# THE ROLE OF MOTIVATION IN CHANGING THE LIFESTYLE IN DIABETIC PATIENTS

**Mihaela Dănilă, Ionela Pintea – Simon**
**University of Medicine and Pharmacy Tîrgu Mureş**

*Abstract: Diabetes is the most common metabolic disease in the world, presenting in its evolution a series of disabling complications for the patient. Beyond the impact of the patient's diagnosis regarding this pathology, the decision to deal with the disease, to accept it and try to take all steps to adopt a healthy lifestyle lies with the patient. The aim of the study is to demonstrate the power of motivation in the decision to change lifestyle in diabetic patients. The study was retrospective on a group of 60 patients, of whom 32 patients were female and 28 were male. After 10 days of changing the diet and the daily patient's program, their analyzes showed a decrease in glycemic values and an improvement in their symptomatology.*

*In conclusion, the motivation of these patients is the key for therapeutic success. Patients must therefore be convinced that for a successful therapeutic outcome the active involvement of the patient in the healing act is necessary, because the work of the doctor would prove to be in vain if he struggled alone to ease the suffering of the patient.*

*Keywords: motivation, lifestyle, diet, diabetic patients*

***"Dacă bolile omenirii ar constitui tema unui serial criminalistic, cu siguranţă diabetul ar fi cazul cel mai dificil. Proba incontestabilă este creşterea zahărului în sânge, însă scena crimei are localizări multiple în organismul uman-pancreas, ficat, musculatura scheletală, ţesutul adipos, creier, ochi, rinichi, vase de sânge şi numeroşi nervi- fiecare furnizând o lista lungă de suspecţi moleculari, care pot fi sau nu, implicaţi cauzal în boală." (Rădulescu, 2012)***

Cuvântul "diabet" are origine în greaca veche și semnifică "a trece prin" sau "sifon", dorind a sugera eliminarea importantă a apei din organismul persoanelor cu diabet. Primele manifestări clinice similare diabetului se regăsesc în cronicile egiptenilor, din jurul anilor 1500 î.Hr., în care se menționează existența patologiei în care pacienții urinau excesiv și pierdeau în greutate. [1] Cel care a denumit această afecțiune, a fost medicul grec, Aretaeus din Capadocia (30-90 d.Hr.), care descrie patologia prin polidipsie, poliurie și scădere în greutate. Ulterior, în 1675, medicul englez Thomas Willis utilizează termenul latin "mellitus"- "dulce ca mierea", prin care definea caracteristica urinii celor afectati. Prezența glucozei în urină și concentrația crescută a acesteia, este confirmată în anul 1776, de către Matthew Dobson.[2]

Diabetul este cea mai frecventă boală metabolică de pe glob, fiind principala cauză de insuficiență renală, de pierdere a vederii, de amputaţie a membrelor inferioare. Prevalenţa mondială a diabetului a crescut impresionant, de la aproximativ 30 milioane cazuri în 1985, la 285 milioane în 2010. Federaţia Internaţională a Diabetului prezice că în 2030, populaţia globului se va confrunta cu 438 milioane de cazuri de diabet [2,3], şi o mare parte din cei afectaţi vor fi copii, adolescenţi şi tineri, a căror speranţa de viaţă va fi scurtată cu o treime; pentru că forma cea mai severă a bolii, evoluează în medie cu 7 ani înaintea stabilirii diagnosticului, la 40% existând deja leziuni macrovasculare, la 30% o nefropatie stadiul 3, în

BDD-A28322 © 2018 Arhipelag XXI Press
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.217.42 (2026-11-16 04:52:01 UTC)

15% retinopatie, în 50% hipertrigliceridemie şi în 50% cazuri hipertensiune arterială. [4] Deşi prevalenţa ambelor tipuri de diabet este în creştere, prevalenţa diabetului de tip 2 suportă o ascensionare mai rapidă, explicată prin prezenţa crescută a obezităţii, scăderii activităţii fizice (odată cu industrializarea) şi a fenomenului de senescentă.

Criteriile de diagnostic pentru diabetul zaharat, emise de către Asociația Americana de Diabet sunt urmatoarele: glicemie bazală a jeun > 126mg/dl (7.0 mmol/L)- determinată după repaus caloric de 8 ore; HbA1c > 6,5% ; glicemie >200 mg/dl (11.1 mmol/L) determinata la 2 ore după administrarea a 75 g de glucoza; glicemie > 200mg/dl în orice moment al zilei, la pacientul simptomatic (poliurie, polidipsie, scădere ponderală).

Pornind de la cuvintele lui P. Vanini care spun ca “astăzi, eforturile diabetologului nu mai trebuie să se epuizeze în reechilibrarea glicemiei, ci ele trebuie să fie tot mai insistente în prevenirea complicaţiilor şi în recunoaşterea lor precoce”, dar și ținând cont de datele recente din literatura de specialitate care au arătat că schimbarea stilului de viață scade riscul diabetului cu 60%, “alimentația corectă și exercițiile fizice constituind baza tratamentului în diabet" am ales să urmăresc un grup țintă de pacienți diabetici la care s-au instituit anumite modificări în ceea ce privește stilul de viață. Există o impresie aproape generală, că oricine suferă de diabet este condamnat la o dietă specială pentru tot restul vieţii, în care va trebui să urmeze un regim alimentar rigid, cu liste complicate de echivalențe, multe alimente interzise şi produse dietetice speciale, la care se adaugă grija de a cântări aproape tot ce se consumă. Oare aşa să fie? Ar putea fi o surpriză că bolnavii cu diabet tip 2 se pot alimenta fără liste şi fără cântar?

"Pacienţii cu diabet zaharat tip 2 sunt în majoritate supraponderali sau obezi şi au, în general, un stil de viaţă nesănătos (obiceiuri alimentare nesănătoase, sedentarism) care a contribuit, alături de alţi factori, la apariţia afecţiunii. De aceea, se impune ca imediat după diagnosticare să se identifice modalităţile de intervenţie asupra stilului de viaţă. Prin ameliorarea stilului de viaţă se urmăreşte atingerea şi menţinerea greutăţii corporale ideale, scăderea valorilor glicemice, normalizarea valorilor lipidelor serice și a acidului uric (sau aducerea cât mai aproape de normal), menţinerea unor valori optime ale tensiunii arteriale, uneori în asociere cu medicaţia specifică. Fumatul reprezintă un factor de risc cardiovascular independent, de aceea se va insista pentru renunţare la fumat şi la consumul de alcool." [5]. Cum se poate realiza concret scăderea în greutate, scăderea valorilor glicemice, normalizarea lipidelor serice, a acidului uric şi a tensiunii arteriale, doar înlăturând cauza!

Dorind să cercetăm dacă acest lucru este realizabil, am căutat un centru unde aceste ţinte să fie atinse şi am găsit Centrul de Sănătate şi Medicină Preventivă- Lifestyle Herghelia din Târgu Mureş, în care se postulează că ţintele discutate sunt o realitate de mai bine de 13 ani, cu peste 10.000 de pacienţi ce au fost trataţi timp de 10 sau 18 zile, în care experienţă celor peste 12.000 de mese servite pacienţilor au dus la îmbunătăţirea valorilor menţionate. Aşadar, studiul de faţă îşi propune să analizeze impactul negativ al stilului de viaţă necorespunzător asupra diabetului zaharat de tip 2, să cerceteze dacă prin modificarea stilului de viaţă, în sens pozitiv, valorile glicemiei, sensibilitatea la insulină şi ceilalţi parametrii care întreţin diabetul zaharat pot cunoaşte o ameliorare considerabilă si totodată să analizeze rolul motivației în schimbarea stilului de viață la acești pacienți. Studiul a fost unul retrospectiv pe un lot de 60 pacienţi care s-au prezentat la centrul de sănătate cu diagnosticul "Diabet zaharat tip 2", între anii 2014-2016. Fiecărui pacient i s-a întocmit o "Fişa de consultaţie medicală" ce cuprindea date personale, antecedente heredocolaterale, personale fiziologice şi patologice, anii de diabet, obezitate şi hipertensiune arterială, tratamentele efectuate, drogurile uzuale folosite, orele de muncă şi orele de somn în 24 ore, alimentele preponderente din dietă, repartizate pe cele 3 mese principale, la care s-a specificat, unde a fost cazul, componenţa gustărilor servite şi valoarea hemoglobinei glicozilate. Pacienţii au fost trataţi la Centrul Lifestyle, Herghelia timp de 10 zile. În cea de-a două zi, fiecărui pacient i s-a recoltat sânge,

BDD-A28322 © 2018 Arhipelag XXI Press
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.217.42 (2026-11-16 04:52:01 UTC)

a jeun, cu ajutorul căruia s-au analizat următorii indici: glicemie, colesterol total, LDL-colesterol, HDL-colesterol, trigliceride. Toţi pacienţii au fost serviţi cu o dietă strict vegetariană, echilibrată din punct de vedere nutritional, în concordanţă cu prevederile Asociaţiei Dietetice Americane şi Asociaţiei Americane de Diabet, fără grăsimi săturate sau acizi grași saturați trans, fără colesterol, dar bogată în legume, zarzavaturi, salate, fructe consumate zilnic, nuci, seminţe, cereale integrale. Masa era servită de 3 ori pe zi, la ore fixe, iar în pauza dintre mese era încurajată ingestia de apă plata, că la finalul zilei, pacientul să fi consumat minimum 6 pahare/zi. În plus, pe lângă dietă şi sport, pacienţilor li s-a asigurat un mediu relaxant, cu muzică clasică şi ore de devoţiune. În fiecare dimineaţă, erau susţinute prezentări despre pricipiile hidroterapiei, nutriţiei şi beneficiile activităţii fizice, pentru ca fiecare pacient să poată face o schimbare în stilul de viaţă, conştient şi motivat. După zilele de terapie, analizele au fost repetate, pentru a vedea impactul pe care l-a avut schimbarea stilului de viaţă în 10 zile. Din lotul de 60 de pacienti, 32 pacienţi sunt de gen feminin şi 28 pacienţi sunt de gen masculin, bărbaţii reprezentând 47% din lot, iar femeile 53%.

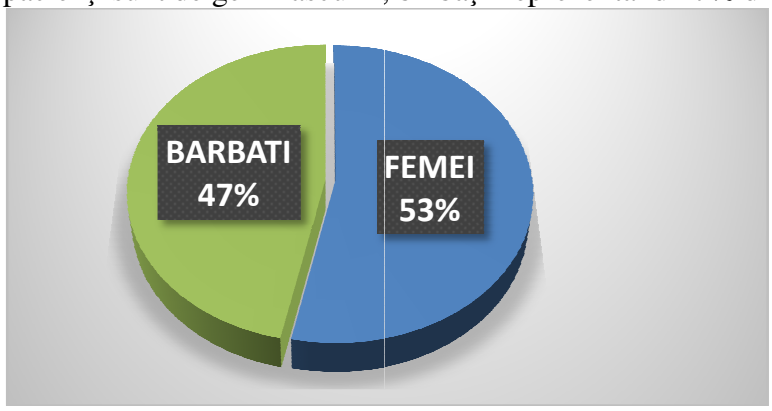



Figura 1. Distribuția cazurilor în funcție de gen

| Grupa de varsta | Numarul de cazuri | M | F |
|---|---|---|---|
| **30-39** | 1 | 1 | 0 |
| **40-49** | 7 | 4 | 3 |
| 50-59 | **17** | 9 | 8 |
| 60-69 | **22** | 10 | 12 |
| **>70** | 13 | 4 | 9 |
| **TOTAL** | 60 | 28 | 32 |

În lotul prezent se observă o creştere remarcabilă a frecvenţei diabetului după vârstă de 50 ani, cu maximă de 22 de cazuri la grupa de vârstă 60-69 ani, cu predominanță în rândul

BDD-A28322 © 2018 Arhipelag XXI Press
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.217.42 (2026-11-16 04:52:01 UTC)

genului feminin. Frecvenţa crescută la această grupa de vârstă, este susţinută de scăderea metabolismului energetic odată cu înaintarea în vârstă, creşterea sedentarismului şi a bolilor cardiovasculare asociate.

În lotul prezent, pacienţii sunt preponderant din mediul urban, compus din 41 de pacienţi, cu raport aproximativ egal al celor două sexe: 20 de bărbaţi şi 21 femei, spre deosebire de mediul rural, ce este compus doar din 19 pacienţi. În ambele cazuri, genul feminin este mai bine reprezentat. Predominanța mediului urban în rândul pacienţilor cu diabet de tip 2 este explicată de accesul mai mare la informaţia medicală şi implicit diagnosticarea acestuia, dar şi a creşterii sedentarismului, accesului mai mare la fast-food-uri şi alimentaţie bogată în grăsimi şi şi uleiuri rafinate, produse de patiserie, ce favorizează supraponderabilitatea, obezitatea, dislipidemia şi hipertensiunea arterială, toţi aceştia, fiind factori ce duc la apariţia diabetului de tip 2.

Un alt aspect observat a fost faptul că stresul reprezintă un factor de risc important în patogeneza diabetului zaharat, acest lucru dovedindu-se din simplul fapt că la pacienții divorțați incluși în studiu nivelul glicemiilor este mai ridicat spre deosebire de cei căsătoriţi, unde pacientul are parte de suportul familial. În lotul pezent, cei necăsătoriţi prezintă cel mai precoce apariţia diabetului, cu o medie de 47 ani, datorită terenului genetic prezent, şi cu valorea mediei glicemiilor cea mai mare:180 mg/dl. S-a constatat că la cei căsătoriţi, glicemiile sunt mai puţin oscilante decât la cei necăsătoriţi sau divorţaţi şi că bărbaţii necăsătoriţi sau divorţaţi prezintă mai frecvent obezitate abdominală şi ulterior diabet tip 2, arătând rolul important pe care îl are impactul emoţional asupra organismului, fapt ce confirma studiile de specialitate publicate.

De asemenea, cei care cred într-o forţă superioară lor şi care frecventează grupuri de sprijin, cunosc o îmbunătăţire remarcabilă a valorilor glicemice şi mărturisesc că se simt foarte bine în urma terapiilor de grup. Gândul că nu sunt singurii care luptă cu diabetul, îi face să se adapteze mai uşor condiţiilor impuse de această afecţiune.

Condițiile de stres care facilitează dezvoltarea si întreținerea diabetului de tip 2 și a aterosclerozei, sunt incluse și orele insuficiente de somn și numărul mare de ore de muncă în condiții stresante, acest lucru fiind evidenţiat și în tabelul 2 prin calcularea indexului aterogen.

Tabel 2. Impactul orelor de somn şi al acizilor graşi saturaţi asupra indexului aterogen şi valorilor glicemice

| Ore de somn | AG saturati (g) | Index aterogen | Valori glicemie |
|---|---|---|---|
| **2** | 17 | **6,17** | 156 |
| **3-4** | 80 | **5,83** | 202 |
| **5-6** | 19 | 4,94 | 138 |
| **7** | 37 | 4,6 | 144 |

În tabelul 3 am introdus succint valoarea medie a parametrilor analizați la venire și cum s-au modificat aceștia dupa cele 10 zile de dietă, medicație, exercițiu fizic si suport

BDD-A28322 © 2018 Arhipelag XXI Press
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.217.42 (2026-11-16 04:52:01 UTC)

psihic, întrucât doar perseverand se pot obține cele mai satisfăcătoare rezultate. După cum se observă, pacienţii au scăzut în greutate în medie cu 1,23 kg, glicemia a scăzut în medie cu 26mg/dl, colesterolul total seric cu 24mg/dl, LDL-ul cu 18mg/dl, HDL-ul a crescut cu 2mg/dl, trigliceridele au scăzut cu 41 mg/dl, valorile tensiunii arteriale sistolice au scăzut cu 14mmHg, iar a celei diastolice cu 6 mmHg. După cum am discutat anterior, modificările acestea în sens pozitiv, se datorează schimbării stilului de viaţă. Dieta ajută semnificativ, dar nu este singura recomandare. Totul pornind în esență de la motivația de a ține în frâu această patologie cu complicațiile aferente.

Tabelul 3. Variația parametrilor studiați, după cele 10 zile de tratament

| | VENIRE | PLECARE | A scăzut cu | A crescut cu |
|---|---|---|---|---|
| **GREUTATEA/kg** | 92,30 | 88,69 | 1,23kg p<0.2 | |
| **IMC-ul** | 33 | 32 | 1kg/m2 p<0.1 | |
| **GLICEMIA mg/dl** | 145 | 119 | 26mg/dl p<0.001 | |
| **TAS mmHg** | 144 | 130 | 14mmHg p<0.0001 | |
| **TAD mmHg** | 84 | 78 | 6mmHg p<0.0009 | |
| **COLESTEROLUL TOTAL mg/dl** | 183 | 159 | 24mg/dl p<0.002 | |
| **LDL-ul mg/dl** | 111 | 93 | 18mg/dl p<0.001 | |
| **HDL-ul mg/dl** | 37 | 39 | | 2mg/dl p<0.3 |
| **TG mg/dl** | 170 | 129 | 41 mg/dl p<0.01 | |
| **INDEXUL ATEROGEN** | 5.00 | 4.38 | 0,62 p<0.005 | |

BDD-A28322 © 2018 Arhipelag XXI Press
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.217.42 (2026-11-16 04:52:01 UTC)

În concluzie, diabetul zaharat reprezintă cea mai frecventă boală metabolică de pe glob, ce implică în evolutivitatea ei o serie de complicații invalidante pentru pacient. Potrivit studiului de față, se confirma încă o dată rezultatele din literatura de specialitate, dincolo de impactul dat de diagnosticul stabilit pentru pacient cu privire la această patologie, decizia de a înfrunta boala, de a o accepta și de a încerca să facă toate demersurile în vederea adoptării unui stil de viață sănătos îi revin pacientului. Astfel că motivația de a vedea dincolo de diagnosticul implacabil stă tocmai în resursele proprii, ea reunind "ansamblul factorilor dinamici care determină conduita unui individ… sau totalitatea mobilurilor interne ale conduitei, fie ele înnăscute sau dobandite, constientizate sau neconstientizate, simple trebuinte fiziologice sau idealuri abstracte "(Sillamy 1996).

În cazul acestor pacienti diabetici, motivația adoptării unui nou stil de viață este cea care poate transforma pacientul într-un subiect activ și selectiv, cu un determinism intern propriu în alegerea și declanșarea acțiunilor și comportamentelor. Astfel, pacienții trebuie să fie convinși că pentru un rezultat terapeutic de succes este necesară implicarea activă a bolnavului la actul de vindecare, căci munca medicului s-ar dovedi a fi în zadar dacă s-ar lupta singur să ușureze suferința bolnavului. Din acest motiv, motivația stă la baza start-ului oricărei terapii, căci pacientul trebuie să înceteze să se culpabilizeze și să intervină activ în lupta cu boala lui, el trebuie să respecte întrutotul tratamentul igieno-dietetic și medicamentos prescris, și credința și speranța că totul o să fie bine este de bun augur.

## BIBLIOGRAPHY

1. Șerban V, Cheta D, Mihai A, Complicatiile cornice ale diabetului zaharat: generalitati, sistematizare, patogenie, Tratat roman de boli metabolice, vol.2, ed.Brumar, p 21-30, 2011
2. Rădulescu Emil, Diabetul la copii si adulti- Bucuresti, Casa de Editura Viata si Sanatate, 2012
3. Jameson Larry J Harrison, Endocrinologie, Bucuresti: Editura ALL, 2014
4. McPhee J S, Papadakis M A, Tierney L M, Current Medical Diagnosis and Tratament, ed. 47, 2008
5. Dan L. Lango et al, Hrrison's principles of internal medicine, 18 th edition, Editura: McGraw Hill Professional, 2011
6. Pasca MD, Psihologia usii, Ed. Ardealul, Targu Mures, 2008
7. Pasca MD, Comunicarea în relația medic-pacient, Ed. University Press, Târgu Mureș, 2012

BDD-A28322 © 2018 Arhipelag XXI Press
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.217.42 (2026-11-16 04:52:01 UTC)