

Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz¹, Bogumił Wolnik², Ewa Wender-Ożegowska³,
Maciej Małecki⁴, Adam Krętowski⁵, Teresa Koblik⁴, Janusz Gumprecht⁶,
Grzegorz Gajos⁷, Edward Franek⁸, Piotr Fichna⁹

¹Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Diabetologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

²Katedra i Klinika Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii, Uniwersytet Medyczny w Gdańsku

³Katedra Położnictwa i Chorób Kobiety, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

⁴Katedra i Klinika Chorób Metabolicznych Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

⁵Klinika Endokrynologii, Diabetologii i Chorób Wewnętrznych, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

⁶Klinika Chorób Wewnętrznych, Diabetologii i Nefrologii, Śląski Uniwersytet Medyczny w Zabrzu

⁷Klinika Choroby Wieńcowej, Instytut Kardiologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego; Szpital im. Jana Pawła II w Krakowie

⁸Klinika Chorób Wewnętrznych, Endokrynologii i Diabetologii, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie

⁹Klinika Diabetologii i Otyłości Wieku Rozwojowego, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Compliance w cukrzycy — cel czy droga do sukcesu?

Compliance in diabetes — target or way to success?

Artykuł jest tłumaczeniem pracy:

Zozulińska-Ziółkiewicz D, Wolnik B, Wender-Ożegowska E et al. Compliance in diabetes — target or way to success? Clin Diabet 2016; 5, 1: 32–39. DOI: 10.5603/DK.2016.0006.

Należy cytować wersję pierwotną.

STRESZCZENIE

Termin *compliance* wiąże się z prowadzeniem postępowania terapeutycznego, przede wszystkim w odniesieniu do chorób przewlekłych. Jego definicja ewoluowała jednak wraz z rozwojem współczesnej medycyny. W ostatniej dekadzie wizja relacji pomiędzy pacjentem i lekarzem uległa znaczącej zmianie. Coraz większe znaczenie dla odniesienia sukcesu terapeutycznego przypisywane jest indywidualizacji postępowania oraz uwzględnieniu w nim perspektywy i preferencji chorego. Celem niniejszego opracowania jest próba znalezienia współczesnej definicji terminu *compliance* w cukrzycy oraz określenie elementów mających wpływ na znalezienie indywidualnej drogi współpracy z pacjentem, a w efekcie częstsze osiągnięcie sukcesów klinicznych. Opracowanie stanowi podsumowanie tematycznej dyskusji autorów, uwzględniającej zarówno dostępne publikacje medyczne odnoszące się do poruszanych tematów, jak i wieloletnie własne doświadczenie kliniczne.

Słowa kluczowe: cukrzyca, współpraca, pacjent, indywidualizacja

Adres do korespondencji:

prof. dr hab. n. med. Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz
Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Diabetologii
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
e-mail: zozula@box43.pl
Nadesłano: 20.10.2015

Przyjęto do druku: 03.12.2015

ABSTRACT

In medicine, the term “compliance” is associated with medical practice and guidance, especially in relation to chronic diseases. Its definition has evolved with the development of modern medicine. In the last decade, the relationship between patient and doctor has changed significantly. The increasing importance of therapeutic success is attributed to the personalization of medicine and the consideration of patients’ perspectives and preferences. The purpose of this manuscript is to find a modern definition of the term “compliance” in relation to diabetes and to determine what elements of personalized medicine can be incorporated into patient care to improve overall clinical success. In this article, the authors discuss the topics of “compliance” and personalized medicine in diabetes care taking into account both available medical publications as well as many years of the authors’ own clinical experience.

Key words: diabetes, compliance, patient, individualization

Wstęp

„Sukces” w leczeniu pacjentów z cukrzycą wydaje się jednoznacznie zdefiniowany przez wytyczne kliniczne — to uzyskanie wartości docelowych w zakresie glikemii, ciśnienia tętniczego, lipidogramu, masy

ciała, a poprzez to zapobiegnięcie rozwojowi późnych powikłań i zapewnienie dobrej jakości życia chorego. Zgodzimy się zapewne, że dysponujemy obecnie skutecznymi lekami przeciwhiperglykemicznymi, hipotensyjnymi czy hipolipemizującymi; w trakcie każdego spotkania z pacjentem staramy się jasno zakomunikować pożądaną drogę postępowania i zmotywować go do jej przestrzegania oraz przechodzimy przez kolejne elementy edukacji. Wielu z nas przyzna jednak również, że pomimo sumiennych starań postawione cele osiągnięte są nie tak często, jak byśmy tego oczekiwali. Naturalnym pytaniem, jakie stawia sobie każdy z nas, jest „dlaczego?“, a naturalną odpowiedzią w wielu przypadkach, przyznajmy szczerze: „bo przecież pacjent nie słucha moich zaleceń i robi, co chce”.... Zakładając, że każdemu z chorych zależy jednak na swoim zdrowiu najbardziej i stara się on postępować najlepiej jak potrafi w danych okolicznościach, zasadna w poszukiwaniu odpowiedzi na pytanie „dlaczego?” wydaje się więc właśnie próba przyjęcia perspektywy pacjenta i kompleksowe spojrzenie na relację lekarz–pacjent, z którą związane jest nieodłącznie pojęcie *compliance*.

Termin *compliance* wiąże się z prowadzeniem postępowania terapeutycznego, przede wszystkim w odniesieniu do chorób przewlekłych. Jego definicja ewoluowała jednak wraz z rozwojem współczesnej medycyny. Tradycyjne spojrzenie na *compliance* przedstawiało go jako stopień przestrzegania zaleceń terapeutycznych przez chorego — w efekcie relacja pomiędzy pacjentem i lekarzem sprowadzała się zwykle do przedstawiania pacjentowi zaleceń i kontroli ich realizacji [1], co odzwierciedlało w pełni wizję przestrzegania takiej relacji. W ostatniej dekadzie, zarówno w wytycznych postępowania w chorobach przewlekłych, w tym oczywiście w cukrzycy, jak również w codziennej praktyce klinicznej wizja relacji pomiędzy pacjentem i lekarzem uległa znaczącej zmianie. Coraz większe znaczenie dla odniesienia sukcesu terapeutycznego przypisywane jest indywidualizacji postępowania oraz uwzględnieniu w nim perspektywy i preferencji chorego. Wydaje się, że zmiana taka wymusza również modyfikację rozumienia terminu *compliance* i znaczenia jakie ma on w osiąganiu celów terapii.

Celem niniejszego opracowania jest próba znalezienia współczesnej definicji terminu *compliance* w cukrzycy oraz określenie elementów mających wpływ na znalezienie indywidualnej drogi współpracy z pacjentem, a w efekcie częstsze osiągnięcie sukcesów klinicznych.

Opracowanie stanowi podsumowanie tematycznej dyskusji autorów, członków Komitetu Doradczego firmy Novo Nordisk, uwzględniającej zarówno dostępne publikacje medyczne odnoszące się do poruszanych

Tabela 1. Definicja *compliance* i pojęć powiązanych

Compliance — jakość celowej obustronnej współpracy pomiędzy pacjentem a lekarzem, zapewniającej osiągnięcie celów prowadzonego postępowania terapeutycznego

Compliance obejmuje następujące elementy:

Adherence — zakres, w jakim pacjent przestrzega i stosuje zalecenia lekarskie

Persistence — długotrwałe przestrzeganie zaleceń, wytrwałość w przestrzeganiu zaleceń

tematów, jak i wieloletnie własne doświadczenie kliniczne. Mamy pełną świadomość, że wskazane w poszczególnych sekcjach pracy opisy są syntetyczne i nie wyczerpują tematyki omawianych zagadnień, a każda z nich może stanowić temat osobnych pogłębionych rozważań. Liczymy jednak, że będzie ono stanowić jeden z głosów w dyskusji lekarzy praktyków.

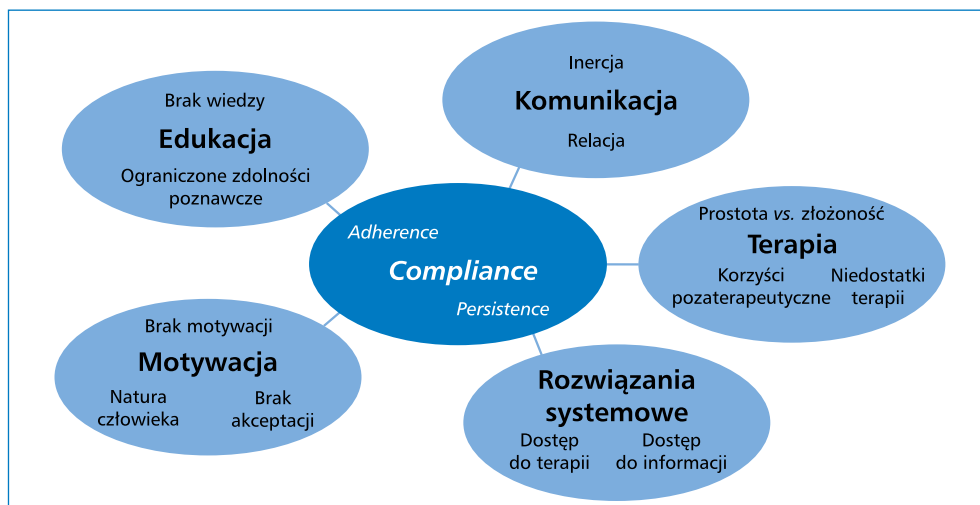
Definicja *compliance*

Angielskojęzyczny termin *compliance*, choć jest powszechnie przyjętym i szeroko stosowanym określeniem medycznym, w potocznym rozumieniu daje szereg możliwości interpretacji. Chcąc sięgnąć do definicji słownikowych tego słowa, w języku polskim pojawiają się m.in. takie określenia, jak podporządkowanie się, spolegliwość, stosowanie się, zgodność, uległość, podatność, przestrzeganie, ustępliwość czy wreszcie współpraca. Definicji medycznych tego słowa również jest wiele, od tak prostych, jak: „dwie osoby współpracujące, by osiągnąć różne cele” [2], aż po rozwinięcia obejmujące: „zachowanie pacjenta, które przybliży go do osiągnięcia celów terapeutycznych” [3]. Dodatkowo termin *compliance* omawiany jest zwykle w literaturze tematu nieodłącznie z pojęciami *adherence* i *persistence*, mieszczącymi się w definicji *compliance*, ale mającymi z nim wiele elementów wspólnych. Zbieżne zdaniem autorów autorów definicje tych pojęć przedstawiono w tabeli 1.

Dodatkowo autorzy wskazują pięć obszarów mogących znacząco wpływać na *compliance* (ryc. 1), które opisano w dalszej części opracowania.

Komunikacja

Jednym z elementów nieodzownych do skutecznej współpracy między lekarzem i pacjentem jest komunikacja. W podstawowym zakresie komunikacja w gabinecie diabetologicznym to dwukierunkowy proces wymiany informacji między lekarzem i pacjentem (lub pielęgniarką i pacjentem albo lekarzem i członkiem rodziny pacjenta). Z jednej strony lekarz dzieli się z chorym swoją wiedzą i przekazuje informacje na



Rycina 1. Obszary mające wpływ na osiągnięcie *compliance* w terapii cukrzycy



temat wybranego sposobu leczenia. Z drugiej strony pacjent jest jedynym źródłem informacji na temat swojego stanu zdrowia, samopoczucia i możliwości skorzystania z danej opcji terapeutycznej. Bez skutecznej komunikacji praktycznie niemożliwe byłoby wyedukowanie pacjenta, zaangażowanie go w leczenie czy długoterminowa motywacja do przejęcia kontroli nad chorobą [4]. Komunikacja jest podstawą budowania opartej na zaufaniu relacji między lekarzem i pacjentem. Zbudowanie takiej relacji może w znaczącym stopniu przelożyć się na przestrzeganie zaleceń lekarskich, a co się z tym wiąże — osiągnięcie przez pacjenta celu terapii [5]. Kluczowe aspekty skutecznego procesu komunikacji zdaniem autorów stanowią:

1. Dostosowanie formy i treści komunikatu do wiedzy, umiejętności i możliwości zrozumienia pacjenta

W podstawowej warstwie celem komunikacji jest przekazanie zaleceń terapeutycznych wynikających z wiedzy i doświadczenia klinicznego lekarza. Jednak, aby zalecenia te zostały zrozumiane, przyjęte i wprowadzone w życie, nie wystarczy sama kompetencja medyczna lekarza, konieczne jest również przekazanie jej w sposób prosty i zrozumiały, dzięki czemu ta wiedza zostanie również przyjęta i wykorzystana przez pacjenta. Niezwykle skutecznym sposobem komunikacji pacjenta jest używanie języka korzyści, jakie odniesie on z przestrzegania zaleceń oraz z zaangażowania się w kontrolę nad swoją chorobą.

2. Przygotowanie planu wizyty

Jednym ze sposobów ograniczenia wpływu emocji na skuteczność komunikacji jest przygotowanie planu wizyty, co pozwala z wyprzedzeniem przygotować się na ewentualną reakcję emocjonalną drugiego uczestnika komunikacji (np. w przypadku nieprzyjemnych wiadomości), a także dostarcza schemat, do którego można powrócić w przypadku nieprzewidzianych okoliczności. Warto również pamiętać, że komunikacja to nie tylko kanał werbalny i dobrze dobrana treść przekazu. Oprócz tego znaczenie ma kanał wokalny, zależny np. od wysokości i tembru głosu, głośności i artykulacji, a także wizualny, obejmujący m.in. wygląd nadawcy i adresata, zaangażowanie w rozmowę, stosowane gesty i mimikę [6].

3. Zabieganie o informację zwrotną, potwierdzenie zrozumienia przekazu

Komunikacja diabetologa z osobą z cukrzycą to proces dwukierunkowy. Oprócz przekazu skierowanego

od lekarza do pacjenta dla powodzenia leczenia istotne jest także usłyszenie informacji kierowanych przez pacjenta do lekarza [7]. Lekarz powinien na bieżąco reagować na informacje otrzymywane od pacjenta i odpowiadać na jego pytania, szczególnie dbając o wykazywanie troski i empatii oraz zachowanie spójności przekazu w stosunku do poprzednich wizyt. Skutecznym sposobem potwierdzenia zrozumienia wiedzy przez pacjenta jest dbanie o informację zwrotną ze strony pacjenta i proszenie go o powtórzenie informacji własnymi słowami [8].

4. Wykorzystanie dodatkowych narzędzi i kanałów komunikacji

Dobrym sposobem zwiększenia skuteczności komunikacji podczas wizyty mogą być materiały używane podczas rozmowy i przekazywane pacjentowi, takie jak zalecenia lekarskie lub dzienniczki samokontroli. Dzięki ich zastosowaniu proces komunikacji staje się prostszy, ustandaryzowany i wykracza poza pobyt pacjenta w gabinecie. Dzienniczek samokontroli (lub rejestr danych z odczytu osobistej pompy insulinowej czy też system ciągłego monitorowania glikemii) w pewnym stopniu obiektywizuje również informacje przekazywane przez pacjenta. Ciekawym sposobem wykrócenia poza czas dostępny w gabinecie wydaje się komunikacja telefoniczna i elektroniczna, ale wykracza ona poza możliwości lekarza i wymaga wsparcia dodatkowych osób, co w obecnej praktyce medycznej w Polsce jest rzadkie i mało realne również ze względów prawnych.

5. Zadbanie o warunki komunikacji

Na skuteczność komunikacji podczas dialogu między lekarzem i pacjentem mogą wpływać zarówno czynniki wewnętrzne (np. osobowość obu stron lub emocje, z jakimi danego dnia obie osoby przychodzą do gabinetu), jak i te zewnętrzne (np. hałas z zewnątrz, jak np. dzwonek telefonu komórkowego) [9].

Komunikacja między lekarzem i pacjentem ma duży wpływ na potencjalne osiągnięcie sukcesu terapeutycznego [10]. Warto, aby lekarz dbał o swoje umiejętności w tym zakresie. Taki ciągły proces samodoskonalenia jest również o tyle istotny, że cały czas pojawiają się nowe narzędzia i metody terapeutyczne oraz nowe rozwiązania, które mogą nieść wymierne korzyści dla pacjenta (np. pompy z systemem ciągłego monitorowania glikemii), ale mogą również wymagać od lekarza dostosowania dotychczasowej komunikacji do nowych realiów.

Edukacja

Edukacja osoby z cukrzycą jest jednym z filarów współczesnej opieki diabetologicznej, mającym kluczowe znaczenie dla przybliżenia pacjenta do wyznaczo-

nego celu terapeutycznego, niezależnie od stosowanej terapii [11]. Głównym celem edukacji jest przekazanie wiedzy, nauka umiejętności i motywacja do przejęcia kontroli nad cukrzycą. Pozwoli to na bezpieczną realizację ustalonych z lekarzem celów terapeutycznych i zwiększy efektywność terapii [12]. Rozważając znaczenie edukacji dla osiągania celów terapii, warto zwrócić uwagę na takie elementy jak:

1. Schemat i indywidualizacja

W elementarnej warstwie edukacja zapewnia możliwie jednorodny dla wszystkich osób z cukrzycą zestaw podstawowych pojęć i informacji, które służą pacjentowi i lekarzowi do dalszego dialogu podczas kolejnych wizyt. Skuteczna edukacja powinna jednak również być na tyle zindywidualizowana i dostosowana do pacjenta, aby go angażować, motywując do samodzielności i przejęcia częściowej odpowiedzialności za dalsze leczenie. Jednym ze sposobów, aby to osiągnąć, jest zachęcanie do wyznaczania sobie, w porozumieniu z lekarzem, kolejnych osobistych celów związanych z przebiegiem choroby oraz weryfikowanie postępu w ich osiąganiu. Nie tylko zwiększa to motywację pacjenta, ale stanowi dobry sposób wymiany informacji z zespołem medycznym na temat stanu zdrowia chorego, jego potrzeb oraz nastawienia do procesu terapeutycznego.

2. Wykorzystanie narzędzi edukacyjnych

Kolejnym elementem skutecznej edukacji jest zapewnienie informacji i narzędzi do samodzielnego postępowania w codziennych sytuacjach, zarówno tych typowych (np. regularna samokontrola glikemii, zalecenia dietetyczne, zalecana aktywność fizyczna, unikanie hipoglikemii), jak i wymagających specjalnego działania (np. postępowanie w przypadku hipoglikemii lub pominięcia dawki leku) [13]. Ze względu na ograniczony czas, jaki lekarz może poświęcić pacjentowi podczas pojedynczej wizyty, obiecującą możliwością jest



wskazanie narzędzi edukacyjnych dostępnych między wizytami u lekarza. Mogą one obejmować zarówno tradycyjne formy, takie jak broszury, książki czy spotkania w stowarzyszeniach pacjentów, jak i wykorzystywać coraz szerszą gamę narzędzi elektronicznych, takich jak np. witryny internetowe poświęcone poszczególnym zagadnieniom, media społecznościowe, blogi, webinaria, aplikacje online czy aplikacje na urządzenia przenośne. Szanse na powodzenie edukacji może znacznie zwiększyć zaangażowanie w nią innych osób edukujących (np. pielęgniarek, edukatorów diabetologicznych, psychologa, dietetyka czy trenera) [14] oraz adresowanie jej nie tylko do samego pacjenta, ale również do osób w jego bezpośrednim otoczeniu (np. do członków jego rodziny lub do innych pacjentów w tej samej społeczności) [15].

3. Powtarzalność

Ze względu na obszerność materiału oraz postępujący charakter choroby skuteczna edukacja osoby z cukrzycą to ciągły proces, a nie pojedyncze wydarzenie na wczesnych etapach rozwoju schorzenia [16]. U osób z cukrzycą typu 1 od momentu rozpoznania edukacja koncentruje się na metodzie intensywnej czynnościowej insulinoterapii. U osób z cukrzycą typu 2 wraz z progresją cukrzycy, w celu zapobiegnięcia dalszemu rozwojowi powikłań, zmienia się również terapia przeciwhiperglykemiczna, a każda zmiana schematu powinna wiązać się z wprowadzeniem adekwatnego bloku edukacyjnego, od leków doustnych, przez insulinę bazową, aż po mieszanki czy intensywną insulinoterapię w schemacie baza–bolus. Elementy edukacji dostosowane do potrzeb pacjenta i celów terapeutycznych w najbliższym okresie powinny być obecne na każdej wizycie.

4. Dostosowanie formy — indywidualnie i grupowo

Korzyści z edukacji indywidualnej (prowadzonej podczas wizyt przez członków zespołu terapeutycznego, jak również korzystanie z indywidualnych porad edukacyjnych przy użyciu np. komunikacji internetowej lub inne samodoszkolenie) oraz grupowej (tradycyjne wykłady, warsztaty i spotkania grup pacjentów, a także przekazy elektroniczne, mogące dotrzeć do szerszej gamy pacjentów naraz i dostępne dłużej niż podczas pojedynczego spotkania) są niepodważalne. Według niektórych doniesień edukacja grupowa jest nie tylko równie skuteczna w przekazie wymaganych informacji co edukacja indywidualna, ale również bardziej opłacalna kosztowo oraz przekłada się na lepszą kontrolę glikemii [17].

5. Najnowsza wiedza

Skuteczna edukacja diabetologiczna powinna nadszekać za postępem nie tylko w formie, ale i w treści,

obejmując również coraz szerszą gamę leków, jak i technologii medycznych oraz innych rozwiązań (np. pompy insulinowe i systemy do ciągłego monitorowania glikemii czy elektroniczne dzienniczki samokontroli i diety), o których wiedza powinna zostać przekazana w przystępny sposób.

Przekazywanie wiedzy o cukrzycy oraz nauka umiejętności niezbędnych do radzenia sobie z chorobą i kontrolą glikemii stanowią wyzwanie dla zespołu edukacyjnego i mają ogromną wartość dla pacjenta. Jednak nie sam fakt edukacji decyduje o wiedzy i praktycznych umiejętnościach, które powinny być oceniane i w razie potrzeby uzupełniane.

Motywacja

Jednym z elementów pozwalających osiągnąć wyznaczone cele terapeutyczne jest utrzymanie satysfakcjonującego poziomu motywacji chorego, czyli wewnętrznego stanu skłaniającego go do podjęcia działania w celu poprawy bądź utrzymania swojego stanu zdrowia [18]. Postrzeganie choroby jako zagrożenia czy też kary, a jednocześnie jako przeszkody i wyzwania przyczynia się do zróżnicowania zachowań pacjentów wobec choroby i procesu terapeutycznego [19].

Wymagania terapeutyczne w cukrzycy dotyczące zmiany stylu życia, diety, nawyków czy aktywności fizycznej w połączeniu z pozornie mało dolegliwymi objawami choroby w krótkiej perspektywie czasowej i niską świadomością zależności pomiędzy prowadzoną terapią a nasileniem objawów sprawiają, że odnalezienie skutecznych dróg motywowania pacjenta do aktywnego zaangażowania się w proces terapeutyczny nie jest łatwe. Analizy czynników wpływających na procesy motywacyjne pacjenta w chorobie przewlekłej jednoznacznie wskazują na ich złożone i wielokierunkowe oddziaływanie na postępowanie pacjenta [20–23]. Zgodnie z subiektywną opinią autorów opartą na własnych doświadczeniach czynnikami mającymi kluczowe znaczenie w procesie terapeutycznym pacjentów z cukrzycą wydają się być:



1. Umiejętne wyznaczenie celu

Indywidualizacja celu terapii na danym etapie choroby, zrozumienie i jego akceptacja przez chorego, adekwatne rozłożenie w czasie i umożliwienie oceny postępu (często etapowość) w jego osiągnięciu; ambicja vs. realia.

2. Wartość celu dla chorego

Odnalezienie celu, który może być lub jest dla chorego bardziej wartościowy niż inne, takiego, który może zaspokajać jego rzeczywiste potrzeby, który może stać się wyznacznikiem dla jego zachowań w długim przedziale czasu.

3. Pozytywna motywacja

Związana z zachowaniem „dążenia do”, które jest tym silniejsze, im bliższa jest droga do zapowiadanej nagrody. Ma ona umożliwić choremu osiągnięcie lepszego niż dotychczas poziomu zaspokojenia swoich potrzeb, np. im lepsze wyrównanie metaboliczne (cel), tym mniejsze ryzyko rozwoju powikłań — ślepoty, amputacji, przejścia na dializy, tym dłuższe życie, tym większa szansa na urodzenia zdrowego dziecka w przypadku ciężarnej z cukrzycą itp. (nagroda); docenianie „małych” sukcesów chorego.

4. Związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy własnym postępowaniem a stanem zdrowia

Dający rzeczywiste poczucie wpływu na przebieg choroby, wzmacniająca świadomość na temat skutków podejmowanych lub niepodejmowanych działań.

5. Klimat motywacyjny

Oparty na relacji pacjent–lekarz, przeniesienie akceptacji pacjenta dla proponowanych sposobów postępowania z gabinetu lekarskiego (gdzie ich uzyskanie nie jest trudne) do środowiska codziennego pacjenta (dom, praca, wypoczynek).

W diabetologii pediatricznej wzbudzanie właściwej motywacji jest istotne także w odniesieniu do rodziców chorych dzieci, które bardzo często nieświadomie naśladują postawę rodziców. Nie mniej ważna jest droga pozytywnego wzbudzania motywacji do starania o dobrą kontrolę cukrzycy u dziecka i wskazanie, że determinacja w kontroli choroby jest główną drogą do dobrego rozwoju fizycznego i intelektualnego, przyszłości rodzinnej, społecznej i zawodowej dzieci, w stopniu, w jakim był on oczekiwany przed pojawieniem się choroby. Motywowanie dzieci w znacznym stopniu zależy od ich wieku i zostanie przedstawione w osobnej publikacji. Grupą pacjentów z cukrzycą stanowiącą doskonały przykład potwierdzający potencjał motywacji w terapii są kobiety pla-

nujące i będące w ciąży. Chęć posiadania zdrowego potomstwa powoduje, że odpowiednio wyedukowane pacjentki w tym czasie uzyskują zdecydowanie lepsze wyrównanie metaboliczne w porównaniu z innymi okresami ich życia.

Rozwiązania systemowe

Rozwiązania systemowe stanowią trudny punkt do omówienia, gdyż dotyczą organizacji opieki medycznej w danym społeczeństwie, na co pojedynczy lekarz lub pacjent mają mały wpływ. Można oczekiwać oddziaływania zorganizowanych grup lekarzy i personelu medycznego, np. specjalistycznych towarzystw naukowych, jak Polskie Towarzystwo Diabetologiczne lub Polskie Towarzystwo Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej, oraz zorganizowanych grup pacjentów, jak Polskie Stowarzyszenie Diabetyków lub Koła Pomocy Dzieciom z Cukrzycą. Rolą medycznej grupy jest tworzenie merytorycznych standardów opieki diabetologicznej, a rolą grupy pacjentów jest wywieranie obywatelskiej presji na decydentów, aby były one możliwe do realizacji.

Terapia

Obecnie dostępne w praktyce klinicznej rozwiązania terapeutyczne pozwalają na wielokierunkowe oddziaływanie na patofizjologię cukrzycy. Randomizowane kontrolowane próby kliniczne i ich metaanalizy określają efekty, których możemy się spodziewać, prowadząc terapię poszczególną grupą leków lub ich skojarzeniami, zarówno w kontekście skuteczności, jak i profilu bezpieczeństwa. Wytyczne kliniczne w czytelny sposób wyznaczają również uzasadnione modele inicjowania i intensyfikowania leczenia. Z punktu widzenia lekarza możliwość wyboru narzędzi, drogi, intensywności postępowania jest jak najbardziej pożądaną sytuacją. Bez wątplenia również wybory lekarza



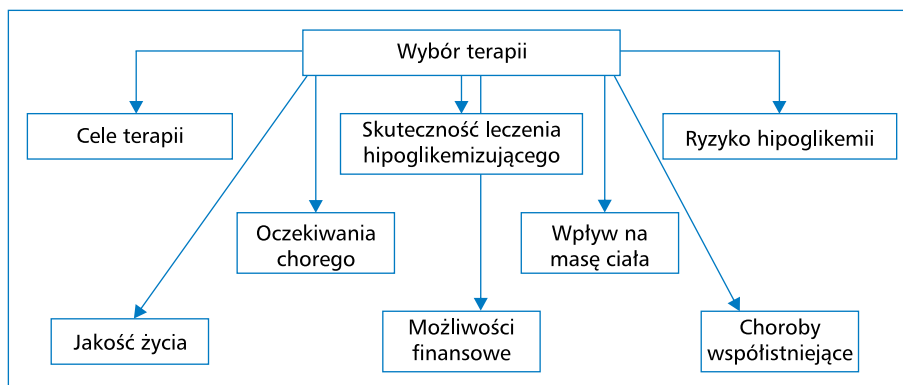
mogą wpływać na jakość współpracy z pacjentem w procesie terapeutycznym.

Indywidualizacja

Zgodnie z rekomendacjami klinicznymi podjęcie decyzji terapeutycznej powinno wynikać z analizy wielu cech profilu klinicznego i osobowościowego chorego (m.in. postawa pacjenta i spodziewane zaangażowanie w leczenie, stopień ryzyka wystąpienia hipoglikemii i jej ewentualne konsekwencje, czas trwania cukrzycy, oczekiwana długość życia, występowanie poważnych powikłań naczyniowych cukrzycy i istotnych chorób towarzyszących, stopień edukacji pacjenta). Wytyczne nie określają wagi poszczególnych kryteriów w momencie podejmowania decyzji, o wyborze leczenia ma decydować kompleksowy profil pacjenta, uwzględniający również jego oczekiwania. Z punktu widzenia chorego optymalna terapia cukrzycy to zapewne prosta, łatwa do zapamiętania i samodzielnego stosowania schemat, skuteczny i pozbawiony działań niepożądanych. Dla każdego pacjenta czy też dla tego samego pacjenta na różnych etapach choroby znaczenie każdego z tych elementów jest zmienne (od „żeby było skutecznie...”, poprzez „boję się niedocukrzeń”, do „na pewno przytyję”...). Uwzględnienie w wyborze terapii kluczowego oczekiwania/obawy pacjenta może się więc przyczynić do uzyskania efektywniejszej współpracy w długim okresie (ryc. 2).

Praktyczne algorytmy dla samodzielnego decyzji pacjenta

Oczywiste jest, że osiągnięcie zakładanych celów postępowania terapeutycznego w cukrzycy wymaga aktywnego zaangażowania pacjenta na każdym z elementów tego procesu. Jednym z rozwiązań mogących zwiększyć stopień poczucia wpływu chorego na kontrolę cukrzycy może być częstsze wykorzystywanie w praktyce klinicznej algorytmów samodzielnego dostosowywania dawek przyjmowanych leków opierające się na rzetelnej samokontroli wartości glikemii. Jednym z przykładów takiego rozwiązania jest algorytm samodzielnej intensyfikacji terapii insuliną bazową (detemir) 3-0-3 oceniany w praktyce klinicznej m.in. w badaniu TITRATE [24]. Algorytm ten pozwala dostosowywać dawkę insuliny bazowej w okresie pomiędzy wizytami kontrolnymi samodzielnie przez pacjenta. W efekcie takiego postępowania cel terapeutyczny definiowany jako wartość $HbA_{1c} < 7\%$, przy niskim ryzyku hipoglikemii, uzyskano u 54,5% pacjentów cukrzycą typu 2, u których stosowano insulinoterapię insuliną detemir podawaną raz dziennie. Możliwość samodzielnego dostosowania dawki insuliny bazowej została również uwzględniona w Charakterystyce Produktu Leczniczego insuliny detemir (tab. 2) [25]. Samodzielne dostosowanie dawki insuliny przez pacjenta oceniano również w modelu intensyfikacji terapii insuliną bazową poprzez



Rycina 2. Czynniki determinujące indywidualizację terapii cukrzycy, uwzględniające cele leczenia i perspektywę pacjenta

Tabela 2. Zalecenia dotyczące uproszczonego samodzielnego dostosowania dawki insuliny detemir u dorosłych pacjentów z cukrzycą typu 2

Średnie wartości glikemii przed śniadaniem	Dostosowanie dawki insuliny detemir
> 110 mg/dl (> 6,1 mmol/l)	+3 jednostki
80–110 mg/dl (4,4–6,1 mmol/l)	Bez zmiany dawki (glikemia docelowa)
< 80 mg/dl (< 4,4 mmol/l)	–3 jednostki

dodawanie kolejnych posiłkowych iniekcji analogu szybko działającego [26]. W projekcie tym dawka insuliny posiłkowej (aspart) dostosowywana była w zakresie jednej jednostki (+1 j., 0, -1 j.) na podstawie wartości glikemii przed kolejnym posiłkiem (lub przed snem).

Elastyczność schematu terapeutycznego

Przewlekłość terapii cukrzycy, jej nieodłączne związanie z codziennymi aktywnościami sprawiają, że naturalnym oczekiwaniem pacjenta jest jak największa elastyczność rekomendowanego schematu leczenia. Dlatego też aspekt ten nie może pozostać pominięty podczas podejmowania decyzji terapeutycznej. Przykładowo, z punktu widzenia pacjenta, rekomendowany różny związek czasowy iniekcji insuliny posiłkowych w związku z posiłkiem (np. bezpośrednio przed, w trakcie, tuż po w przypadku analogu szybko działającego vs. 20–30 min przed posiłkiem w przypadku rozpuszczalnej insuliny ludzkiej) jest znaczącą różnicą wpływającą na postrzeganie terapii. Innym interesującym przykładem uwzględniającym ten aspekt jest, w razie takiej konieczności, możliwość wykonania iniekcji insuliny degludec (ultradługodziałająca insulina bazowa) z pewnym przesunięciem czasowym, określonym w Charakterystyce Produktu Leczniczego na okres pomiędzy 8. a 40. godz. po wcześniejszej iniekcji [27].

Podsumowanie

Uwzględnienie w codziennych decyzjach terapeutycznych perspektywy pacjenta oraz indywidualizacja postępowania uwzględniająca jego profil kliniczny i osobowościowy bez wątplenia stanowią kierunek, w jakim będzie podążać diabetologia. *Compliance*, w rozumieniu jakości celowej i obustronnej współpracy pomiędzy pacjentem i lekarzem, wydaje się podstawą do zwiększenia szansy na podjęcie optymalnych wyborów oraz osiąganie zakładanych celów prowadzonego postępowania. Poprawa jakości współpracy z pacjentem, oprócz indywidualizacji terapii i ustrukturyzowanej, nowoczesnej w formie edukacji, bez wątplenia wymaga również systematycznego podnoszenia przez lekarzy kompetencji dotyczących zasad efektywnej komunikacji i motywacji chorego w procesie terapeutycznym.

Oświadczenie o konflikcie interesów

Autorzy są członkami Komitetu Doradczego Novo Nordisk.

Rysunki: Andrzej Mleczko

PIŚMIENNICTWO

1. Crawford W.C. Problems of compliance and enforcement under the drug law. *Food Drug Cosmet. Law Q* 1947; 2: 445–454.

2. Funnell M.M., Anderson R.M. The problem with compliance in diabetes. *JAMA* 2000; 284: 1709.
3. Hussey L.C., Gilliland K. Compliance, low literacy, and locus of control. *Nurs Clin. North Am.* 1989; 24: 605–611.
4. Elwyn G., Edwards A., Kinnersley P., Grol R. Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. *Br. J. Gen. Pract.* 2000; 50: 892–899.
5. Ochsner J. *Doctor-Patient Communication: A Review.* Spring 2010; 10: 38–43.
6. Silverman S., Gold D.T. Compliance and persistence with osteoporosis medications: A critical review of the literature. *Rev. Endocr. Metab. Disord.* 2010; 11: 275–280.
7. Korsch B.M., Caroline H. *Świadomy pacjent — Jak mówić, żeby lekarz Cię słuchał.* Prószyński i S-ka, Warszawa 1999.
8. Bredart A., Bouleuc C., Dolbeault S. Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. *Curr. Opin. Oncol.* 2005 17: 351–354.
9. Quill T.E. Recognizing and Adjusting to Barriers in Doctor-Patient Communication. *Ann. Intern. Med.* 1989; 111: 51–57.
10. Stewart M.A. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ* 1995; 152: 1423–1433.
11. Brown S.A. Diabetes patients education intervention and outcomes: a meta analysis revisited. *Patient Educ. Cons.* 1990; 16: 189–215.
12. Koev D.J., Tankova T.I., Kozlovski P.G. i wsp. Effect of structured group education on glycemic control and hypoglycemia in insulin-treated patients. *Diabetes Care* 2003; 26: 251.
13. Loveman E., Frampton G.K., Clegg A.J. The clinical effectiveness of diabetes education models for Type 2 diabetes: a systematic review. *Health Technol. Assess.* 2008; 12: 1–116.
14. Fisher D.W., Culhane B., Clarke R.L. i wsp. Keeping pace: video communications in a managed care environment. *Manag. Care Q.* 1998; 6: 36–42.
15. Funnell M.M., Brown T.L., Childs B.P. i wsp. National standards for diabetes self-management education. *Diabetes Care* 2007; 30: 1630–1637.
16. Rickheim P.L., Weaver T.W., Flader J.L. i wsp. Assessment of group versus individual diabetes education: a randomized study. *Diabetes Care* 2002; 25: 269–274.
17. Christie D., Channon S. The potential for motivational interviewing to improve outcomes in the management of diabetes and obesity in paediatric and adult populations: a clinical review. *Diabetes Obes. Metab.* 2013. doi: 10.1111/dom.12195.
18. White R.D. Patient empowerment and optimal glycemic control. *Curr. Med. Res. Opin.* 2012; 28: 979–989.
19. Serrano-Gil M., Jacob S. Engaging and empowering patients to manage their type 2 diabetes, Part I: a knowledge, attitude, and practice gap? *Adv. Ther.* 2010; 27: 321–333.
20. Miller C.K., Bauman J. Goal setting: an integral component of effective diabetes care. *Curr. Diab. Rep.* 2014; 14: 509.
21. Jones A., Gladstone B.P., Lübeck M. i wsp. Motivational interventions in the management of HbA1c levels: a systematic review and meta-analysis. *Prim. Care Diabetes* 2014; 8: 91–100.
22. Ahola A.J., Groop P.H. Barriers to self-management of diabetes. *Diabet. Med.* 2013; 30: 413–420.
23. Jacob S., Serrano-Gil M. Engaging and empowering patients to manage their type 2 diabetes, Part II: Initiatives for success. *Adv. Ther.* 2010; 27: 665–680.
24. Blonde L., Merilainen M., Karve V. i wsp. Patient-directed titration for achieving glycaemic goals using a once-daily basal insulin analogue: an assessment of two different fasting plasma glucose targets — the TITRATE study. *Diabetes Obes. Metab.* 2009; 11: 623–631.
25. Detemir — Charakterystyka Produktu Leczniczego (http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/medicines/human/medicines/000528/human_med_000884.jsp&mid=WC0b01ac058001d124).
26. Rodbard H.W., Visco V.E., Andersen H. i wsp. Treatment intensification with stepwise addition of prandial insulin aspart boluses compared with full basal-bolus therapy (FullSTEP Study): a randomised, treat-to-target clinical trial. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2014; 2: 30–37.
27. Degludec — Charakterystyka Produktu Leczniczego (http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/medicines/human/medicines/002498/human_med_001609.jsp&mid=WC0b01ac058001d124).

