

# Poprawa zdolności rozwiązywania problemów chorych jako sposób ograniczania przeszkód utrudniających aktywny udział chorego w leczeniu cukrzycy

Shelagh A. Mulvaney, PhD

## W skrócie

Zdolność rozwiązywania problemów związanych z przeszkodami, które utrudniają aktywny udział chorego w leczeniu, jest jedną z niezbędnych umiejętności chorych. W niniejszym artykule przedstawiono proces służący do rozwiązywania takich problemów i przeanalizowano niektóre elementy interwencji podejmowanych w tym celu. Zwrócono uwagę na pewne nierozstrzygnięte kwestie związane z realizacją programów rozwiązywania problemów w celu poprawy przestrzegania zaleceń terapeutycznych oraz omówiono sposoby wspierania tych programów w warunkach praktyki klinicznej.

Tylko 36% dorosłych chorych na cukrzycę typu 2 osiąga zalecaną przez American Diabetes Association docelową wartość hemoglobiny  $A_{1c}$  ( $HbA_{1c}$ ) wynoszącą 7%.<sup>1</sup> Wykazano, że przestrzeganie zaleceń terapeutycznych dotyczących intensywnego leczenia poprawia rokowanie w cukrzycy,<sup>2,3</sup> może też zmniejszać różnice wyników leczenia występujące między chorymi rasy białej a chorymi z grup mniejszości etnicznych.<sup>4</sup> Przyczyny niedostatecznego przestrzegania zaleceń terapeutycznych obejmują charakter zadań związanych z aktywnym udziałem chorego w leczeniu, umiejętności oraz wsparcie konieczne w celu adaptacyjnej identyfikacji i eliminowania przeszkód utrudniających przestrzeganie zaleceń terapeutycznych, a także potrzebę podtrzymywania motywacji chorego. Przeszkody utrudniające aktywny udział chorego w leczeniu pojawiają się w różnych sytuacjach i kontekstach, a wsparcie w tym zakresie musi być dostosowane do unikatowych przeszkód występujących u danego chorego, a także jego stylu życia. Mimo że wprowadzanie technik rozwiązywania problemów w praktyce klinicznej wiąże się z pewnymi nierozstrzygniętymi kwestiami, wsparcie w zakresie rozwiązywania kwestii związanych z aktywnym udziałem chorego w leczeniu oraz rozwój służących temu umiejętności należy zapewniać zarówno w przychodni, jak i poza nią.

## Rozwiązywanie problemów jest umiejętnością o podstawowym znaczeniu dla aktywnego udziału chorego w leczeniu cukrzycy

Słabe przestrzeganie zaleceń dotyczących samodzielnego leczenia wskazuje zwykle na interakcję między przeszkodami utrudniającymi aktywny udział chorego w leczeniu a niedostatecznym wykorzystywaniem technik radzenia sobie z trudnościami i rozwiązywaniem problemów. Rozwiązywanie problemów można uważać za formę radzenia sobie z problemami przez pierwotną kontrolę, czyli próbę zmiany obiektywnego (lub przyszłego) stanu (primary control engagement coping lub approach-focused coping).<sup>5</sup> Aktywne eliminowanie przeszkód utrudniających aktywny udział chorego w leczeniu przez skoncentrowanie się na występujących problemach wiąże się z mniejszymi wartościami  $HbA_{1c}$ , natomiast brak zaangażowania lub unikanie problemów zamiast ich rozwiązywania powoduje zwiększenie wartości tego parametru.<sup>6-8</sup>

Rozwiązywanie problemów jest jednym z podstawowych aspektów edukacji diabetologicznej skierowanej do dorosłych i młodszych chorych oraz opiekunów lub członków rodziny dotyczącej aktywnego udziału chorego w leczeniu cukrzycy.<sup>9</sup> Wiele badań i prac przeglądowych potwierdza zależność między zachowaniami chorych i ich rodzin w zakresie rozwiązywania problemów a poprawą zdolności ak-

tywnego udziału chorych w leczeniu, zmniejszeniem wartości  $HbA_{1c}$  oraz poprawą jakości leczenia pod względem innych wskaźników, takich jak częstość wizyt w szpitalnych izbach przyjęć lub oddziałach pomocy doraźnej oraz występowania incydentów hipoglikemii. Skuteczne interwencje służące rozwiązywaniu problemów opracowano zarówno dla cukrzycy typu 1, jak i typu 2, a także dla różnych grup wiekowych, etnicznych i społeczno-ekonomicznych.<sup>10-20</sup> Rozwiązywanie problemów jest głównym tematem tego rodzaju skutecznych interwencji, ale może być również elementem strategii obejmujących podstawową edukację chorych w zakresie wiedzy o cukrzycy lub innych, pokrewnych umiejętności.

W tabeli przedstawiono kolejne etapy rozwiązywania problemów dotyczących udziału chorych w leczeniu: uświadomienie sobie problemu, identyfikację przeszkód, opracowanie rozwiązania, planowanie sposobu wprowadzenia zmian, wprowadzenie zmian, ocenę wyników interwencji oraz analizę. Chociaż kolejne kroki tego procesu są proste, na poszczególnych etapach jego realizacji często pojawiają się niepowodzenia. Podobnie jak w przypadku niedostatecznego przestrzegania zaleceń terapeutycznych, wynika to z charakteru przeszkód, przed którymi stają chorzy, potrzebnego i dostępnego wsparcia oraz potrzeby odpowiedniej ciągłej motywacji do działań.

## Składowe i metody stosowane w interwencjach służących rozwiązywaniu problemów

Badania naukowe i rozważania teoretyczne pozwoliły na określenie głównych składowych programów, których celem jest rozwiązywanie problemów. Badania dotyczące cukrzycy, teorie behawioralne, a także badania dotyczące innych przewlekłych chorób oraz badania z zakresu nauki o uczeniu się są źródłem metod, które

**Tabela. Kolejne etapy procesu rozwiązywania problemów dotyczących aktywnego udziału chorych w leczeniu cukrzycy**

<b>Etap procesu rozwiązywania problemu</b>	<b>Opis</b>	<b>Przykład rozumowania chorego</b>
Identyfikacja i uświadomienie sobie problemu	Określenie problemu	Mam zbyt duże wartości HbA <sub>1c</sub> .
Identyfikacja przeszkody	Ustalenie, dlaczego występuje problem	Nie wykonuję ćwiczeń fizycznych. Nie mam na to czasu.
Opracowanie rozwiązania	Identyfikacja kilku możliwych sposobów rozwiązania problemu	Mam czas w weekendy. Mogłabym też poprosić męża, aby dwa razy w tygodniu to on odbierał dzieci.
Planowanie sposobu wprowadzenia zmian	Określenie poszczególnych etapów rozwiązania problemu, identyfikacja możliwych przeszkód utrudniających realizację rozwiązania problemu, planowanie, podjęcie wstępnych kroków	W ten weekend porozmawiam z mężem o moich planach. Jeżeli nie będzie mógł odebrać dzieci, poproszę sąsiadkę, aby przypilnowała je po pracy. Zamierzam pójść na spacer w niedzielę po południu. Jeżeli będzie padać, pójdę na basen.
Wprowadzanie zmian	Zamiar, świadomość sytuacyjna i podjęcie decyzji	Dobrze, TERAZ nadszedł czas na ten spacer. Muszę oderwać się od telefonu.
Ocena wyników interwencji	Ocena powodzenia działań i przyczyn uzyskania określonych wyników	Nie poprosiłam sąsiadki o przypilnowanie dzieci. Bałam się, że się zgodzi, ale w rzeczywistości nie miałam ochoty tego zrobić. Poszłam na długi spacer!
Analiza	Analiza różnych aspektów wcześniejszych kroków w celu zwiększenia prawdopodobieństwa powodzenia	Muszę porozmawiać z sąsiadką i upewnić się, że naprawdę nie ma nic przeciwko temu, aby przypilnować moje dzieci. Będę częściej chodziła na spacer.

mogą zwiększać skuteczność programów służących rozwiązywaniu problemów. Są to takie metody, jak zwrotne przekazywanie informacji (feedback), nauczanie problemowe, uwzględnienie logiki motywacji z perspektywy chorego, identyfikacja wzorców przestrzegania zaleceń terapeutycznych oraz związanych z tych przeszkód, a także takie metody realizacji programów, które zapewniają chorym regularny dostęp do działań i wsparcia w zakresie budowania umiejętności.

### **Zwrotne przekazywanie informacji**

W ramach interwencji dotyczących aktywnego udziału chorych w leczeniu zwykle dostarcza się im zwrotnych informacji na temat wskaźników klinicznych, zachowania lub postępu w zakresie rozwiązywania problemów. Celem dostarczania takich danych jest informowanie, nagradzanie oraz motywowanie do pewnych zachowań.<sup>21</sup> Skuteczność zwrotnego przekazywania informacji może wynikać z uświadamiania sobie rozbieżności między założonymi a osiągniętymi celami. Uważa się, że zwrotne informowanie o nieosiągnięciu pewnego celu stwarza dyskomfort (dysonans poznawczy) lub motywuje do działań.

Nie należy jednak przeceniać wartości zwrotnego przekazywania informacji i nadmiernie polegać na tej metodzie, ponieważ jej skuteczność zależy od tego, czy chorzy mają jasno zdefiniowane cele, są zmotywowani do osiągnięcia z góry

ustalonego poziomu sprawności i uzyskali wystarczające informacje, aby zrozumieć różne opcje behawioralne służące poprawie sprawności. Zwrotne przekazywanie informacji działa najlepiej w przypadku porównywania ze stanem docelowym. Najlepiej, jeśli ten stan docelowy ustalany jest wspólnie przez chorych i lekarzy, którzy razem określają cele działania. Jeżeli cel nie jest wyznaczany we współpracy z chorymi, porównanie stanu obecnego z docelowym może mieć charakter normatywny, np. oparty na lokalnych, regionalnych lub ogólnokrajowych standardach, które chory powinien osiągnąć, lub też być porównaniem z wcześniejszą sprawnością chorego. Niezależnie od tego, jakie źródło danych zostanie wykorzystane do wyznaczenia celu, znaczenie i wiarygodność danych stanowiących podstawę porównań należy ocenić z perspektywy chorego.

### **Nauczanie problemowe**

Nauczanie problemowe jest indukującym podejściem do nauczania. W tej metodzie cykl rozwiązywania problemu zaczyna się od określonego problemu związanego z aktywnym udziałem chorego w leczeniu i ostatecznie prowadzi do rozwiązań, które mogą być uogólnione na inne problemy.<sup>22</sup> Jest to przeciwieństwo tradycyjnych metod edukacyjnych dydaktyczno-wykładowych, w których proces uczenia rozpoczyna się od koncepcji wyższego rzędu (np. znaczenia określonych wartości HbA<sub>1c</sub>)

i może kończyć się wykorzystaniem tej koncepcji w odniesieniu do danego problemu związanego z aktywnym udziałem chorego w leczeniu.

W ramach wszechstronnych interwencji można udostępnić pisemne scenariusze lub materiały audiowizualne, które rozpoczynają się od przedstawienia pewnego problemu związanego z aktywnym udziałem chorego w leczeniu, a następnie modelowego rozwiązania tego problemu z wykorzystaniem jednego lub kilku możliwych sposobów. Wykazano, że to modelowanie umiejętności zwiększa sprawność samych chorych w zakresie wykorzystywania tych umiejętności,<sup>23</sup> a nauczanie problemowe może zapewniać większą motywację chorych do rozwiązywania problemów niż tradycyjne podejście dydaktyczne. Metoda nauczania problemowego została z powodzeniem wykorzystana w kształceniu medycznym, naukowym i matematycznym, a także w edukacji diabetologicznej.<sup>24,25</sup>

Metoda nauczania problemowego opiera się na nauczaniu w powtarzających się cyklach. Chorzy i klinicyści mogą początkowo mieć duże oczekiwania i sądzić, że rozwiążą dany problem za pierwszym podejściem. Rozwiązywanie problemów najlepiej jednak nauczać w cyklach, ponieważ przeszkody utrudniające przestrzeganie zaleceń terapeutycznych mogą wymagać wielokrotnych analiz, niekiedy z wykorzystaniem różnych podejść lub zasobów.

## Logika motywacji z perspektywy chorego

Mimo że tę kwestię uważa się za ważną, to większość aspektów związanych z zaangażowaniem się chorych w interwencje służące rozwiązywaniu problemów nie została dobrze zbadana. Zaangażowanie w zachowania związane z własnym udziałem w leczeniu może być w większym lub mniejszym stopniu umotywowane chęcią osiągnięcia lepszego stanu zdrowia i lepszej jakości życia. Zwykle jednak nie wystarcza to do zagwarantowania przestrzegania zaleceń terapeutycznych. Niektóre korzyści związane z przestrzeganiem zaleceń terapeutycznych, np. wynikające ze zmniejszenia masy ciała, mogą zapewniać natychmiastową satysfakcję. Na ogół jednak korzyści z przestrzegania zaleceń terapeutycznych ujawnią się dopiero w przyszłości. Posługiwanie się przyszłym ryzykiem i przyszłymi korzyściami z zachowań korzystnych dla zdrowia w celu wpłynięcia na teraźniejsze zachowania chorych jest szczególnie trudne.<sup>26</sup>

Interwencje służące rozwiązywaniu problemów mogą odnosić się do kwestii tej motywacji na dwa sposoby. Jednym z nich jest tworzenie scenariuszy rozwiązywania problemów dotyczących cukrzycy metodą nauczania problemowego, dzięki czemu rozwiązanie problemu i udział chorego w leczeniu zostają wprost powiązane z krótko- i długoterminowymi korzyściami, takimi jak poprawa wyglądu, zwiększona energia, większa sprawność ruchowa lub mniejsza liczba wizyt u lekarza. Drugim sposobem zwiększania zaangażowania i motywacji chorych jest wykorzystywanie w ramach programu naturalnie satysfakcjonujących działań.<sup>27</sup> Można to osiągnąć przez interakcje z innymi chorymi znajdującymi się w podobnej sytuacji, realizowane np. za pośrednictwem Internetu, które zapewniają odpowiednie poradnictwo i wsparcie. Uważa się, że interwencje obejmujące udział innych chorych znajdujących się w podobnej sytuacji mają duży potencjał, jeśli chodzi o poprawę zaangażowania chorych oraz praktyczne możliwości realizowania programów zmian behawioralnych w cukrzycy. Ponadto skutecznego wsparcia w zakresie rozwiązywania problemów można również udzielać indywidualnie lub za pośrednictwem grup samopomocy chorych funkcjonujących przy danej przychodni.<sup>18</sup>

## Świadomość problemu i przeszkody utrudniające przestrzeganie zaleceń terapeutycznych

Pierwszym, i być może najważniejszym, etapem rozwiązywania problemu jest stwierdzenie, że dany problem w ogóle

występuje, czyli uświadomienie go sobie. Jak już wspomniano, świadomość problemu można stworzyć przez zwrotne przekazywanie informacji odnoszących się do zaleceń dotyczących zachowań związanych z udziałem chorego w leczeniu, a także informacji na temat tych zachowań pochodzących od samego chorego. Drugim etapem jest identyfikacja przeszkód utrudniających udział chorego w leczeniu lub przyczyn problemu. Dla niektórych chorych jest to najtrudniejszy krok.

Jednym z możliwych podejść do identyfikacji przeszkód utrudniających przestrzeganie zaleceń terapeutycznych jest posłużenie się metodą nauczania problemowego i odwrócenie zwykłego toku rozmowy z chorym. Rozpoczyna się wtedy od identyfikacji pewnego problemu lub rozbieżności między zaleceniami dotyczącymi samodzielnego leczenia a realizacją tego celu. Jeżeli pełniejsza ocena przestrzegania zaleceń terapeutycznych nie jest możliwa lub mimo sprzecznych danych chory stwierdza, że w pełni przestrzega zalecenia, najlepszym rozwiązaniem może być rozpoczęcie rozmowy od zapytania chorego, kiedy ostatni raz w leczeniu cukrzycy zdarzyło mu się zrobić coś nie tak, jak powinien. To początkowe skupienie się na określonych zdarzeniach lub problemach umożliwia następnie wykorzystanie ich jako przykładów ilustrujących bardziej ogólne problemy wpływające na realizację różnych celów związanych z samodzielnym leczeniem.

## Wzorce przestrzegania zaleceń terapeutycznych

Chorzy stają w obliczu największych problemów związanych z przestrzeganiem zaleceń terapeutycznych wtedy, gdy wychodzą z przychodni. W tym momencie wiedza na temat cukrzycy oraz zalecenia dotyczące schematu leczenia przestają być zestawem abstrakcyjnych reguł i informacji, a stają się częścią zestawu zadań życiowych, celów i priorytetów, którymi muszą żonglować. Na mającą zasadnicze znaczenie relację między wiedzą o zdrowiu, diecie i ćwiczeniach fizycznych a późniejszymi, wynikającymi z tego działaniami wpływa wiele ważnych czynników psychospołecznych. Każda decyzja dotycząca własnego udziału w leczeniu cukrzycy jest podejmowana w kontekście sieci złożonych zależności między własnymi zasobami, umiejętnościami i zdolnościami, a także zmieniającym się wpływem czynników sytuacyjnych, emocji i motywacji. Różnego rodzaju przeszkody są przyczyną rozmaitych wzorców i różnego nasilenia problemu nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych. Niektóre przeszkody, takie

jak brak leków lub innych środków oraz mała wiedza na temat cukrzycy, wpływają na realizację wielu celów związanych z samodzielnym leczeniem i ich wyeliminowanie ma zasadnicze znaczenie. Najpierw należy zidentyfikować przeszkody, które wywierają silny wpływ na wiele zachowań związanych z samoleczeniem, biorąc pod uwagę duży potencjał poprawy w przypadku rozwiązania tych problemów.

## Bariery psychospołeczne

Oprócz potencjalnych przeszkód związanych z niedostateczną wiedzą w kwestiach zdrowotnych i ograniczonymi zasobami finansowymi wiele wyzwań, przed którymi stają chorzy na cukrzycę, ma charakter psychospołeczny.<sup>28</sup> Przeszkody psychospołeczne można najlepiej wyobrazić sobie jako interakcje między warunkami zewnętrznymi a poglądami, umiejętnościami, motywacją i emocjami chorych. Do takich psychospołecznych przeszkód utrudniających przestrzeganie zaleceń terapeutycznych przez chorych należą: skrupowanie w związku z chorobą, problemy związane z porozumiewaniem się oraz niedostateczne planowanie na wypadek wystąpienia sytuacji stwarzających problemy.

Niektóre bariery psychospołeczne pojawiają się w związku z większą liczbą sytuacji i zadań niż inne i dlatego mogą być dobrym celem interwencji służących rozwiązywaniu problemów. Często przeszkodą jest uczucie skrupowania związane z chorobą, które może wpływać na wiele zadań wiążących się z samodzielnym leczeniem. Również depresja lub wypalenie prawdopodobnie będą wpływać na różne sytuacje i cele, niejako przykrywając inne problemy. Depresja występuje u znacznej części dorosłych chorych na cukrzycę typu 2 i istotnie wpływa na przestrzeganie zaleceń terapeutycznych, a jej występowanie powinno być rutynowo oceniane.<sup>29</sup> Inne przeszkody mogą być powiązane z określonymi zadaniami, pewnymi porami dnia (np. oznaczenie stężenia glukozy we krwi w godzinach porannych) lub nawet pewnymi osobami, których interakcja z chorym niekorzystnie wpływa na przestrzeganie zaleceń terapeutycznych.

Jedną z często zgłaszanych i klinicznie frustrujących barier psychospołecznych jest zapominanie. Samo stwierdzenie, że chory zapomina o różnych aspektach związanych z leczeniem, może nie wydawać się szczególnie użyteczną informacją w kontekście działań mających na celu rozwiązywanie problemów, ale możliwe jest odkrycie rzeczywistego znaczenia zapomnienia. Kiedy chory zgłasza taki problem, może to wskazywać na konkurencyjne priorytety lub umotywowany opór

przed aktywnym samodzielnym leczeniem. Konkurencyjność priorytetów oznacza po prostu, że inne zdarzenia lub cele życiowe są bardziej interesujące, ważniejsze lub zasługujące na uwagę. W przypadku tego typu problemu z przestrzeganiem zaleceń terapeutycznych pomocne mogą być proste rozwiązania, takie jak przypomnianie i alarmy (np. programowane w urządzeniach elektronicznych).

Umotywowany opór przed własnym aktywnym udziałem w leczeniu lub styl zachowania polegający na unikaniu problemów zamiast ich rozwiązywania może być mniej podatny na tego rodzaju instrumentalne wsparcie za pomocą przypomnień. Samo nauczenie tych osób umiejętności rozwiązywania problemów prawdopodobnie będzie nieskuteczne bez dodatkowego wsparcia, ponieważ ci chorzy mogą nie umieć zidentyfikować lub zaakceptować problemów. U tych osób najlepszym rozwiązaniem może być rozpoczęcie procesu poprawy przestrzegania zaleceń terapeutycznych od doświadczeń, które mogą pozytywnie zwrócić ich uwagę na cukrzycę, takich jak rozmowy motywacyjne.<sup>50</sup>

### Metody realizacji programów

Skuteczne programy rozwiązywania problemów związanych z cukrzycą powinny obejmować wykonalny, łatwo dostępny oraz odpowiedni dla danej populacji mechanizm modelowania rozwiązywania problemów, połączony z możliwością regularnego porozumiewania się w związku z wykorzystywaniem tego cyklu programu rozwiązywania problemu do eliminowania przeszkód utrudniających udział chorego w leczeniu cukrzycy. Te funkcje zostały z powodzeniem częściowo lub całkowicie zrealizowane za pomocą różnych dostępnych technologii, między innymi telefonu, poczty elektronicznej, Internetu oraz technologii mobilnych, takich jak telefony komórkowe.<sup>13,31-34</sup> Wykorzystanie tych sposobów przekazywania treści edukacyjnych dotyczących rozwiązywania problemów i porozumiewania w związku z całym procesem stwarza więcej okazji do nauki i może zwiększać skuteczność, dostępność, praktyczną przydatność oraz trwałość tych programów.

Dla wielu chorych doskonałym środkiem przekazywania treści, monitorowania i wsparcia klinicznego jest Internet. W przybliżeniu 77-83% rodzin w Stanach Zjednoczonych regularnie korzysta z Internetu.<sup>35</sup> Wśród osób w wieku 55 lat wskaźnik korzystających z Internetu jest mniejszy (64%) i zmniejsza się wraz z wiekiem.<sup>35,36</sup> Kluczem do wykorzystywania Internetu w różnych populacjach leczonych

w danej przychodni jest integracja tego narzędzia z alternatywnymi lub dodatkowymi metodami realizacji programów. Na przykład dla starszych osób najlepszym rozwiązaniem może być uwzględnienie uzupełniających metod nauczania, takich jak instrukcje pisemne lub przekazywane podczas osobistych kontaktów, a także wykorzystywanie powszechnie dostępnych technologii, takich jak telefony domowe.

### Kwestie związane z realizacją w praktyce klinicznej programów rozwiązywania problemów związanych z aktywnym udziałem chorego w leczeniu

Mimo że program rozwiązywania problemów związanych z aktywnym udziałem chorego w leczeniu jest bardzo przydatny jako metoda poprawy przestrzegania zaleceń terapeutycznych, elementem, który prawdopodobnie budzi najmniejsze zainteresowanie, jest behawioralna składowa opieki nad chorymi z przewlekłą chorobą.<sup>37</sup> Chociaż wspólne rozwiązywanie problemów zalecane jest jako element wszechstronnego programu edukacji dotyczącej aktywnego udziału chorego w leczeniu cukrzycy, eksperci i badacze zwrócili uwagę na dwa sprzeczne aspekty zaleceń dotyczących realizacji programów służących rozwijaniu tych umiejętności u chorych: w modelu leczenia chorób przewlekłych (Chronic Care Model) uznano, że edukacja dotycząca aktywnego udziału chorego w leczeniu cukrzycy powinna być prowadzona w ramach podstawowej opieki zdrowotnej,<sup>38,39</sup> ale lekarze podstawowej opieki zdrowotnej znacznie chętniej i częściej wykorzystują te programy, jeżeli są one realizowane w znacznym stopniu poza przychodnią.<sup>40-43</sup>

Jednym z modeli, który służy obecnie w praktyce klinicznej do realizacji programów aktywnego udziału chorych w leczeniu, jest wykorzystywanie minimalnych zasobów przychodni do zapoznania chorego z interwencją oraz zapewnienia odpowiedzialności i monitorowania. Później interwencja prowadzona jest w większości poza przychodnią, za pomocą Internetu lub innych, bardziej dostępnych metod.<sup>31,40,44,45</sup> Chociaż zaprojektowano interwencje służące zaspokojeniu tej potrzeby ograniczenia wykorzystania zasobów przychodni, istnieje luka w zakresie wykorzystywania wyników tych badań w praktyce klinicznej, a lekarze mają ograniczone możliwości kierowania chorych do udziału w takich programach. W niedawnym badaniu ankietowym specjaliści i lekarze pod-

stawowej opieki zdrowotnej wymienili ten brak możliwości kierowania chorych jako jedną z trzech głównych przeszkód utrudniających akceptację i wykorzystywanie edukacji dotyczącej aktywnego udziału chorych w leczeniu cukrzycy.<sup>46</sup>

### Ocena odpowiednich wskaźników

Oprócz wyżej wspomnianych poglądów jednym z podstawowych wyzwań we wspieraniu rozwiązywania problemów w warunkach badań naukowych i praktyki klinicznej jest potrzeba dokładnego mierzenia zachowań związanych z aktywnym udziałem chorych w leczeniu, przeszkód utrudniających ten udział oraz samych procedur rozwiązywania problemów. Wszystkie te kwestie zwykle oceniane są na podstawie informacji podawanych przez uczestników, często błędnych, co wynika z niedokładnego zapamiętywania oraz subiektywności oceny odpowiedzi.<sup>47</sup> Najnowsze próby mierzenia udziału chorych w leczeniu i innych zachowań związanych ze zdrowiem w czasie rzeczywistym za pomocą mobilnych technologii są obiecujące.<sup>48</sup> Na przykład w niedawnym badaniu stwierdzono przydatność wykorzystywania aparatów fotograficznych wbudowanych w telefony komórkowe do dokumentowania wyboru rodzaju i ilości produktów żywnościowych.<sup>49</sup> Wiele mobilnych systemów umożliwia ocenę, która jest czasowo i przestrzennie bliższa rzeczywistym przeszkodom utrudniającym udział chorych w leczeniu, ale wciąż zależy od dokładnego przekazywania danych przez samych chorych. Wszelka automatyzacja lub mobilne monitorowanie zachowań związanych ze zdrowiem znacznie zwiększyłyby praktyczne możliwości wykorzystywania danych na temat przestrzegania zaleceń terapeutycznych w rutynowym postępowaniu klinicznym.

### Skuteczne strategie długoterminowe

Nie opracowano długoterminowych modeli realizacji programów rozwiązywania problemów. Chociaż nie ulega wątpliwości, że w miarę wpływu czasu przeszkody utrudniające udział chorego w leczeniu będą się zmieniały i pojawią się nowe, nie jest jasne, w jaki sposób chorzy przystosowują się do interwencji służących rozwiązywaniu problemów. Mało prawdopodobne jest, aby chorzy chcieli uczyć się rozwiązywania problemów przez nieograniczony lub długi czas (jeżeli jest to postrzegane jako praca). Nawet w przypadku programów, w których początkowo najwyraźniej udaje się uzyskać odpowiednie zaangażowanie chorych, z czasem będzie następował nieunikniony spadek zaangażowania, a liczba chorych uczestniczących w programie będzie się



zmniejszała.<sup>13</sup> Być może intensywne interwencje mające na celu budowanie umiejętności w zakresie aktywnego udziału chorych w leczeniu najlepiej wykorzystywać okresowo, w razie pojawienia się takiej potrzeby, lub jako mechanizmy zapobiegania ponownym problemom, które są uruchamiane w odpowiednim momencie dzięki monitorowaniu czynników ryzyka w ramach systemu opieki zdrowotnej. W razie potrzeby chorzy mogą też kontynuować współpracę z zastosowaniem środków czy działań zapewniających wsparcie w rozwiązywaniu problemów, takich jak fora internetowe czy innego rodzaju grupy dyskusyjne.

### **Wspólny wybór problemów i identyfikacja przeszkód**

Istotnym zagadnieniem, które może wpłynąć na powodzenie wsparcia w zakresie rozwiązywania problemów, jest jakość współpracy między chorym i lekarzem. Lekarze mogą po prostu dostrzegać potrzebę zmian w stylu życia, które umożliwią aktywny udział chorego w leczeniu cukrzycy. Chorzy częściej postrzegają zadania związane z samodzielnym leczeniem jako mogące podlegać modyfikacji i dążą do adaptacji lub zmiany zaleceń dotyczących aktywnego udziału w leczeniu w taki sposób, aby te zalecenia pasowały do ich własnych potrzeb i wyborów w zakresie stylu życia.<sup>50</sup> Oznacza to, że chorzy i lekarze mogą różnić się poglądami na temat tego, na czym polega problem dotyczący przestrzegania zaleceń terapeutycznych. Z perspektywy klinicysty problem istnieje wtedy, kiedy zadania związane z udziałem chorego w leczeniu nie są wykonywane z odpowiednią częstotliwością lub jakością realizacji tych zadań jest nieodpowiednia. Z perspektywy pacjenta problem może pojawiać się tylko w przypadku wystąpienia istotnych dla danego chorego, poważnych i natychmiastowych negatywnych konsekwencji. Mogą one, ale nie muszą, wiązać się ze stanem zdrowia, mogą też być związane z czynnikami psychospołecznymi lub socjoekonomicznymi. Negatywne konsekwencje mogą ponadto wiązać się z samym wykonywaniem bądź też niewykonywaniem zadań związanych z samodzielnym leczeniem.

Ustalając, na czym powinny skupić się działania służące rozwiązaniu problemu, trzeba wziąć pod uwagę kilka aspektów przeszkód utrudniających choremu aktywny udział w leczeniu. Chorzy mogą być zmotywowani do skupiania się na tych przeszkodach, które są przyczyną bólu lub lęku, bądź też wywołują poważne następstwa, jeżeli chodzi o czas i pieniądze. Le-

karze mogą raczej ukierunkowywać chorych na wybór takiego problemu, który ma największy natychmiastowy wpływ na stabilność stężenia glukozy we krwi. Wyzwaniem dla lekarzy jest wspieranie chorych w ich staraniach mających na celu rozwiązanie problemu, a zarazem nadal udzielanie odpowiednich wskazówek i porad w sytuacji, w której ich priorytety są rozbieżne. W większości przypadków bardziej motywujące i ostatecznie lepiej podtrzymujące starania chorego będzie pozwolenie, aby to chory zdecydował, na czym należy się skupić w działaniach służących rozwiązaniu problemu. Wspierając chorych w tym autonomicznym wyborze przeszkód utrudniających przestrzeganie zaleceń terapeutycznych, a jednocześnie wciąż służąc wskazówkami dotyczącymi klinicznego znaczenia danej przeszkody, lekarz może wzmacniać własne relacje z chorymi.<sup>51,52</sup>

### **Podsumowanie**

Jeżeli chodzi o poprawę długoterminowych wyników leczenia i ograniczanie dających się uniknąć kosztów opieki zdrowotnej, niewiele kwestii ma większe znaczenie niż odpowiednie przestrzeganie zaleceń terapeutycznych przez chorych. Zasadniczą rolę w poprawie przestrzegania zaleceń terapeutycznych przez chorych odgrywają umiejętności rozwiązywania problemów. Do przeszkód utrudniających skuteczne rozwiązywanie problemów w praktyce klinicznej należą ograniczenia czasowe i dostępnych zasobów, a także ograniczone możliwości kierowania chorych do udziału w realnych i dostatecznie rozpowszechnionych programach. Nowsze programy rozwoju umiejętności chorych w zakresie aktywnego samodzielnego leczenia, które obejmują również zagadnienia związane z rozwiązywaniem problemów, wymagają zazwyczaj jedynie minimalnego zaangażowania czasu i środków ze strony przychodni, natomiast większość działań chorych jest realizowana i monitorowana poza przychodnią.

Do zidentyfikowanych priorytetowych działań służących zwiększeniu możliwości kierowania chorych do udziału w takich programach należą: rozwój badań służących lepszemu wykorzystywaniu w praktyce klinicznej wyników badań naukowych dotyczących cukrzycy, tworzenie programów, które mogłyby być wykorzystane w różnych sytuacjach klinicznych, a także opracowanie interwencji, które można by kontynuować przez odpowiednio długi czas.<sup>53</sup> Kiedy te priorytety znajdą odzwierciedlenie w skutecznych i dających się adaptować programach, klinicyści będą

mogli wybierać i wdrażać realne interwencje, które będą odpowiednio dostosowane do danych warunków klinicznych, dostępności zasobów i populacji chorych.

Clinical Diabetes, Vol. 27, No. 3, 2009, p. 99. Improving Patient Problem Solving to Reduce Barriers to Diabetes Self-Management.

### **Piśmiennictwo**

- 1 Koro CE, Bowlin SJ, Bourgeois N, Fedder DO: Glycemic control from 1988 to 2000 among U. S. adults diagnosed with type 2 diabetes: a preliminary report. *Diabetes Care* 27: 17–20, 2004
- 2 DCCT Research Group: The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med* 329: 977–986, 1993
- 3 Gaede P, Vedel P, Larsen N, Jensen GVH, Parving H-H, Pedersen O: Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med* 348: 383–393, 2003
- 4 Heisler M, Faul JD, Hayward RA, Langa KM, Blaum C, Weir D: Mechanisms for racial and ethnic disparities in glycemic control in middle-aged and older Americans in the health and retirement study. *Arch Intern Med* 167: 1853–1860, 2007
- 5 Compas BE, Boyer MC, Stanger C, Colletti RB, Thomsen AH, Dufton LM, Cole DA: Latent variable analysis of coping, anxiety/depression, and somatic symptoms in adolescents with chronic pain. *J Consult Clin Psychol* 74: 1132–1142, 2006
- 6 Duangdao K, Roesch S: Coping with diabetes in adulthood: a meta-analysis. *J Behav Med* 31: 291–300, 2008
- 7 Tsenkova V, Dienberg Love G, Singer B, Ryff C: Coping and positive affect predict longitudinal change in glycosylated hemoglobin. *Health Psychol* 27 (Suppl. 2): S163–171, 2008
- 8 Hill-Briggs F, Gary TL, Yeh HC, Batts-Turner M, Powe NR, Saudek CD, Brancati FL: Association of social problem solving with glycemic control in a sample of urban African Americans with type 2 diabetes. *J Behav Med* 29: 69–78, 2006
- 9 Funnell MM, Brown TL, Childs BP, Haas LB, Hoseney GM, Jensen B, Maryniuk M, Peyrot M, Piette J, Reader D, Siminerio LM, Weinger K, Weiss MA: National standards for diabetes self-management education. *Diabetes Care* 31 (Suppl. 1): S97–S104, 2008
- 10 Didjurgeit U, Kruse J, Schmitz N, Stuckenschneider P, Sawicki PT: A time-limited, problem-orientated psychotherapeutic intervention in type 1 diabetic patients with complications: a randomized controlled trial. *Diabet Med* 19: 814–821, 2002
- 11 Fisher EB, Thorpe CT, DeVellis BME, DeVellis RF: Healthy coping, negative emotions, and diabetes management: a systematic review and appraisal. *Diabetes Educ* 33: 1080–1103, 2007
- 12 Glasgow R, Toobert D, Hampson S, Brown J, Lewinsohn P, Donnelly J: Improving self-care among older patients with type II diabetes: the „Sixty Something...” study. *Patient Educ Couns* 19: 61–74, 1992
- 13 Glasgow RE, Boles SM, McKay HG, Feil EG, Barrera M Jr: The D-Net diabetes self-management program: long-term implementation, outcomes, and generalization results. *Prev Med* 36: 410–419, 2003
- 14 Glasgow RE, Toobert DJ, Hampson SE, Noell JW: A brief office-based intervention to facilitate diabetes dietary self-management. *Health Educ Res* 10: 467–478, 2004
- 15 Glasgow RE, Fisher L, Skaff M, Mullan J, Toobert DJ: Problem solving and diabetes self-management. *Diabetes Care* 30: 33–37, 2007
- 16 Halford W, Goodall T, Nicholson J: Diet and diabetes (II): a controlled trial of problem solving to improve dietary self-management in patients with insulin dependent diabetes. *Psychol Health* 12: 231–238, 1997

- 17 Hill-Briggs F, Gemmell L: Problem solving in diabetes self-management and control: a systematic review of the literature. *Diabetes Educ* 33: 1032–1050, 2007
- 18 Trento M, Passera P, Borgo E, Tomalino M, Bajardi M, Cavallo F, Porta A: A 5-year randomized controlled study of learning, problem solving ability, and quality of life modifications in people with type 2 diabetes managed by group care. *Diabetes Care* 27:670–675, 2004
- 19 Grey M, Boland EA, Davidson M, Li J, Tamborlane WV: Coping skills training for youth with diabetes mellitus has long-lasting effects on metabolic control and quality of life. *J Pediatr* 137:107–113, 2000
- 20 Wysocki T, Iannotti R, Weissberg-Benchell J, Laffel L, Hood K, Anderson B, Chen R: Diabetes problem solving by youths with type 1 diabetes and their caregivers: measurement, validation, and longitudinal associations with glycemic control. *J Pediatr Psychol* 33:875–884, 2008
- 21 Kluger AN, DeNisi A: The effects of feedback interventions on performance: a historical review, a meta-analysis, and a preliminary feedback intervention theory. *Psychol Bull* 119:254–284, 1996
- 22 Dochy F, Segers M, Van den Bossche P, Gijbels D: Effects of problem-based learning: a meta-analysis. *Learn Instruct* 13:533–568, 2003
- 23 Bandura A: *Self-Efficacy: The Exercise of Control*, 6th ed. New York, Macmillan, 2003
- 24 Schlundt DG, Flannery ME, Davis DL, Kinzer CK: Evaluation of a multi-component behaviorally oriented, problem-based „summer school“ program for adolescents with diabetes. *Behav Modif* 23:79–105, 1999
- 25 Pichert JW, Meek J, Schlundt DG, Flannery ME: Impact of anchored instruction on problem-solving strategies of adolescents with diabetes. *J Am Diet Assoc* 94:1036–1038, 1994
- 26 Treadwell JR, Lenert LA: Health values and prospect theory. *Med Decis Making* 19:344–352, 1999
- 27 Ryan R, Deci E: Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol* 55:68–78, 2000
- 28 Glasgow RE, Toobert DJ, Gillette CD: Psychosocial barriers to diabetes selfmanagement and quality of life. *Diabetes Spectrum* 14:33–41, 2001
- 29 Gonzalez JS, Peyrot M, McCarl LA, Collins EM, Serpa L, Mimiaga MJ, Safren SA: Depression and diabetes treatment nonadherence: a meta-analysis. *Diabetes Care* 31:2398–2403, 2008
- 30 Heisler M, Resnicow K: Helping patients make and sustain healthy changes: a brief introduction to motivational interviewing in clinical diabetes care. *Clinical Diabetes* 26:161–165, 2008
- 31 Cho J-H, Lee H-C, Lim D-J, Kwon H-S, Yoon K-H: Mobile communication using a mobile phone with a glucometer for glucose control in type 2 patients with diabetes: as effective as an Internet-based glucose monitoring system. *J Telemed Telecare* 15:77–82, 2009
- 32 Thiebaud P, Demand M, Wolf SA, Alipuria LL, Ye Q, Gutierrez PR: Impact of disease management on utilization and adherence with drugs and tests: the case of diabetes treatment in the Florida: a Healthy State (FAHS) program. *Diabetes Care* 31:1717–1722, 2008
- 33 Farmer A, Gibson O, Hayton P, Bryden K, Dudley C, Neil A, Tarassenko A: A real-time, mobile phone-based telemedicine system to support young adults with type 1 diabetes. *Inform Prim Care* 13:171–177, 2005
- 34 Kim HS, Kim NC, Ahn SH: Impact of a nurse short message service intervention for patients with diabetes. *J Nurs Care Qual* 21:266–271, 2006
- 35 Kennedy TLM, Smith A, Wells A, Wellman B: Networked families: parents and spouses are using the internet and cell phones to create a “new connectedness” that builds on remote connections and shared internet experiences: Pew Internet & American Life Project [article online]. Available from [www.pewinternet.org](http://www.pewinternet.org). Accessed 20 March 2009
- 36 Jones S, Fox S: Pew Internet Project Data Memo: generations online in 2009: Pew Internet & American Life Project [article online]. Available from <http://www.pewinternet.org/Reports/2009/Generations-Online-in-2009.aspx>. Accessed 20 March 2009
- 37 Glasgow RE, Whitesides H, Nelson CC, King DK: Use of the patient assessment of chronic illness care (PACIC) with diabetic patients: relationship to patient characteristics, receipt of care, and self-management. *Diabetes Care* 28:2655–2661, 2005
- 38 Glasgow R, Davis C, Funnell M, Beck A: Implementing practical interventions to support chronic illness self-management. *Jt Comm J Qual Improv* 29:563–574, 2003
- 39 Wagner E, Glasgow R, Davis C, Bonomi AE, Provost L, McCulloch D, Carver P, Sixta C: Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach. *Jt Comm J Qual Improv* 27:63–80, 2001
- 40 Glasgow RE, Nutting PA, Toobert DJ, King DK, Strycker LA, Jex M, O'Neill C, Whitesides H, Merenich J: Effects of a brief computer-assisted diabetes self-management intervention on dietary, biological and quality-of-life outcomes. *Chron Illness* 2:27–38, 2006
- 41 Glasgow RE, Toobert DJ, Hampson SE, Strycker LA: Implementation, generalization, and long-term results of the “Choosing Well” diabetes self-management intervention. *Patient Educ Couns* 48:115–122, 2002
- 42 Glasgow R, Nutting P, King D, Nelson C, Cutter G, Gaglio B, Rahm A, Whitesides H, Amthauer: A practical randomized trial to improve diabetes care. *J Gen Intern Med* 19:1167–1174, 2004
- 43 Glasgow RE, Nutting PA, King DK, Nelson C, Cutter G, Gaglio B, Rahm A, Whitesides H: Randomized effectiveness trial of a computer-assisted intervention to improve diabetes care. *Diabetes Care* 28:33–39, 2005
- 44 Kim C, Kim H, Nam J, Cho M, Park J, Kang E, Ahn C, Cha B, Lee E, Lim S, Kim K, Lee H: Internet diabetic patient management using a short messaging service automatically produced by a knowledge matrix system. *Diabetes Care* 30:2857–2858, 2007
- 45 Young D, Furler J, Vale M, Walker C, Segal L, Dunning P, Best J, Blackberry I, Audehm R, Sulaiman N, Dunbar J, Chondros P: Patient engagement and coaching for health: the PEACH study: a cluster randomised controlled trial using the telephone to coach people with type 2 diabetes to engage with their GPs to improve diabetes care: a study protocol. *BMC Fam Pract* 8:20–28, 2007
- 46 Peyrot M, Rubin RR, Funnell MM, Siminerio LM: Access to diabetes selfmanagement education: results of national surveys of patients, educators, and physicians. *Diabetes Educ* 35:246–263, 2009
- 47 Hufford M: Special methodological challenges and opportunities in ecological momentary assessment. In *The Science of Real-Time Data Capture: Self-Reports in Health Research*. Stone A, Shiffman S, Atienza A, Nebeling L, Eds. New York, Oxford University Press, 2007 p. 54–75
- 48 Stone A, Shiffman S, Atienza A, Nebeling L (Eds.): *The Science of Real-Time Data Capture: Self-Reports in Health Research*. New York, Oxford University Press, 2007
- 49 Martin CK, Han H, Coulon SM, Allen HR, Champagne CM, Anton SD: A novel method to remotely measure food intake of free-living individuals in real time: the remote food photography method. *Br J Nutr* 101:446–456, 2009
- 50 Hunt LM, Pugh J, Valenzuela M: How patients adapt diabetes self-care recommendations in everyday life. *J Fam Pract* 46:207–215, 1998
- 51 Williams GC, Freedman ZR, Deci EL: Supporting autonomy to motivate patients with diabetes for glucose control. *Diabetes Care* 21:1644–1651, 1998
- 52 Williams GC, Lynch M, Glasgow RE: Computer-assisted intervention improves patient-centered diabetes care by increasing autonomy support. *Health Psychol* 26:728–734, 2007
- 53 Garfield SA, Malozowski S, Chin MH, Narayan KM, Glasgow RE, Green IW, Hiss RG, Krumholz HM: Considerations for diabetes translational research in real-world settings. *Diabetes Care* 26:2670–2674, 2003

---

*Shelagh A. Mulvaney, PhD, jest profesorem nadzwyczajnym w School of Nursing oraz Department of Pediatrics w Vanderbilt University Medical Center w Nashville, Tenn.*

## ciąg dalszy ze str. 52

*Diabetes Spectrum*, Vol. 22, No. 3, 2009, p. 188. Diabetes in Finland: What Can Happen When a Country Takes Diabetes Seriously.

### Piśmiennictwo

- 1 Winell K, Reunanen A: *Diabetes Barometer 2005* [monograph]. Finnish Diabetes Association, Tampere, Finland, 2006, p. 9. Available online from [www.diabetes.fi/tiedoston\\_katsominen.php?dok\\_id=560](http://www.diabetes.fi/tiedoston_katsominen.php?dok_id=560)
- 2 Harjutsalo V, Sjöberg L, Tuomilehto J: Time trends in the incidence of type 1 diabetes in Finnish children: a cohort study. *Lancet* 371: 1777–1782, 2008

- 3 Winell K, Reunanen A: *Diabetes Barometer 2005* [monograph]. Finnish Diabetes Association, Tampere, Finland, 2006, p. 10–11. Available online from [www.diabetes.fi/tiedoston\\_katsominen.php?dok\\_id=560](http://www.diabetes.fi/tiedoston_katsominen.php?dok_id=560)
- 4 Niemi M, Winell K: Diabetes in Finland: prevalence and variation in quality of care [monograph]. Finnish Diabetes Association, Tampere, Finland, 2006, p. 19
- 5 Finnish Diabetes Association: *Development Programme for the Prevention and Care of Diabetes in Finland (DEHKO 2000–2010)* [pamphlet]. Finnish Diabetes Association, Tampere, Finland. Available online

from [www.diabetes.fi/tiedoston\\_katsominen.php?dok\\_id=451](http://www.diabetes.fi/tiedoston_katsominen.php?dok_id=451)

6 Aarne M (Ed.): *DEHKO Proceeds: Strategic Plan for 2008–2010*. Finnish Diabetes Association, Tampere, Finland, 2008

---

*Geralyn R. Spollett, MSN, ANP-BC, CDE, jest zastępcą dyrektora i starszą pielęgniarką w Yale Diabetes Center w New Haven, Conn. Jest też zastępcą redaktora Diabetes Spectrum.*