

Subiektywna ocena skuteczności leczenia: przeoczona szansa w opiece nad chorymi na cukrzycę

William H. Polonsky, PhD, CDE, Timothy C. Skinner, PhD

W poszukiwaniu zrozumienia i wyjaśnienia przeszkód wynikających z udziału chorego na cukrzycę w procesie samodzielnego leczenia wysiłki kliniczne i naukowe podejmowane w ostatniej dekadzie skupiały się zazwyczaj na takich czynnikach krytycznych, jak zaburzenia depresyjne,¹ postrzegany stopień ciężkości cukrzycy,² niedostateczna pomoc socjalna,³ skuteczność w samodzielnym leczeniu cukrzycy^{4,5} oraz koszty środowiskowe.⁶ Sugerujemy jednak, że podstawową przeszkodą, którą przeoczono, jest problem subiektywnej oceny skuteczności leczenia (perceived treatment efficacy, PTE). Wspomniane zjawisko jest spowodowane brakiem wiary chorych, że zalecone działania terapeutyczne prowadzą do uzyskania jakiegokolwiek rezultatu. A kiedy nie udaje się uzyskać żadnego konkretnego pozytywnego rezultatu leczenia, chorzy tracą zainteresowanie kontynuacją danego działania.⁷

Subiektywna ocena skuteczności leczenia

Istnieje wiele innych pojęć pokrywających się z koncepcją PTE, wśród których możemy wyróżnić: oczekiwania dotyczące rezultatów leczenia, przekonania o skuteczności stosowanych leków i subiektywną ocenę korzyści. Oczekiwania dotyczące rezultatów leczenia odnoszą się do przekonania chorego na temat pozytywnych lub negatywnych skutków terapii wynikających z określonego zachowania.⁸ Częścią wspomnianej koncepcji jest pojęcie przekonania o skuteczności stosowanych leków, odnoszące się do oczekiwań chorych związanych z przyjmowaniem określonych leków. Piśmiennictwo poświęcone temu zagadnieniu ma swój początek w pracy Hornego i Weinmana,⁹ którzy nakreślili różnicę między postrzeganiem przez chorego konieczności przyjmowania danego leku a obawami na temat występowania związanych z jego stosowa-

niem potencjalnych działań niepożądanych. W końcu zarówno PTE, jak i koncepcja subiektywnej oceny korzyści odnoszą się bezpośrednio do występowania potencjalnie pozytywnych następstw, które narastają w odpowiedzi na skuteczne zachowania z zakresu samodzielnego prowadzenia terapii.⁷

Bez względu na nazwę piśmiennictwo naukowe wymienia, co wcale nie jest zaskakujące, coraz większą liczbę osób uważających, że działania mające na celu samodzielne prowadzenie terapii przez chorego będą miały pozytywny wpływ na rezultaty leczenia. Z kolei negatywne następstwa zostaną wyeliminowane lub ograniczone do minimum, co jest bardziej prawdopodobne, jeśli wspomniane zachowanie będzie kontynuowane.⁷ Podejrzewamy, że tak naprawdę powyższe rozważania dotyczą przeświadczenia o słuszności promocji rzeczywistych pozytywnych krótkoterminowych rezultatów leczenia w skuteczniejszy sposób motywujących utrzymywanie działań z zakresu samodzielnego prowadzenia terapii przez chorego niż wpływ na rezultaty długoterminowe. Dla poparcia powyższej hipotezy w jednym badaniu dokonano oceny myślenia chorych na cukrzycę typu 1 dorosłych i młodzieży i stwierdzono, że udział w samodzielnym prowadzeniu leczenia według chorych był podyktowany pozytywnym wpływem na ich zdolność do kontroli poziomu glikemii, a nie na możliwość zapobiegania odległym powikłaniom.

Wpływ PTE na samodzielne prowadzenie leczenia przez chorych

Podejrzewamy, że PTE jest szczególnie problematycznym i nie tak rzadko spotykanym zagadnieniem w cukrzycy, zwłaszcza typu 2. W miarę upływu lat chorzy są regularnie angażowani w wykonywanie serii złożonych zadań z zakresu samodzielnego

negowego prowadzenia leczenia, a główną zachętą do podejmowania wspomnianych działań jest stwierdzenie, że dzięki nim nastąpi znaczny spadek ryzyka rozwoju odległych powikłań. Z tej perspektywy można zaobserwować niewielkie rzeczywiste poczucie, że starania podejmowane przez samych chorych przyczyniają się do powstania z dnia na dzień pozytywnych zmian.

Przyjrzyjmy się na przykład poniższemu przypadkowi pana Parka:

W wieku 45 lat pan Park usłyszał szokującą wiadomość, że jest chory na cukrzycę typu 2. Z BMI 36 kg/m² oraz wartością hemoglobiny A_{1c} 8,5% pacjent rozumie, że podstawowym problemem jest jego masa ciała, postanawia więc działać. Zaczyna spacerować 3-4 razy w tygodniu i ogranicza spożycie słodczy oraz słodzonych napojów gazowanych. Podczas kolejnej wizyty za kilka miesięcy u swojego lekarza chory cieszy się, że stracił 4,5 kilograma. W związku z utrzymaniem się wartości hemoglobiny glikowanej (HbA_{1c}) na poziomie 8,1% lekarz włącza do leczenia metforminę i zaleca udział w miejscowym programie szkoleniowym dla chorych na cukrzycę.

Pan Park wykupuje receptę, ale nigdy nie bierze nowych leków. Nie uczestniczy również w zajęciach prowadzonych w ramach miejscowego programu szkoleniowego dla chorych na cukrzycę i nie wraca na kolejną wizytę u swojego lekarza przez kilka lat. Kiedy się znów pojawia w gabinecie lekarskim, wartość HbA_{1c} wynosi 8,8%, a chory zgłasza silne drętwienia obu stóp.

Kiedy zapytaliśmy chorego o jego odczucia po pierwszym przepisaniu metforminy przez lekarza, pan Park odpowiedział: „Byłem wkurzony na niego, na siebie i na wszystkich. Straciłem zbędne kilogramy, zachowywałem się odpowiednio i po co?” Dlaczego chory uważa, że jego ciężka praca nie przyniosła korzyści? „Nie wiem. Być może dla-

tego, że ta cała zabawa to oszustwo. Założę się, że w przypadku cukrzycy ciężka praca nigdy się nie opłaca”. Na jakiej podstawie chory mógł naprawdę sądzić, że radzi sobie z cukrzycą? „Wiedziałbym o tym, to byłoby oczywiste. Liczby nie byłyby takie sprzeczne i nie musiałbym brać tych tabletek.”

Przypadek Pana Parka nie jest odosobniony. Posiadane przez nas doświadczenie kliniczne sugeruje, że spora liczba chorych na cukrzycę zniechęca się przez brak namacalnych pozytywnych rezultatów leczenia. Opisywana sytuacja jest często wynikiem skupiania się na osobiście określanych markerach sukcesu, co może prowadzić tylko do rozczarowania. Podobnie jak pan Park, wielu chorych decyduje, że głównym wskaźnikiem skuteczności leczenia jest liczba leków, które muszą stale przyjmować. W tym aspekcie mniej leków, oznacza lepszy stan zdrowia. Z kolei więcej leków (lub większe dawki) wskazują na to, że dana osoba musi być bardziej chora. W przypadku takiej choroby, jak cukrzyca typu 2, w której skuteczna kontrola metaboliczna z większym prawdopodobieństwem wymaga zastosowania większej liczby leków, wraz z upływem czasu trwania schorzenia, aktualnie przyjmowana liczba leków jest jednak bardzo słabym wskaźnikiem prawdziwej skuteczności terapii.

W cukrzycy skuteczność aktualnego leczenia jest zazwyczaj oceniana w kategorii ryzyka długoterminowego. Kiedy chorzy uzyskują odpowiednią kontrolę stężenia lipidów, ciśnienia tętniczego krwi oraz glikemii, ryzyko odległych powikłań zasadniczo maleje. Wielu chorych nie zdaje sobie sprawy ze znaczenia własnych wyników badań i sposobu ich interpretacji. Na przykład w kilku badaniach wykazano, że wiedza chorych na temat ich własnych wartości HbA_{1c} jest ograniczona.^{10,11} Również wielu chorych rzadko sprawdza stężenie glukozy we krwi, a wśród osób, które to robią, wielu nie wie, w jaki sposób zinterpretować uzyskane dane, aby dokładnie wiedzieć, co jest, a co nie jest w porządku z ich leczeniem.¹² Czasami obserwujemy, że przypadkowe kontrolowanie stężenia glukozy we krwi wpływa demotywująco na chorych.¹³ Chorzy często postrzegają wyniki pomiaru glukozy we krwi jako dowód na osobisty sukces lub porażkę, co w związku z powszechnie obserwowaną zmiennością i częstą niemożnością przewidzenia stężenia glukozy we krwi może prowadzić do istotnego zniechęcenia i powstania odczucia, że własne starania chorego nie mają znaczenia.

Siła PTE

Uważamy, że powyższe zagadnienie stwarza dla społeczności chorych na cukrzycę niebywałą szansę. Podstawowym powodem, dla którego niektórzy chorzy utrzymują podobny poziom motywacji leczenia z dnia na dzień, z roku na rok, jest ich przekonanie, że własne działania przyczyniają się do osiągnięcia pozytywnej zmiany. A sami chorzy oraz opiekujące się nimi zespoły terapeutyczne odkryły sposoby na rzeczywiste podkreślenie opisywanego wpływu wraz z upływem czasu.

Uważamy, że w przypadku osób zmagających się z trudnościami terapii zasady samodzielnego leczenia prowadzonego przez chorego mogą być promowane aktywnie dzięki wykorzystaniu siły PTE. Dla zainteresowanych pracowników ochrony zdrowia poniżej przedstawiono trzy strategie pokazujące, w jaki sposób można osiągnąć wspomniany cel.

1. Oceń PTE

Należy określić sposób, w jaki chory identyfikuje skuteczność leczenia cukrzycy. Można to osiągnąć dzięki zadawaniu bezpośrednich pytań, podobnych do tych, które skierowano do pana Parka: „Na jakiej postawie może Pan określić, że dobrze sobie radzi z leczeniem cukrzycy?” Podstawową kwestią jest ustalenie, czy chorzy wierzą, że skuteczność oparta jest na odczuciach (np. „Nie czuję się w ogóle lepiej, dlatego myślę, że te tabletki nie działają”), lekach (np. „Nie biorę tyle insuliny, co mój brat, więc prawdopodobnie wszystko jest ze mną dobrze”), samych działaniach (np. „Wiem, że źle się odżywiałem, więc pewnie mój stan zdrowia nie jest dobry”) lub – co jest bardziej właściwe – na aktualnych liczbowych rezultatach leczenia opartych na wynikach badań metabolicznych (np. wartość HbA_{1c}).

W programach grupowych prowadzonych w Behavioral Diabetes Institute staramy się używać powszechnie spotykanych scenariuszy klinicznych, które pozwalają na rozpoczęcie dyskusji wśród uczestników i rozpoznanie błędnych przekonań. Jeden z typowych przedstawianych przez nas w instytucie przypadków jest następujący: „Roy przyjmuje dwa różne leki na cukrzycę oraz insulinę, a jego ostatni wynik HbA_{1c} wyniósł 6,8%. Sam nie otrzymał żadnego leczenia przeciwcukrzycowego, a wartość jego HbA_{1c} wynosi 9,1%. Obydwaj chorzy są w tym samym wieku, mają cukrzycę typu 2 trwającą tak samo długo. U kogo leczenie przebiega lepiej?” Zdziawiający jest fakt, że większość naszych chorych nie uważa, aby odpowiedź na to pytanie była prosta.

2. Ukierunkuj leczenie na uzyskanie właściwych rezultatów

Należy pomóc chorym dostrzec, że ich aktualny stan zdrowia oraz ryzyko wystąpienia powikłań odległych nie są określane przez stan samopoczucia, rodzaj stosowanego leczenia czy liczby przyjmowanych tabletek. Tak naprawdę liczą się wyniki badań metabolicznych. Należy pamiętać o tym i zwracać choremu za każdym razem uwagę, że konieczność zwiększenia dawki leku lub rozpoczęcia insulinoterapii nie oznacza niepowodzenia terapeutycznego i nie jest prawdziwym wskaźnikiem skuteczności leczenia. Bez względu na rodzaj przyjmowanego lub nie leku w przypadku przewlekłe zwiększonych stężeń glukozy i lipidów we krwi lub podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi pojawienie się problemów zdrowotnych w przyszłości jest bardziej prawdopodobne.

W drugim etapie należy przekazać choremu indywidualną informację przedstawiającą sposób, w jaki na wspomniane wskaźniki metaboliczne mogą wpływać działania podejmowane w zakresie samodzielnego leczenia. Należy wykorzystać kalkulatory ryzyka dostępne online (na przykład narzędzie do oceny ryzyka Diabetes PHD na stronie www.diabetes.org lub „My Diabetes Health Assessment” na stronie www.heart.org), co pozwoli chorym dostrzec, w jaki sposób zmiany zachowania, takie jak zaprzestanie palenia tytoniu, utrata masy ciała i właściwe przyjmowanie leków mogą potencjalnie wpływać na parametry metaboliczne, a przez to zmniejszyć ryzyko występowania powikłań. Może to również pomóc chorym rozpoznać korzyści wynikające z podjętych przez nich do tej pory działań, a także ustalić nowe obszary, w których podjęcie kolejnych wysiłków może zmaksymalizować uzyskane korzyści. Wraz ze zrozumieniem ze strony pacjentów, na których najważniejszych wynikach leczenia należy się skupić i w jaki sposób je osiągnąć, siła PTE staje się bardziej oczywista.

Abym zilustrować powyższe zagadnienia, proszę jeszcze raz spojrzeć na przypadek pana Parka. Po przedstawieniu wszystkich faktów pan Park był przekonany, że wartość HbA_{1c} była dla niego najważniejszym rezultatem leczenia, na którym się skupił. Chory mógł zobaczyć, że wartość HbA_{1c} zmniejszyła się w pierwszych kilku miesiącach, co wynikało z podjętych przez niego pozytywnych działań. Po tym, jak dowiedział się, że wartość HbA_{1c} 8,1% jest nadal niebezpiecznie duża, mógł lepiej zrozumieć, dlaczego lekarz przepisał mu metforminę. Kolejny wzrost wartości HbA_{1c} wyni-

kał w dużym stopniu z faktu, że panu Parkowi nie udało się wykorzystać silnego narzędzia w walce z hiperglikemią – przepisanej metforminy. Przyczyniło się to do ponownej zmiany postrzegania cukrzycy przez pana Parka. Po raz pierwszy chory mógł uwierzyć, że podejmowane przez niego samego działania mają pozytywny wpływ na jego własne zdrowie, stąd też wiedział, co dalej robić.

3. Opracuj zrozumiałe doświadczenia służące ocenie leczenia w warunkach domowych

PTE można wzmocnić przez bezpośrednią współpracę z chorymi w celu opracowania zindywidualizowanych prób oceny leczenia prowadzonego przez pacjenta, które pokazują, w jaki sposób działania podejmowane przez chorych pozytywnie wpływają na wyniki terapii. Jedną z metod jest regularne przekazywanie i omawianie informacji przedstawianych w prosty graficzny sposób, podkreślający zmiany metaboliczne z upływem czasu. Na przykład, kiedy pan Park wrócił na kolejną wizytę kliniczną, wartość HbA_{1c} zmniejszyła się do 7,8%. Chory widząc istotną zmianę

wyniku od pierwszej wizyty (8,8%), przedstawioną za pomocą prostego wykresu liniowego, mógł zobaczyć, że przyjmowanie przepisanych leków i powrót do wcześniejszych starań w zakresie zmiany stylu życia są skuteczne i dlatego warte kontynuowania.

Drugim podejściem jest wprowadzenie prostej, usystematyzowanej próby samokontroli stężenia glukozy we krwi (self-monitoring of blood glucose, SMBG) skupiającej się na sprawdzaniu doraźnych wyników leczenia.¹⁴ Na przykład jedna pacjentka zastanawiała się nad wpływem śniadania na obserwowane u niej stężenia glukozy we krwi. Czy jadła za dużo? Czy przyjmowała właściwą dawkę insuliny? Zgodziła się na kontrolowanie stężenia glukozy we krwi przez 7 dni rano przed śniadaniem i w 2 godziny później. Zapisła uzyskane wyniki i z pomocą lekarza obliczyła średni poposiłkowy wzrost glikemii w trakcie tego tygodnia. Chociaż można było zaobserwować istotną zmienność między kolejnymi dniami, średni wzrost stężenia glukozy we krwi wyniósł 30 mg/dl, co pomogło w upewnieniu chorej, że obecne działania dotyczące śniadania były, ogólnie rzecz biorąc, skuteczne. Zachęcona uzyskanymi wynikami

pacjentka wyraziła chęć przeprowadzenia kolejnych prób w warunkach domowych, poczynając od określenia wpływu regularnego wysiłku fizycznego na stężenie glukozy we krwi.

W celu upowszechnienia opisywanej koncepcji zindywidualizowanych, znaczących, usystematyzowanych prób SMBG jeden z nas (WHP) we współpracy z firmą Roche Diagnostics opracował proste narzędzie pomiarowe (Testing in Pairs) dostępne bezpłatnie. Szczegółowe informacje są dostępne na stronie <https://www.accucheck.com/us/data-management/testing-in-pairs.html>.

Podsumowując, obserwuje się ograniczone uznanie potencjalnego znaczenia PTE w opiece nad chorymi na cukrzycę. Znaczna część problemów typowo związanych ze zjawiskiem braku współpracy ze strony chorego podczas leczenia cukrzycy wynika z nieprawidłowej PTE. Jeśli chorzy nie wierzą, że zalecane działania – ćwiczenia, zmiana nawyków żywieniowych, SMBG lub przyjmowanie leków – przyczyniają się do uzyskania obserwowanego pozytywnego krótkoterminowego wpływu na ich stan zdrowia, to całkiem logiczną staje się utrata przez nich motywacji do kontynuacji opisywanych starań. Jeszcze gorzej, jeśli

chorzy są przekonani, że przepisywane leki bezpośrednio przyczyniają się do uzyskania gorszych wyników klinicznych (np. „Jeśli rozpocznę insulinoterapię, to prawdopodobnie mój stan zdrowia się pogorszy”), wtedy jeszcze bardziej są niechętni do współpracy. Oceniając PTE i stosując ją bezpośrednio, pracownicy opieki zdrowotnej mogą pomóc swoim pacjentom poczuć większe zainteresowanie i zaangażowanie w stały samodzielny proces leczenia cukrzycy.

Clinical Diabetes, vol. 28. No. 2, 2010, p. 89. Perceived treatment efficacy: an overlooked opportunity in diabetes care.

Piśmiennictwo

- 1 Mezuk B, Eaton WW, Albrecht S, Golden SH: Depression and type 2 diabetes over the lifespan: a meta-analysis. *Diabetes Care* 31:2383–9230, 2008
- 2 Glasgow RE, Hampson SE, Strycker LA, Ruggiero L: Personal-model beliefs and social-environmental barriers related to diabetes self-management. *Diabetes Care* 20:556–561, 1997
- 3 van Dam HA, van der Horst FG, Knoop L, Ryckman RM, Crebolder HF, van den Borne BH: Social support in diabetes: a systematic review of controlled intervention studies. *Patient Educ Couns* 59:1–12, 2005
- 4 Marks R, Allegrante JP, Lorig K: A review and

- synthesis of research evidence for self-efficacy-enhancing interventions for reducing chronic disability: implications for health education practice (part I). *Health Promot Pract* 6:37–43, 2005
- 5 Marks R, Allegrante JP, Lorig K: A review and synthesis of research evidence for self-efficacy-enhancing interventions for reducing chronic disability: implications for health education practice (part II). *Health Promot Pract* 6:148–156, 2005
 - 6 Wing RR, Goldstein MG, Acton KJ, Birch LL, Jakicic JM, Sallis JF Jr, Smith-West D, Jeffery RW, Surwit RS: Behavioral science research in diabetes: lifestyle changes related to obesity, eating behavior, and physical activity. *Diabetes Care* 24:117–123, 2001
 - 7 Harvey JN, Lawson VL: The importance of health belief models in determining self-care behaviour in diabetes. *Diabet Med* 26:5–13, 2009
 - 8 Schwarzer R, Renner B: Social-cognitive predictors of health behavior: action self-efficacy and coping self-efficacy. *Health Psychol* 19:487–495, 2000
 - 9 Horne R, Weinman J: Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *J Psychosom Res* 47:555–567, 1999
 - 10 Beard E, Clark M, Hurel S, Cooke D: Do people with diabetes understand their clinical marker of long-term glycemic control (HbA_{1c} levels) and does this predict diabetes self-care behaviours and HbA_{1c}? *Patient Educ Couns* Published electronically ahead of print, 2009 (doi: 10.1016/j.pec.2009.11.008)
 - 11 Polonsky WH, Zee J, Yee MA, Crosson MA, Jackson RA: A community-based program to encourage patients' attention to their own diabetes care: pilot development and evaluation. *Diabetes Educ* 31:691–699, 2005

- 12 Centers for Disease Control and Prevention: Self-monitoring of blood glucose among adults with diabetes—United States, 1997–2006. *JAMA* 298:2861–2863, 2007
- 13 Polonsky WH, Fisher L, Jelsovsky Z, Parkin CG, Petersen B: Exploring patient beliefs about blood glucose monitoring. *Diabetologia* 52 (Suppl1): S42, 2009
- 14 Parkin CG, Hinnen D, Campbell RK, Geil P, Tetrick DL, Polonsky WH: Effective use of paired testing in type 2 diabetes: practical applications in clinical practice. *Diabetes Educ* 35:915–927, 2009

William H. Polonsky, PhD, CDE jest profesorem nadzwyczajnym ds. klinicznych na University of California w San Diego i kierownikiem w Behavioral Diabetes Institute w San Diego w Kalifornii. Timothy C. Skinner, PhD jest profesorem w Combined Universities Centre for Rural Health w Geraldton w Australii. Dr Polonsky otrzymał honoraria za konsultacje oraz wsparcie finansowe na badania naukowe od firmy Roche Diabetes Care. Wspomniany autor zasiadał również w radzie doradczej tej firmy.