

# Problemy współpracy lekarz–pacjent z cukrzycą

Agata Bronisz<sup>1</sup>, Marek Bronisz<sup>2</sup>, Grzegorz Grześk<sup>3, 5</sup>,  
 Aldona Kubica<sup>4</sup>, Iwona Świątkiewicz<sup>5</sup>, Roman Junik<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Katedra i Klinika Endokrynologii i Diabetologii *Collegium Medicum* w Bydgoszczy,  
 Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

<sup>2</sup>Oddział Kardiologiczny, PS ZOZ Szpital Powiatowy im. L. Błażka w Inowrocławiu

<sup>3</sup>Katedra i Zakład Farmakologii i Terapii *Collegium Medicum* w Bydgoszczy,  
 Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

<sup>4</sup>Katedra i Zakład Promocji Zdrowia *Collegium Medicum* w Bydgoszczy,  
 Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

<sup>5</sup>Katedra i Klinika Kardiologii i Chorób Wewnętrznych *Collegium Medicum* w Bydgoszczy,  
 Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

## Streszczenie

*Cukrzyca jest chorobą, której leczenie w istotny sposób ingeruje w codzienny styl życia pacjentów. Uzyskanie dobrych efektów terapii zależy nie tylko od regularnego przyjmowania zleconych leków, ale także w dużym stopniu od nefarmakologicznych elementów leczenia, czyli przestrzegania zaproponowanych modyfikacji dotychczasowej diety i aktywności fizycznej. Sugerowane zmiany mogą tak bardzo modyfikować wcześniejszy styl życia, że chory może ich nie akceptować, dlatego problem przestrzegania zaleceń diabetologicznego zespołu terapeutycznego (diabetolog–pielęgniarka edukacyjna–dietetyk) ma fundamentalne znaczenie. W niniejszym artykule przedstawiono wyniki badań oceniających stopień realizacji zaleceń terapeutycznych przez chorych na cukrzycę. (Folia Cardiologica Excerpta 2010; 5, 2: 58–61)*

**Słowa kluczowe: cukrzyca, przestrzeganie zaleceń, wytrwałość**

Istotą leczenia cukrzycy jest obniżenie stężenia glukozy we krwi do zalecanych wartości. Osiągnięcie tego celu w każdej postaci choroby jest możliwe tylko przy dobrej realizacji trzech podstawowych elementów terapii: odpowiedniej diety, prawidłowo dobranej, systematycznej aktywności fizycznej i dostosowanej do tych zachowań farmakoterapii. Bardzo ważnym elementem w leczeniu chorych na cukrzycę jest edukacja [1, 2]. Wiedza, jaką powinien przyswoić pacjent, jest bardzo szeroka. Obejmuje ona wiadomości na temat metod, aparatury i sposobu wykonywania przez pacjenta samokontroli, poznania kryteriów wyrównania

cukrzycy oraz objawów i sposobów radzenia sobie w przypadku wystąpienia istotnych wahań glikemii. Chory zapoznaje się z informacjami na temat diety cukrzycowej, różnych grup wymienników pokarmowych oraz działania leków przeciwcukrzycowych, zwłaszcza insuliny. Konieczna jest dokładna edukacja w zakresie sposobu jej podawania. Tak duża liczba informacji może być trudna do przyswojenia przez pacjenta [2].

Najistotniejsza jest aprobata zaproponowanego przez lekarza systemu terapii, ponieważ sugerowane zmiany mogą tak istotnie modyfikować dotychczasowy styl życia, że chory może ich nie ak-

**Adres do korespondencji:** Agata Bronisz, Katedra i Klinika Endokrynologii i Diabetologii *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, ul. Skłodowskiej-Curie 9, 85–094 Bydgoszcz, tel. (52) 585 40 20, faks (52) 585 40 41, e-mail: agabrr@poczta.onet.pl

ceptować. Badacze podkreślają, że najtrudniejszą częścią edukacji terapeutycznej pacjenta ma miejsce wtedy, kiedy musi on dostosować zachowanie do zaleceń lekarskich. Praca nad oporem przed wprowadzeniem zmian jest fundamentalna, a kontrowersje związane z wyborem nowego sposobu życia przez chorego należy z nim omówić i przezwyciężyć. Negocjowanie sposobów osiągnięcia założonych celów ma umożliwić pacjentom wybór własnej strategii, która powinna być najmniej uciążliwa i przynosić maksymalne korzyści. W tak rozumianym sposobie postępowania pacjenci stają się partnerami, a lekarze — trenerami [2, 3]. Warto podkreślić, że diabetolog jest chyba jedynym lekarzem, który w odróżnieniu od większości medyków za największy swój sukces i wyraz dobrej współpracy z pacjentem uważa stan, w którym chory często (i skutecznie!) zmienia zaproponowaną przez niego terapię. Oczywiście dotyczy to głównie leczenia insuliną i jest związane z dostosowaniem dawki do aktualnej wartości glikemii, aktywności fizycznej i planowanych posiłków.

Leczenie insuliną zajmuje szczególne miejsce w terapii cukrzycy. Jest związane ze znacznymi uciążliwościami dla pacjenta oraz utożsamiane z większym zaawansowaniem choroby i gorszym rokowaniem niż cukrzyca leczona preparatami doustnymi. Znajduje to wyraz w niechęci zarówno pacjentów, jak i lekarzy do rozpoczynania lub intensyfikowania insulinoterapii. To zjawisko „psychologicznej oporności insulinowej” (PIR, *psychological insulin resistance*) przeanalizowali Brod i wsp. w metaanalizie 109 artykułów z lat 1985–2007 [4]. Badacze podkreślają złożoność problemu PIR. Na jego wystąpienie wpływa poziom wiedzy chorych na temat cukrzycy i insuliny. Dotyczy zazwyczaj pacjentów z niską samooceną, obwiniających się za konieczność rozpoczęcia insulinoterapii i jednocześnie obawiających się jej powikłań. Często występuje u nich strach przed iniekcjami i wzrostem masy ciała, brak akceptacji dla zmian w stylu życia związanych z wdrożeniem insulinoterapii i obawa, czy poradzą sobie w nowej sytuacji. Autorzy podkreślają również problem poczucia „społecznego napiętnowania” i dyskomfortu związanego z ryzykiem publicznego wykonywania iniekcji. Wskazują na wyniki badań klinicznych chorych na cukrzycę typu 2, w których 27% badanych randomizowanych do leczenia insuliną początkowo odmówiło jej wprowadzenia. Ponad połowa (52,2%) pacjentów rozpoczynających insulinoterapię wykazuje niechęć wobec tej metody leczenia, a 40% nie wierzy, że pomoże im w osiągnięciu dobrego wyrównania glikemii lub poprawi rokowanie [4]. Niestety, w badaniu *Diabetes Attitudes, Wishes, and Leeds* (DAWN) stwierdzono,

że istotny udział w PIR mają także pracownicy ochrony zdrowia. Ponad połowa ankietowanych pielęgniarek i lekarzy (50–55%) podała, że traktuje leczenie insuliną jako ostateczność i opóźnia je jak tylko to jest możliwe. W ocenie badaczy nie byli oni zdolni do prawidłowej oceny psychologicznych potrzeb swoich pacjentów i odpowiedniej pomocy w zakresie rozwijania umiejętności radzenia sobie ze strachem i poczuciem lęku związanym z chorobą i jej leczeniem [5]. Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej najrzadziej kierowali do specjalistów lub sami stosowali techniki psychologicznego wsparcia. Pielęgniarki uczestniczące w opiece nad chorym na cukrzycę częściej dostrzegały problemy psychologiczne swoich pacjentów i starały się pomóc im w tym zakresie. Największy odsetek lekarzy rozpoznających problemy psychologiczne pacjentów i kierujących do specjalistycznej opieki był wśród diabetologów [6].

Istotny wpływ na przestrzeganie reżimu insulinoterapii ma łatwe obsługiwanie sprzętu używanego do wykonywania iniekcji insuliny. Dobrym parametrem oceniającym rzeczywistą realizację zaproponowanego leczenia jest wskaźnik MPR (*medication possession ratio*) obliczany jako stosunek planowanych dni terapii, na jaki wystawiono recepty, w odniesieniu do realnego czasu, po jakim pacjent zgłasza się po kolejną receptę. Zmiana leczenia chorych na cukrzycę typu 2 z klasycznej strzykawki na system łatwych w obsłudze i zaopatrzonych w krótką i cienką igłę penów — „wstrzykiwaczy” — wiązała się ze wzrostem wskaźnika MPR z 62% do 69% [7]. Oznacza on, że w danym opracowaniu chorzy na cukrzycę typu 2 przyjmowali zleconą dawkę insuliny przez ponad 60% dni badanego okresu. Inną metodą oceny realizacji zaleceń lekarza jest przedstawienie wskaźnika MPR jako odsetka pacjentów z MPR większym niż 80% w określonym czasie. Obserwowano wzrost odsetka pacjentów osiągających MPR powyżej 80% po zastosowaniu terapii z użyciem wstrzykiwaczy insuliny do 54,6% z wartości 36,1% stwierdzonej w grupie chorych podających insulinę strzykawką [7].

Problem odpowiedniej realizacji zleceń lekarza nie dotyczy tylko pacjentów leczonych insuliną. Jest on również istotny w grupie chorych na cukrzycę typu 2, u których choroba ta przez wiele lat może być dobrze wyrównana przy pomocy doustnych leków przeciwcukrzycowych. Lekarze pierwszego kontaktu powszechnie leczą wczesną cukrzycę dietą i ćwiczeniami. Z punktu widzenia pacjenta to nadzwyczaj wysoko postawiona poprzeczka. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) w Stanach Zjednoczonych stosowanie

się do zaleceń żywieniowych i planów ćwiczeń jest znacznie poniżej optymalnej wartości i dotyczy odpowiednio 52–70% i 26–52% chorych [8]. Dla Meksyku takie dane wynoszą 38% i 25% [9]. W badaniu DAWN obejmującym ponad 2000 chorych z 13 krajów (w tym 9 to kraje europejskie) realizacja zaleceń dietetycznych i wysiłku fizycznego wynosiła analogicznie 37% i 35% [5].

Także odsetek pacjentów sumiennie przestrzegających zaleceń dotyczących przyjmowania tabletek jest niezadowolający. Cramer i wsp. [10], którzy przeprowadzili analizę 139 prac opublikowanych na ten temat w latach 2000–2005, podają, że 12-miesięczny MPR dla doustnej terapii przeciwcukrzycowej wynosi 76% i jest podobny do wartości wskaźnika dla leków przeciwnadciśnieniowych — 67% i antyhipertensyjnych — 74%. Zatem przez blisko 1/3 roku pacjenci nie przyjmują zaordynowanych leków! Wpływ na tę sytuację ma fakt, że cukrzyca typu 2 prawie nigdy nie występuje jako izolowana patologia. Towarzyszą jej nadwaga, nadciśnienie tętnicze, hiperlipidemia, choroby serca czy nerek. Choremu przeważnie zalecono wiele leków. Ze względu na dużą ich liczbę i brak widocznej poprawy w związku z ich przyjmowaniem podtrzymanie motywacji i przestrzegania leczenia staje się trudne [8, 11, 12]. W omawianej analizie średni odsetek chorych, którzy przyjmowali leki zgodnie z zaleceniem przez ponad 80% dni w roku, wynosił tylko 59%. Dla doustnych leków przeciwcukrzycowych wskaźnik ten był na poziomie 58% [10]. Ocena przestrzegania wszystkich zaleceń w grupie chorych na cukrzycę typu 2 w badaniu DAWN wypadła jeszcze gorzej. Odsetek chorych realizujących wytyczne dotyczące zarówno diety, jak i wysiłku fizycznego oraz terapii, wynosił 16,2% [13].

W badaniu chorych na cukrzycę typu 2, którą rozpoznano w okresie aktywności zawodowej, stwierdzono, że 10,5% pacjentów nie zgłosiło się już po drugą receptę, a po roku 37% osób nie kontynuowało leczenia. Młodszy wiek i płeć żeńska były czynnikami ryzyka szybszego przerwania terapii [14]. Donnan i wsp. [12] przeprowadzili retrospektywną analizę rocznej realizacji leczenia cukrzycy typu 2 w ponad 400-tysięcznej populacji regionu Tayside w Szkocji, uznając jako dobre przestrzeganie zaleceń wyższy odsetek dni, (tj.  $\geq 90\%$ ), w których pacjent przyjmuje leki zgodnie z zaleceniem lekarza. Osobno oceniano sumiennosc przyjmowania pochodnych sulfonilomocznika i metforminy w monoterapii. Dla obu leków była ona bardzo niska i wynosiła odpowiednio: 31% i 34%. Zatem nawet

w początkowym okresie leczenia, kiedy jest ono jeszcze niezbyt intensywne (pacjent stosuje tylko 1 lek) zaledwie 1 na 3 chorych na cukrzycę przestrzega reżimu terapii [12]. Może to w istotny sposób odpowiadać za niedostateczne wyrównanie glikemii stwierdzone u chorych na cukrzycę.

Na podstawie 10-letniej obserwacji chorych ze świeżo rozpoznaną cukrzycą typu 2 stwierdzono, że 58% pacjentów przerwało terapię w tym okresie przynajmniej jeden raz, 31% chorych, którym zlecono pochodną sulfonilomocznika w 1. roku leczenia, w ogóle nie wykupiło leku, a po 5 latach terapii odsetek pacjentów przerywających leczenie wynosił 8–10% na rok [15]. Roczna ocena ciągłości przestrzegania zaleceń lekarskich jest odmienna dla różnych leków przeciwcukrzycowych. Najniższą (31,1%) stwierdzono dla terapii inhibitorami  $\alpha$ -glukozydazy, a najwyższą dla metforminy (60,3%) [16]. Wśród czynników wpływających na dobrą realizację zaleceń przez chorych podkreśla się znaczenie wiedzy o cukrzycy i jej skutkach oraz dobry kontakt z lekarzem prowadzącym, który wyjaśni cele i skuteczne sposoby przeprowadzenia zaproponowanego leczenia. Bardzo istotne znaczenie ma maksymalne uproszczenie terapii i ograniczenie liczby przepisywanych leków [12, 17, 18]. Istotny wpływ mają również takie czynniki, jak: wiek pacjenta, obecność chorób towarzyszących, na przykład depresji, która w bardzo istotny sposób może modyfikować możliwość współpracy z chorym, i wsparcie rodziny [11, 19, 20].

Niedostateczna realizacja zaleceń terapeutycznych przez chorych na cukrzycę jest bardzo ważnym, ale niedocenianym problemem, który ma podstawowe znaczenie dla uzyskania skutecznego wyrównania glikemii oraz zmniejszenia ryzyka rozwoju groźnych dla życia powikłań choroby. Każda metoda poprawiająca wyniki w tym zakresie może istotnie się przyczynić do polepszenia rokowania chorych na cukrzycę.

## Piśmiennictwo

1. Price P.E. Education, psychology and 'compliance'. *Diab. Metab. Res. Rev.* 2008; 24: 101–105.
2. Golay A., Lager G., Chambouleyron M., Carrard I., Lasserre-Moutet A. Therapeutic education of diabetic patients. *Diab. Metab. Res. Rev.* 2008; 24: 192–196.
3. Pi-Sunyer X.F. The impact of weight gain on motivation, compliance, and metabolic control in patients with type 2 diabetes mellitus. *Postgrad. Med.* 2009; 121: 94–107.
4. Brod M., Kongsø J.H., Lessard S., Christensen T.L. Psychological insulin resistance: patient beliefs and implications for diabetes management. *Qual. Life Res.* 2009; 18: 23–32.

5. Peyrot M., Rubin R.R., Lauritzen T. i wsp. Resistance to insulin therapy among patients and providers results of the cross-national Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs (DAWN) study. *Diabetes Care* 2005; 28, 2673–2679.
6. Peyrot M., Rubin R.R., Siminerio L.M. Physician and nurse use of psychosocial strategies in diabetes care. Results of the cross-national Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) study. *Diabetes Care* 2006; 29: 1256–1262.
7. Goldstein H.H. Pen devices to improve patient adherence with insulin therapy in type 2 diabetes. *Postgrad. Med.* 2009; 120: 172–179.
8. Kogan A.J. Overcoming obstacles to effective care of type 2 diabetes. *Am. J. Manag. Care* 2009; 15: 255–262.
9. Hernández-Ronquillo L., Téllez-Zenteno J.F., Garduño-Espinoza J., González-Acevez E. Factors associated with therapy noncompliance in type-2 diabetes patients. *Salud. Publica Mex.* 2003; 45: 191–197.
10. Cramer J.A., Benedict A., Muszbek N., Keskinaslan A., Khan Z.M. The significance of compliance and persistence in the treatment of diabetes, hypertension and dyslipidaemia: a review. *Int. J. Clin. Pract.* 2008; 62: 76–87.
11. Bartels D. Adherence to oral therapy for type 2 diabetes: opportunities for enhancing glycemic control. *J. Am. Acad. Nurse Pract.* 2004; 16: 8–16.
12. Donnan P.T., MacDonald T.M., Morrish A.D. Adherence to prescribed oral hypoglycaemic medication in a population of patients with type 2 diabetes: a retrospective cohort study. *Diabet. Med.* 2002; 19: 279–284.
13. Skovlund S.E., Peyrot M. The Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs (DAWN) Program: a new approach to improving outcomes of diabetes care. *Diabetes Spec.* 2005; 18: 136–142.
14. Hertz R.P., Unger A.N., Lustik M.B. Adherence with pharmacotherapy for type 2 diabetes: a retrospective cohort study of adults with employer-sponsored health insurance. *Clin. Ther.* 2005; 27: 1064–1073.
15. Brown J.B., Nichols G.A., Glauber H.S., Bakst A. Ten-year followup of antidiabetic drug use, nonadherence, and mortality in a defined population with type 2 diabetes mellitus. *Clin. Therap.* 1999; 21, 1045–1057.
16. Boccuzzi S.J., Wogen J., Fox J. i wsp. Utilization of oral hypoglycemic agents in a drug-insured U.S. population. *Diabetes Care* 2001; 24: 1411–1415.
17. Dailey G., Kim M.S., Lian J.F. Patient compliance and persistence with anti-hyperglycemic therapy: evaluation of a population of type 2 diabetic patients. *J. Inter. Med. Res.* 2002; 30: 71–79.
18. Dezii C.M., Kawabata H., Tran M. Effects of once-daily and twice-daily dosing on adherence with prescribed glipizide oral therapy for type 2 diabetes. *South. Med. J.* 2002; 95: 68–71.
19. Junik R., Bronisz A. Zaburzenia psychiczne w cukrzycy. W: Sieradzki J. red. *Cukrzyca — kompendium.* Via Medica, Gdańsk 2009: 559–567.
20. Lin E.H.B., Katon W., von Korff M. i wsp. Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care. *Diabetes Care* 2004; 27: 2154–2160.