.



Jak spędza Pan/Pani czas?

■ raczej spokojnie ■ raczej aktywnie



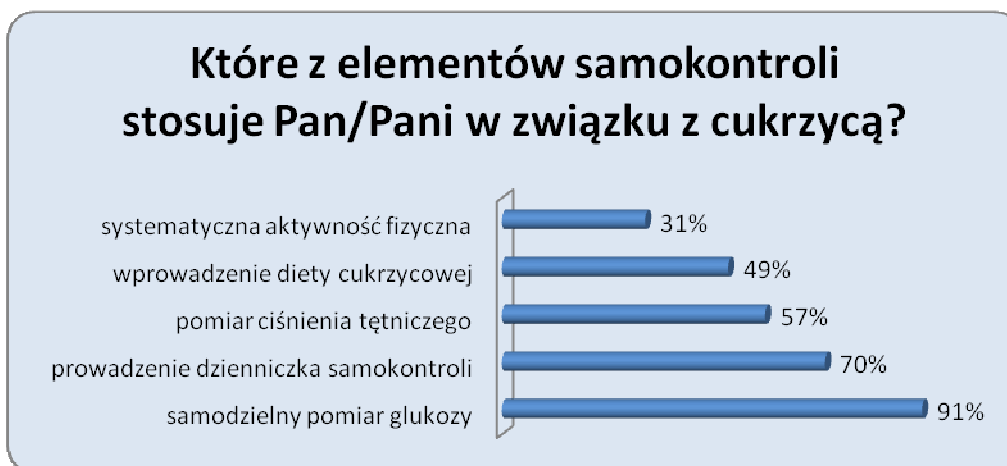
Należy także za respondentami zwrócić uwagę na to, że cukrzyca stwarza duże bariery dla wzmożonej aktywności: wiąże się to z szybszym męczeniem się, niższą wydolnością organizmu (postępującą wraz z trwaniem choroby), jak również obawą przed niedocukrzeniem w wyniku zwiększonego wysiłku oraz urazami: „teraz muszę ochraniacze zakładać (...) boję się skaleczyć w nogę.”

Komentarz diabetologa

Pacjenci dość dobrze rozpoznają zagrożenia związane z cukrzycą – zwiększone ryzyko utraty wzroku i amputacji. Ogromna większość chce coś zrobić lub robi, aby powikłań uniknąć – jest to bardzo korzystna postawa z punktu widzenia terapii choroby. Spośród elementów tej terapii najtrudniejsza jest modyfikacja stylu życia – przede wszystkim konsekwentne i regularne przestrzeganie zaleceń (=ograniczeń) dietetycznych. Z opinii pacjentów można wnioskować, że łatwiej jest narzucić sobie zwiększenie aktywności fizycznej niż modyfikować dietę.

SAMOKONTROLA CZYLI DZIEŃ Z CUKRZYCĄ

Respondenci dostrzegają wagę samokontroli w leczeniu cukrzycy. 9 na 10 respondentów dokonuje samodzielnego pomiaru glukozy we krwi (91%), blisko trzy czwarte prowadzi dzienniczki samokontroli (70%), a ponad połowa mierzy ciśnienia tętnicze (57%). Blisko połowa w ramach samokontroli stosuje dietę cukrzycową (49%), a co trzeci regularnie ćwiczy (31%).



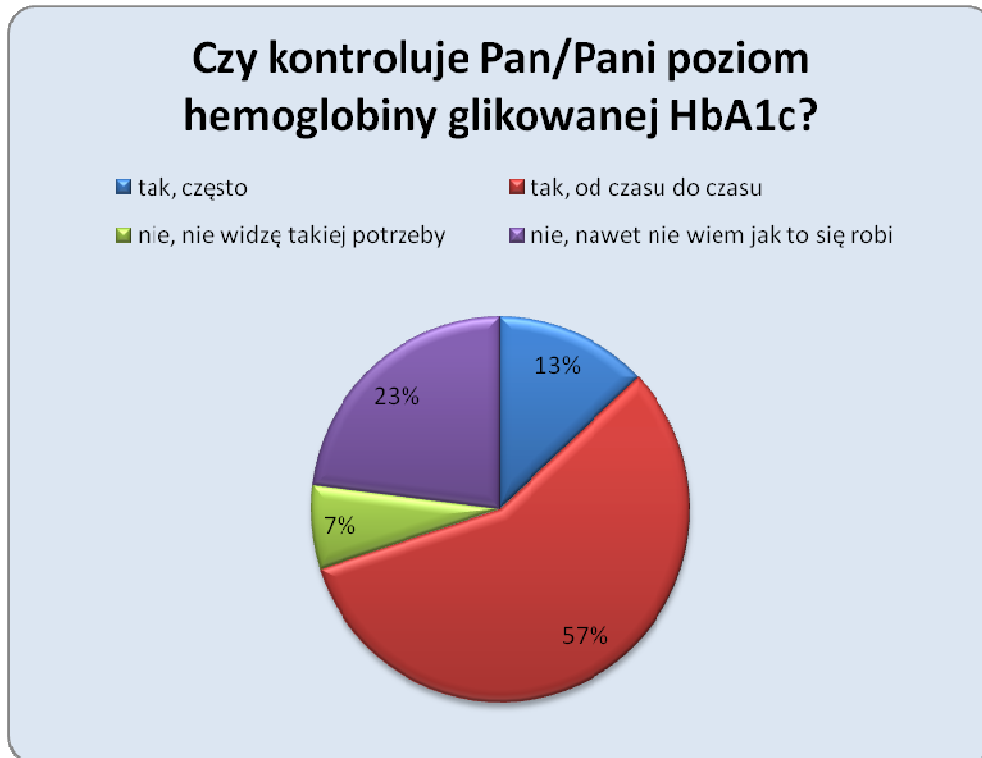
Absolutną podstawą kontroli choroby według respondentów są pomiary poziomu cukru we krwi. Ich częstotliwość różni się w zależności od pacjenta, a w mniejszym stopniu – sposobu leczenia.



Blisko połowa respondentów mierzy cukier nawet kilka razy dziennie, co czwarty robi to raz dziennie, a co piąty raz na kilka dni inni lub raz w tygodniu („jak coś się ze mną dzieje”). Wydaje się, że pewną normą w badanej grupie pacjentów było jednak mierzenie cukru dwa razy dziennie. Częstotliwość



pomiarów (i stopień dostosowania posiłków) zależy w dużej mierze od stylu życia i trybu pracy: emeryci zwykle częściej się kontrolują, ludzie aktywni zawodowo mają mniejszą swobodę czasową: „mierzę, jak jestem w domu; w ciągu dnia to raczej marne szanse.” Poza pomiarami cukru, wiele osób (choć nie wszyscy) mierzy również ciśnienie. Wydaje się, że najczęściej robią to emeryci, pozostali raz dziennie/ „raz na jakiś czas.”



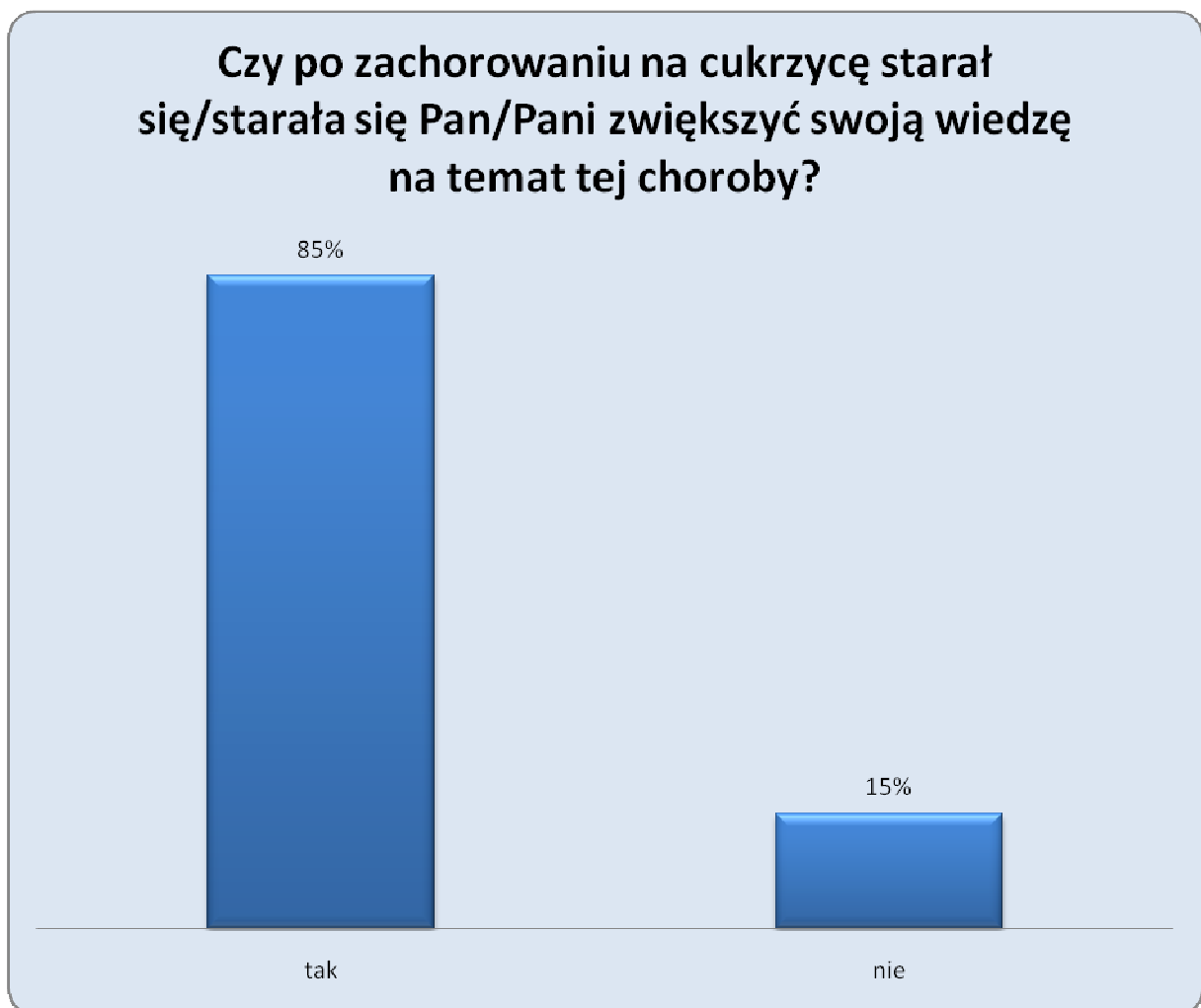
Ponad dwie trzecie badanych kontroluje poziom hemoglobiny glikowanej, z czego większość robi to dość rzadko, a co czwarty w ogóle tego nie robi, bo nie wie nawet jak do tego się zabrać.

Komentarz diabetologa

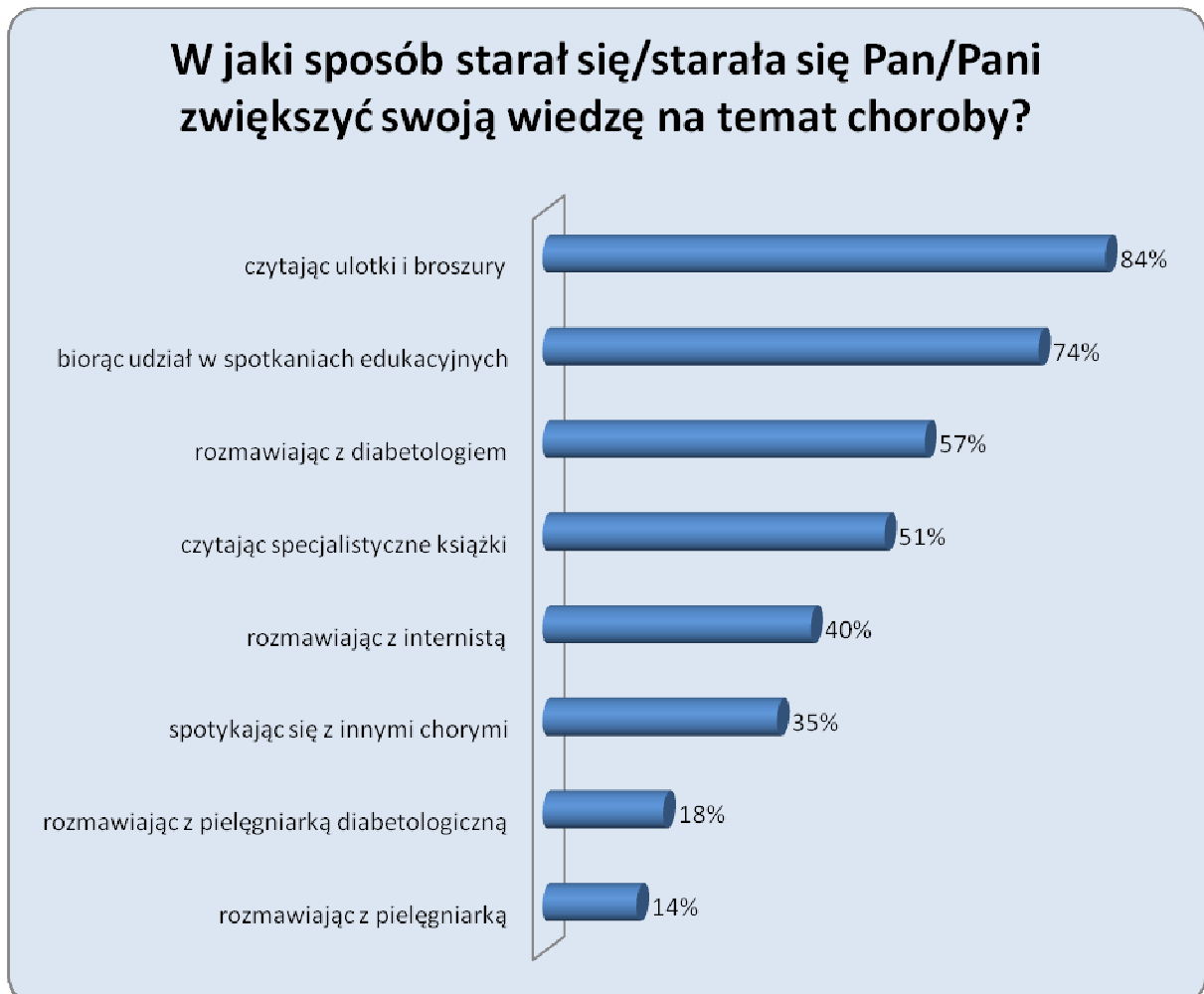
Możliwość samokontroli zakorzeniła się w świadomości pacjentów na dobre i należy się tylko z tego cieszyć. Dużo więcej dowiaduje się pacjent o swojej chorobie wówczas, gdy często kontroluje stężenie glukozy we krwi i odnosi uzyskany wynik do konkretnych wydarzeń dzień po dniu, próbując znaleźć jakieś prawidłowości w codziennie zmieniających się wartościach stężeń glukozy we krwi. Z drugiej strony ogromnie niekorzystne jest to, że niemal co trzeci chory nie wykonuje oznaczenia absolutnie najbardziej podstawowego parametru w kontroli glikemii – hemoglobiny glikowanej HbA1c. Tu wina na pewno w dużym stopniu spada na lekarza i system ochrony zdrowia.

WIEDZA I POSZUKIWANIE INFORMACJI

Jak wielokrotnie podkreślali badani, autorytetem w dziedzinie cukrzycy jest dla nich diabetolog. Zdecydowana większość badanych ma zaufanie do swoich lekarzy prowadzących i nie czuje potrzeby weryfikowania czy uzupełniania udzielanych przez nich informacji, chociaż większość badanych (85%) deklaruje, że po zachorowaniu starała się zwiększyć swoją wiedzę na temat choroby. Co szósty ograniczył się tylko do informacji uzyskanych od lekarza.



Respondenci najczęściej uzupełniają informacje uzyskane od lekarza wiedzą z materiałów, które same „wpadną im w ręce”: ulotek i broszur informacyjnych w przychodniach, tak deklaruje większość, bo 84% badanych. Trzy czwarte badanych (74%) bierze lub brało udział w spotkaniach informacyjnych dotyczących cukrzycy. Ponad połowa (57%) czerpie informacje od diabetologa, a połowa (51%) czyta specjalistyczne książki.



Dwie piąte (40%) rozmawia z internistą, a co trzeci (35%) korzysta z doświadczeń innych chorych. Co trzeci (32%) uzyskuje informacje z rozmów z pielęgniarką lub pielęgniarką diabetologiczną.

Stosunkowo niewielu pacjentów zadeklarowało, że od czasu do czasu przegląda „Diabetyka”. Kilku bardziej aktywnie poszukiwało informacji w Internecie – ale przede wszystkim na początku choroby. Wydaje się, że ludzie chorujący już wiele lat bardziej zainteresowani są nowinkami medycznymi (pompy insulinowe, przeszczepy trzustki), niż informacjami o codziennym funkcjonowaniu z cukrzycą, np. sposobem komponowania posiłków.

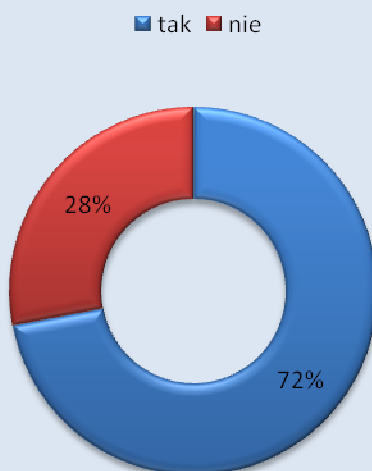
Zdarzały się osoby poszukujące dokładnych danych na temat specyfiki choroby – były one jednak w zdecydowanej mniejszości. Większość respondentów zakłada, że wszystkiego, co im potrzebne, dowiadują się u lekarza. Problemem może być też fakt, że chorzy – jak się okazuje – nawet nie zdają

sobie sprawy z tego, jak mało wiedzą. Drugą kwestią jest problem przełożenia wiedzy na praktykę – szczególnie w aspekcie stylu życia czy diety. Trzecią – potrzeba prowadzenia „normalnego życia” i niechęć do zgłębiania tematu choroby.

Badani zwykle słyszeli, że istnieją organizacje zrzeszające chorych na cukrzycę, jednak w większości przypadków nie umieją wymienić ani jednej nazwy. Nie wiedzą także, czym takie organizacje się zajmują. Pozostaje to zatem w sferze domysłów: „spotykają się, rozmawiają”, „uczą, jak podawać insulinę”. Pojedynczy respondenci w przeszłości uczestniczyli w spotkaniach stowarzyszeń cukrzyków; jedna osoba należy obecnie do klubu działającego w Internecie: „spotykamy się na czacie, wymieniamy argumenty.” Większość badanych nie miała takich doświadczeń ani nie szukała takiej możliwości.

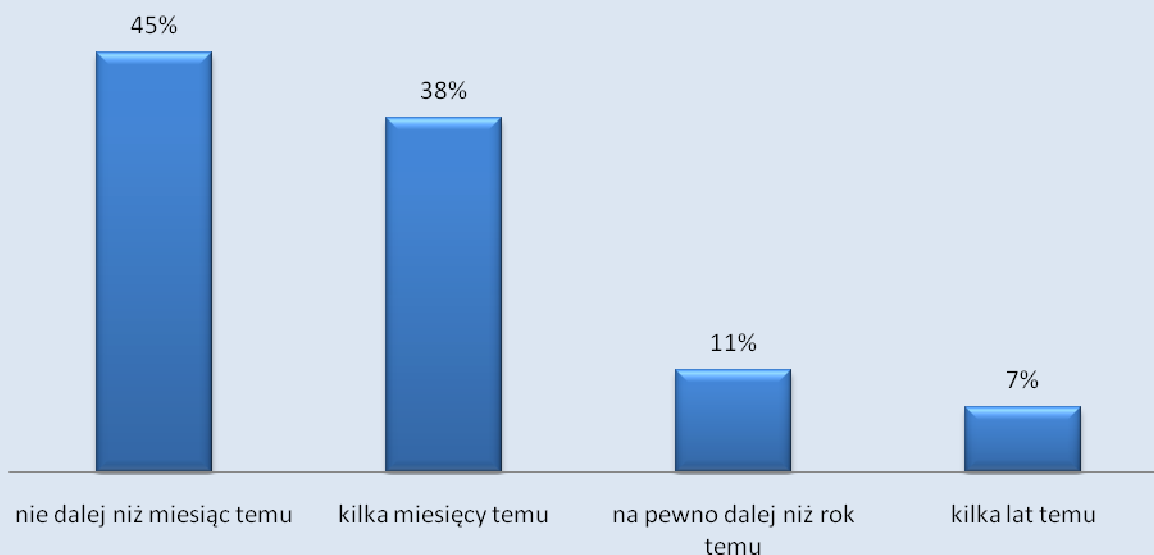
Pomimo tego trzy czwarte badanych (72%) deklaruje, że brało udział w spotkaniu edukacyjnym na temat cukrzycy. A można z dużym prawdopodobieństwem zakładać, że większość tych spotkań było organizowanych lub współorganizowanych właśnie przez różnego rodzaju stowarzyszenia osób z cukrzycą .

Czy kiedykolwiek brał/brała Pan/Pani udział w edukacyjnym spotkaniu na temat cukrzycy?



Blisko połowa badanych (45%) brała udział w spotkaniu edukacyjnym na temat cukrzycy nie dalej niż miesiąc temu, a co trzeci (38%) kilka miesięcy temu.

Jak dawno uczestniczył/uczestniczyła Pan/Pani w spotkaniu edukacyjnym na temat cukrzycy?



Co ciekawe, niektórzy podchodzą do organizacji chorych z pewnym pokpiwaniem: „to są osoby, które mają dużo czasu, wzrok słaby, wolą posłuchać”, „dobre dla emerytów i rencistów, ale jak człowiek pracuje, to nie ma czasu na nic.”

Mimo dotychczasowego braku zainteresowania informacjami na temat choroby, chorzy twierdzą, że możliwość spotkania w gronie pacjentów w celu wymienienia opinii i doświadczeń byłaby wartościowa: „ja bym chciał, bo wtedy spotykam osoby, które mają podobne problemy. Możemy sobie o tym pogadać.” Trudno stwierdzić jednak, jak te deklaracje przełożyłyby się na praktykę.

Relatywnie niskie zainteresowanie chorobą tłumaczone jest przez badanych chorych brakiem potrzeby dodatkowych informacji i zaufaniem do lekarza (mówi to, co trzeba wiedzieć), ale można zauważyć, że wynika także ze strachu: „wiedza medyczna nie zawsze wychodzi na zdrowie... zwłaszcza ludziom wrażliwym, którzy mają skłonność do nerwicy, depresji...” inni potwierdzają: „można się przestraszyć.” Wydaje się, że ludzie często chcą w ten sposób „uciec” od choroby.

Komentarz diabetologa

Pacjenci od chwili zachorowania poszukują informacji o swojej nowej chorobie – i jest to bardzo dobry prognostyk. Jednakże bardzo niewielu z nich czerpie wiedzę od osób najbardziej predestynowanych do edukacji terapeutycznej – czyli od pielęgniarek. Wynika to ze stałego braku dobrze przygotowanego personelu pielęgniarskiego w wielu placówkach opieki zdrowotnej, nie tylko diabetologicznych. Zmiany w tym obszarze powinny stać się dla władz absolutnym priorytetem.



DZIEŃ ZA DNIEM Z CUKRZYCĄ

CUKRZYCA A SPOŁECZEŃSTWO

Osoby związane z chorym na cukrzycę zwykle bardzo biorą sobie do serca chorobę i nierzadko przejęcie się diagnozą przez kogoś z rodziny jest porównywalne do stresu samego chorego : „córka bała się (...) dzwoni do mnie dwa razy dziennie, bo sama mieszkam, i pyta: jak jest?” Rodzina często dodatkowo kontroluje zdrowie chorego: „mąż patrzy, ile mam cukru, jak mierzę.” Członkowie rodziny często wspierają w pilnowaniu diety (np. zmiana sposobu gotowania w domu w związku z chorobą), a nawet potrafią skarcić, gdy chory pozwala sobie na zbyt wiele: „moja żona wie, jak się zachować, jak sięgam po ciastko.” Ponadto choroba w rodzinie uwrażliwia na problem cukrzycy w ogóle: „U mnie córka powiedziała, że będzie uważała i mniej ciastek zjadała.”

Cukrzyca z reguły nie stanowi też problemu w relacjach ze znajomymi. Otoczenie chorego zwykle wie o chorobie; co o tyle ważne, że – zdaniem respondentów – ich bliscy i przyjaciele wiedzą, jak się zachować w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia: „w pracy tylko bardziej zwracają uwagę, czy nie dzieje się ze mną nic złego”.



Dla znajomych „to jest zupełnie normalne”, natomiast zdarzają się przypadki, że innym przeszkadza, gdy chorzy kłują się w ich obecności. Większość badanych (78%) nie spotkała się nigdy z przejawami dyskryminacji ze strony otoczenia ze względu na swoją chorobę. Jednak co szósty badany pacjent deklaruje, że spotkał się z niechęcią ze strony innych ludzi, właśnie ze względu na to, że choruje.



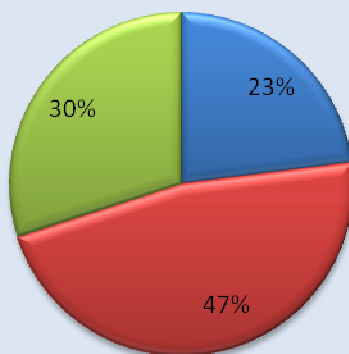
ZMIANA SPOSOBU ŻYCIA

Poza (dość nielicznymi) przypadkami zbagatelizowania choroby, większość respondentów przejęła się swoim stanem. Wiązało się to zwykle z wdrożeniem terapii zalecanej przez lekarza. Według respondentów cukrzyca zmienia życie, ale w różnym stopniu. Wśród badanych były osoby, których życie właściwie niewiele się zmieniło, poza włączeniem leczenia farmakologicznego i pomiarów glikemii do codziennych zajęć. Dla odmiany, niektórzy zmodyfikowali dietę, zwiększyli aktywność fizyczną, a nawet rzucili palenie.

Blisko połowa (47%) twierdzi, że ich życie początkowo, po poznaniu diagnozy, zmieniło się, ale teraz wszystko wróciło do normy. Co trzeci (30%) nie widzi większych zmian. Tylko co piąty chory (23%) uważa, że jego życie legło w gruzach w związku z chorobą.

Czy zachorowanie na cukrzycę zmieniło Pana/Pani życie?

- tak, diametralnie na gorsze
- początkowo tak, ale teraz wszystko wróciło do normy
- nie, nie widzę większych zmian



Część badanych dostrzega pozytywne aspekty zmian, jak lepsze samopoczucie, czy bardziej uregulowany tryb życia: „byłem leniwym człowiekiem (...) cukrzyca odebrała mi energię. 20 lat nie spacerowałem, a dziś spaceruję. To jest bardzo przyjemne.” Inni wskazują na negatywy: konieczność ciągłej kontroli, ograniczenia żywieniowe, przestrzeganie godzin posiłków: „życie z zegarkiem w ręku”. Trzeba również pamiętać o lekach i/ lub insulinie. Ogólnie jednak respondenci podkreślają, że „z cukrzycą da się żyć.”

Chorzy narzekają, że życie z cukrzycą wymaga dyscypliny i kontroli, a komfort życia jest ograniczony w związku z koniecznością pamiętania o lekach/ robienia zastrzyków i ograniczeniami żywieniowymi. Badani nierzadko odczuwają także fizyczne przejawy choroby: osłabienie fizyczne, niekiedy senność; u niektórych pojawiają się także powikłania cukrzycowe. Cukrzyca wydaje się być problemem zwłaszcza dla kierowców – w niektórych przypadkach wiązała się z koniecznością rezygnacji z pracy i przeprowadzaniem co dwa lata wymaganych badań kontrolnych.



Z CUKRZYCĄ DA SIĘ ŻYĆ!

Mimo wielu niedogodności, respondenci nauczyli się żyć z chorobą. Zwłaszcza cukrzycy z dłuższym stażem twierdzą, że przez lata się z nią oswoili. Badani chorujący w latach 80-tych zwracają uwagę na nieporównywalnie wyższy komfort życia z cukrzycą dzisiaj. Fakt, że chory ma własny pen i glukometr (brak konieczności mierzenia cukru i podawania insuliny w przychodni) jest dla nich ogromnym ułatwieniem w porównaniu z terapią dekadę czy dwie dekady temu: „dzisiaj to cudownie. Kiedyś było makabrycznie, nie było insulinówek, były normalne strzykawki, które trzeba było gotować. Ja nie raz się pomyliłam, jak się naciągało. Teraz mamy peny, glukometry i jest luksus.”

Większość osób twierdzi, że mimo choroby można właściwie „żyć normalnie”, a nawet pojawiają się opinie, że „chorzy na cukrzycę mogą żyć pełnią życia, tylko muszą na siebie uważać”.



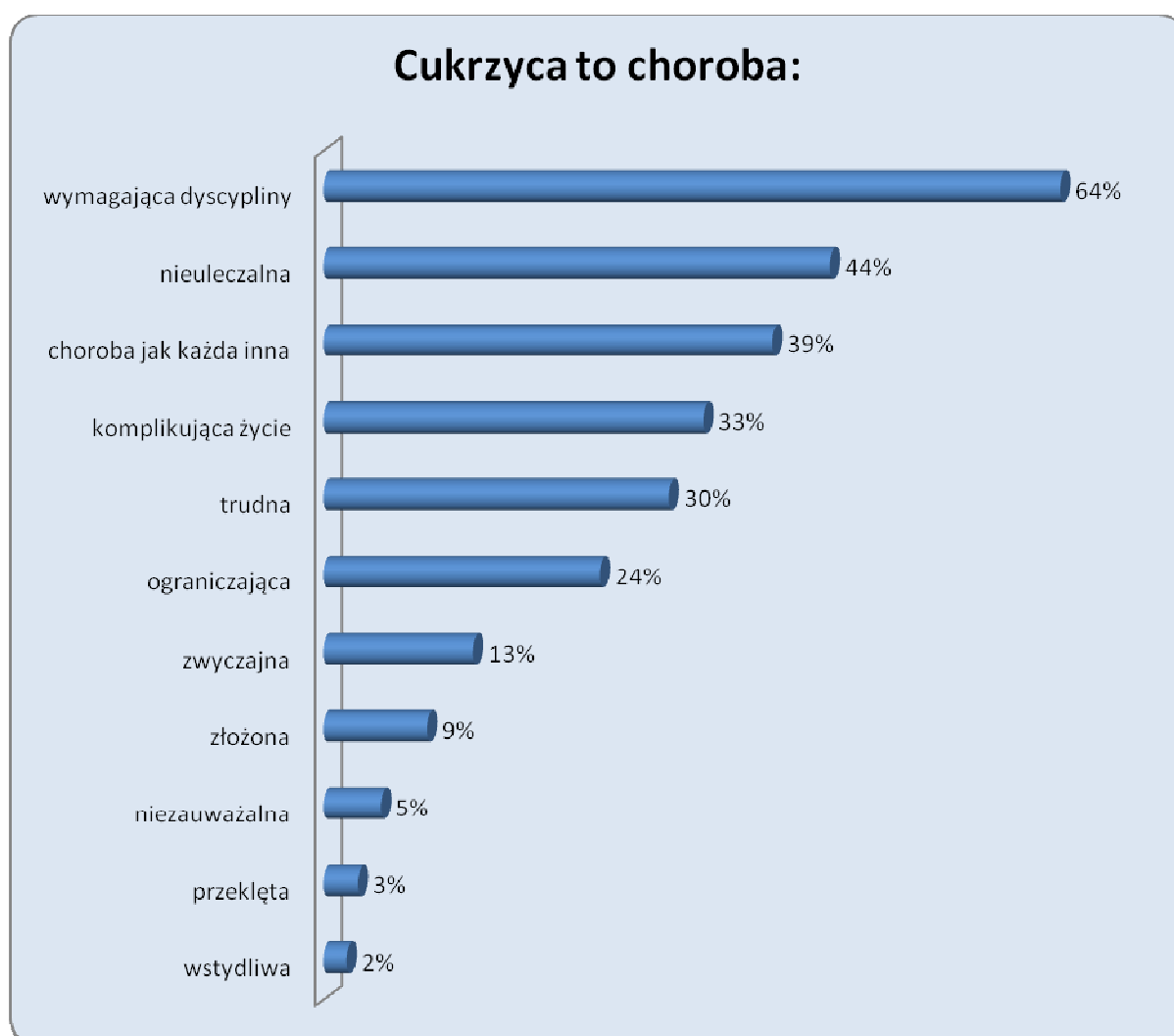
Wydaje się, że wiele osób ma bardzo „mechaniczne” podejście do choroby. Jej kontrola polega przede wszystkim na sterowaniu poziomem cukru – poprzez manipulowanie proporcjami dostarczanego pożywienia i insuliny/ tabletek. Lekarz ocenia efekty tych wysiłków, daje wskazówki odnośnie dawkowania i wypisuje adekwatne recepty. Problemem jest stosunkowo niski poziom wiedzy umożliwiający bardziej świadome kontrolowanie choroby (część osób np. jedząc tort, po prostu



zwiększa dawkę insuliny uważając, że to „załatwi sprawę”), ale również duże problemy z utrzymaniem dyscypliny i prowadzeniem bardziej higienicznego trybu życia.

Niektórzy chorzy twierdzą, że cukrzyca jest zdradliwa, ponieważ „nie boli”. Wydaje się to zgodne z prawdą. Badani podejmują leczenie, chodzą na kontrolę do lekarza i mierzą cukier. Mimo wszystko wydaje się, że często pozwalają sobie na odstępstwa od diety, wiele osób nie podejmuje aktywności fizycznej, polegając przede wszystkim na lekach/ insulinie.

Osoby mające przypadki cukrzycy w rodzinie (np. choroba rodziców) wydają się lepiej zaznajomione z chorobą, w tym również jej konsekwencjami. Potrafią więcej powiedzieć o odpowiedniej diecie, czy możliwych powikłaniach. Wydaje się także, że bardziej o siebie dbają (dieta, badania, styl życia).



Jakość życia z cukrzycą jest względnie wysoka – przynajmniej do momentu, gdy nie pojawią się powikłania cukrzycowe. Wielu respondentów podkreśla jednak, że terapia – a w szczególności insulinoterapia – jest kłopotliwa. Najbardziej doskwiera konieczność regularnego sprawdzania poziomu cukru i robienia iniekcji. Cukrzyca wymaga ciągłej kontroli (choć nie oznacza to, że wszyscy się do tego stosują). Problemem jest także przestrzeganie diety; badani z niechęcią przyjmują ograniczenia

żywniowe. Problematiczne (i budzące duży lęk) są także niedocukrzenia czyli mniej lub bardziej gwałtowne obniżenia stężenia glukozy we krwi. Są one również jedną z głównych obaw wiązanych z insulinoterapią.

Otoczenie chorego zwykle jest silnym elementem wspierającym go w walce z chorobą. W największym stopniu zaangażowana jest rodzina, która nierzadko pomaga w kontrolowaniu diety, np. pilnując, aby cukrzyk nie pozwalał sobie na zbyt wiele. Cukrzyca nie jest tematem tabu wśród znajomych czy w pracy. Zwykle inni wykazują dużo zrozumienia, a nawet zainteresowania stanem zdrowia chorego. Wielu badanych twierdzi, że rodzina i bliscy znajomi wiedzą, jak zachować się w przypadku niedocukrzenia.

Problem pojawia się na poziomie społecznym. Chorzy uważają, że świadomość cukrzycy jest dość niska, a skala problemu jest ogromna. Wyrażają również wątpliwości, czy przypadkowy przechodzień umiałby rozpoznać i pomóc w sytuacji niedocukrzenia.

Komentarz diabetologa

Wypowiedzi badanych pacjentów dobitnie pokazują jak ogromne znaczenie dla chorych ma postęp technologiczny medycyny – obecna dostępność wstrzykiwaczy i glukometrów zmieniła nie tylko obraz choroby, ale także umożliwia zmianę postawy samego chorego na bardziej aktywną wobec choroby, na poprawę umiejętności borykania się z nią. Również rozumienie choroby jako stanu nieodwracalnego i wymagającego samodyscypliny jest częste, co także powinno być pomocne w codziennym leczeniu. Zdecydowana większość chorych uważa, że umie żyć z chorobą – i jest bardzo krzepiąca wiadomość także dla tych, którzy (jeszcze) nie chorują na cukrzycę.



PODSUMOWANIE

SPOŁECZNA ŚWIADOMOŚĆ CUKRZYCY

- 35 % POLAKÓW NIE MA WIEDZY O SKUTKACH CUKRZYCY
- 52 % SPOŁECZEŃSTWA UWAŻA, ŻE OSOBY OTYŁE LUB MAJĄCE NADWAGĘ SĄ NAJBARDZIEJ NARAŻONE NA ZACHOROWANIE NA CUKRZYCĘ
- CO PIĄTY POLAK NIE SPRAWDZAŁ POZIOM GLUKOZY WE KRWI NIGDY W ŻYCIU
- 20 % ANKIETOWANYCH UWAŻA, ŻE CUKRZYCY NIE SPOSÓB ZAPOBIEC

PACJENCI Z CUKRZYCĄ W POLSCE

- 57 % CHORYCH MIAŁO ROZPOZNANĄ CUKRZYCĘ PRZYPADKOWO, A 34% NA PODSTAWIE WYSTĘPUJĄCYCH OBJAWÓW
- 82% ANKIETOWANYCH CHORUJE NA CUKRZYCĘ TYPU 2
- 76 % MA DUŻE TRUDNOŚCI Z PRZESTRZEGANIEM ODPOWIEDNIEJ DIETY
- 91 % STARA SIĘ ZAPOBIEC POWIKŁANIOM WYNIKAJĄCYM Z CUKRZYCY
- 31 % SYSTEMATYCZNIE STOSUJE AKTYWNOŚĆ FIZYCZNĄ
- 41 % NAJCZĘSTSZYCH POWIKŁAŃ TO USZKODZENIE WZROKU
- 51 % CHORUJE NA CUKRZYCĘ DŁUŻEJ NIŻ 10 LAT
- 60 % CHORYCH REGULARNIE CHODZI DO DIABETOLOGA
- 30 % NIE KONTROLUJE HEMOGLOBINY GLIKOWANEJ HBA1C
- 85 % OSÓB PO ZACHOROWANIU NA CUKRZYCĘ STARAŁO SIĘ ZWIĘKSZYĆ SWOJĄ WIEDZĘ NA TEMAT CHOROBY
- 28 % CHORYCH NIE BRAŁO NIGDY UDZIAŁU W SPOTKANIU EDUKACYJNYM NA TEMAT CUKRZYCY
- 78 % BADANYCH NIE SPOTKAŁO SIĘ Z DYSKRYMINACJĄ Z POWODU CUKRZYCY
- 59 % CHORYCH UMIE ŻYĆ Z CUKRZYCĄ
- 64 % OCENIA, ŻE CUKRZYCA TO CHOROBA WYMAGAJĄCA DYSCYPLINY



O KOALICJI NA RZECZ WALKI
Z CUKRZYCĄ

KOALICJA NA RZECZ WALKI Z CUKRZYCĄ

Koalicja na Rzecz Walki z Cukrzycą powstała w kwietniu 2009 roku z inicjatywy Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowia. Reprezentuje ona największe polskie organizacje podejmujące pracę na rzecz osób chorych na cukrzycę: Polskie Towarzystwo Diabetologiczne, Polską Federację Edukacji w Diabetologii, Polskie Stowarzyszenie Diabetyków, Górnośląskie Stowarzyszenie Diabetyków oraz organizacje działające na rzecz promocji zdrowia jak Dziennikarski Klub Promocji Zdrowia, Ogólnopolska Federacja Organizacji Pomocy Dzieciom i Młodzieży Chorych na Cukrzycę.

Intencją Koalicjantów jest, aby poprzez szeroko zakrojone działania edukacyjne aktywnie wpływać na zwiększanie świadomości społecznej w zakresie cukrzycy, zmianę upraszczającego podejścia do choroby, a także uświadomienie jej interdyscyplinarnego charakteru i współzależności z prowadzonym stylem życia.



INFORMACJE O CZŁONKACH KOALICJI NA RZECZ WALKI Z CUKRZYCĄ

INSTYTUT PRAW PACJENTA I EDUKACJI ZDROWOTNEJ (IPPEZ)

Fundacja utworzona z inicjatywy księdza Arkadiusza Nowaka, której celem jest popularyzacja wiedzy nt. praw pacjenta. Aktywność Instytutu skupia się m.in. na upowszechnianiu wśród społeczeństwa idei praw pacjenta i wspieraniu jej egzekwowania; podejmowaniu działań mających na celu traktowanie pacjenta jako najważniejszego podmiotu w systemie ochrony zdrowia, w szczególności w relacji lekarz-pacjent; wspieraniu i aktywizacji środowisk działających na rzecz praw pacjentów, w tym inspirowaniu działań na rzecz integracji różnych grup i organizacji reprezentujących pacjentów; wspieraniu rozwiązań systemowych mających na celu dobro pacjentów oraz podnoszeniu świadomości obywatelskiej w dziedzinie praw pacjenta i polityki zdrowotnej państwa; rozwijaniu współpracy międzynarodowej w powyższym zakresie; propagowaniu działań mających na celu poprawę stanu zdrowia społeczeństwa i postaw pro-zdrowotnych. IPPEZ w realizacji swoich celów współpracuje z rganizacjami zreszczającymi pacjentów oraz ekspertami w zakresie opieki zdrowotnej, tak w Polsce jak i zagranicą.

POLSKIE TOWARZYSTWO DIABETOLOGICZNE (PTD)

Zrzesza lekarzy specjalistów diabetologów oraz dziedzin pokrewnych. Celem towarzystwa jest m.in. szerzenie zdobyczy współczesnej nauki wśród lekarzy oraz wśród innych członków zajmujących się diabetologią; zachęcanie i wdrażanie swych członków do pracy naukowej; współdziałanie w organizowaniu społecznej ochrony zdrowia i w rozwiązywaniu problemów dotyczących jej działalności; współdziałanie w doskonaleniu lekarzy; reprezentowanie interesów zdrowotnych i opiekuńczych chorych na cukrzycę i staranie o ich uwzględnienie wobec władz administracyjnych, wobec przemysłu i innych.



POLSKA FEDERACJA EDUKACJI W DIABETOLOGII (PFED)

Federacja podejmuje problematykę promowania profesjonalnej roli zespołów terapeutycznych w edukacji i opiece diabetologicznej w Polsce - lekarzy, pielęgniarek, dietetyków, psychologów, rehabilitantów, pracowników socjalnych oraz konsultantów innych specjalności. Stowarzyszenie szkoli personel medyczny w zakresie zachowań prozdrowotnych, zdrowego odżywiania, terapii cukrzycy oraz przekazuje wiedzę z zakresu diabetologii.

DZIENNIKARSKI KLUB PROMOCJI ZDROWIA

Ogólnopolska organizacja zrzeszająca dziennikarzy i publicystów podejmujących problemy ochrony zdrowia i medycyny oraz pozostałych środowisk propagujących zdrowy styl życia. Inicjuje i organizuje konferencje oraz warsztaty szkoleniowe dla dziennikarzy poświęcone najnowszym osiągnięciom medycyny i farmacji, a także ważnym problemom zdrowotnym społeczeństwa.

POLSKIE STOWARZYSZENIE DIABETYKÓW (PSD)

Stowarzyszenie zrzeszające ponad 100 000 członków zarejestrowanych w 520 kołach terenowych, działające dla osób chorych na cukrzycę. Organizuje i prowadzi szerokie działania edukacyjne skierowane zarówno do chorych, jak i do całego społeczeństwa w celu podniesienia wiedzy o cukrzycy, jej skutkach oraz samokontroli. Zadaniem Stowarzyszenia jest także udzielanie różnorodnej pomocy diabetykom i rodzicom nieletnich diabetyków.

GÓRNOŚLĄSKIE TOWARZYSTWO DIABETOLOGICZNE (GSD)

Organizacja zrzeszająca osoby z cukrzycą z regionu Górnego Śląska. Podstawowym obszarem działania Górnośląskiego Stowarzyszenia Diabetyków jest wspieranie merytoryczne członków stowarzyszenia oraz prowadzenie szkoleń diabetologicznych. Stowarzyszenie m.in. upowszechnia wiedzę o cukrzycy, prowadzi warsztaty diabetologiczne oraz poradnictwo w zakresie samokontroli i diety.

OGÓLNOPOLSKA FEDERACJA ORGANIZACJI POMOCY DZIECIOM I MŁODZIEŻY CHORYM NA CUKRZYCĘ

Federacja zrzesza organizacje skupiające rodziców, opiekunów i przyjaciół dzieci oraz młodzieży dotkniętych cukrzycą. Za główne cele stawia sobie poprawę sytuacji prawnej, społecznej, zdrowotnej i materialnej dzieci oraz młodzieży chorych na cukrzycę; wspieranie i wzmacnianie zrzeszonych w niej organizacji oraz kształtowanie pozytywnych postaw społecznych wobec młodych diabetyków.



