

Ocena stopnia przestrzegania zaleceń lekarskich u starszych chorych na cukrzycę z towarzyszącymi objawami depresyjnymi

The estimation of compliance by elderly patients with diabetes and with depressive symptoms

Maciej Ciebiada¹, Marcin Barylski², Małgorzata Górską-Ciebiada³

¹ Klinika Pulmonologii Ogólnej i Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

² Klinika Chorób Wewnętrznych i Rehabilitacji Kardiologicznej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

³ Zakład Propedeutyki Chorób Cywilizacyjnych, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Streszczenie

Wstęp. Jednym z podstawowych warunków skuteczności terapii jest dobra współpraca chorego z lekarzem. Liczne dane wskazują na częstsze występowanie zaburzeń depresyjnych u chorych na cukrzycę, w porównaniu do populacji osób zdrowych. Współistniejące zaburzenia psychiczne mogą wpływać na stopień przestrzegania zaleceń lekarskich. **Cel.** Celem pracy była ocena stopnia przestrzegania zaleceń lekarskich u starszych chorych na cukrzycę typu 2 z towarzyszącymi objawami depresyjnymi. **Material i metody.** Badanie przeprowadzono wśród grupy 55 losowo dobranych chorych na cukrzycę typu 2 w wieku powyżej 65 lat, hospitalizowanych w Klinice Chorób Wewnętrznych i Diabetologii USK nr 1 im. N. Barlickiego w Łodzi. U wszystkich pacjentów zastosowano 30-punktową geriatryczną skalę oceny depresji (GDS-30), oceniono stopień przestrzegania zaleceń lekarskich, przeprowadzono szczegółowy wywiad dotyczący cukrzycy i chorób współistniejących, oceniano także dokumentację medyczną i aktualne wyniki badań. **Wyniki.** W grupie chorych z objawami depresyjnymi aż 75% osób przyznało, że zdarzyło im się pominąć zaplanowaną dawkę leku, 70% nie przyjmowało leków o stałych porach, 45% pomijało kolejne dawki leku, kiedy czuli się dobrze, zaś w sytuacji złego samopoczucia 50% nie przyjmowało kolejnej dawki. Niski stopień przestrzegania zaleceń lekarskich stwierdzono aż u 50% osób z objawami depresyjnymi i u 2,8% osób bez objawów depresyjnych. **Wnioski.** Stopień przestrzegania zaleceń lekarskich przez chorych na cukrzycę typu 2 w podeszłym wieku nie jest zadawalający. Szczególnie niski stopień współpracy stwierdzono u pacjentów z towarzyszącymi objawami depresyjnymi. Zalecane jest, aby opieka nad starszym chorym na cukrzycę była całościowa i uwzględniała również pomoc psychologiczną. *Geriatrics 2017; 11: 163-170.*

Słowa kluczowe: cukrzyca, objawy depresyjne, podeszły wiek, stopień przestrzegania zaleceń lekarskich

Abstract

Background. One of the main conditions for effective treatment is good compliance. A lot of data indicate a higher incidence of depressive disorders in diabetic patients as compared to healthy individuals. Co-existing psychiatric disorders may worsen compliance. **Objective.** The aim of the study was to estimate the compliance of elderly patients with type 2 diabetes and with depressive symptoms. **Material and methods.** The study was conducted among a group of 55 randomly selected elderly patients with type 2 diabetes, hospitalized in the Department of Internal Medicine and Diabetology, USK No. 1 in Lodz. All subjects were screened for depressive symptoms (using Geriatric Depression Scale: GDS-30) and for compliance. The detailed medical history of diabetes type 2, co morbidities and evaluation of medical record and actual results were taken. **Results.** In the group of patients with depressive symptoms, 75% admitted they had missed the scheduled dose, 70% did not take fixed-dose drugs, 45% skipped next doses when they felt good, and 50% did not take another dose. Low compliance rates were observed in up to 50% of depressed patients and 2.8% in those with no symptoms. **Conclusions.** The level of compliance of

elderly patients with type 2 diabetes is not satisfactory. Particularly low levels of compliance have been reported in patients with coexisting depressive symptoms. It is recommended that the care of a diabetic patient should be comprehensive and include psychological support. *Geriatrics* 2017; 11: 163-170.

Keywords: diabetes, depressive syndrome, elderly, compliance

Wstęp

Sukces terapeutyczny, szczególnie w chorobach przewlekłych zależy od wielu czynników. Jednym z podstawowych warunków skuteczności terapii jest dobra współpraca chorego z lekarzem. Współpraca ta definiowana jest, jako: „zakres, do jakiego zachowanie pacjenta w odniesieniu do przyjmowania leków, przestrzegania diety i modyfikacji stylu życia pozostaje zgodny z zaakceptowanymi przez chorego zaleceniami medycznymi” [1]. W literaturze światowej opis ten odzwierciedlają zwroty: *compliance/non-compliance* oraz pojęcie *adherence*, którego węższe znaczenie może być rozumiane jako „przestrzeganie zaleceń terapeutycznych” [2,3]. Cukrzyca jest chorobą przewlekłą, która wymaga systematycznego i często wieloletniego leczenia. Dodatkowo u osób w podeszłym wieku dochodzi problem wielochorobowości, a więc konieczności terapii innych niż cukrzyca schorzeń [4]. Osoby starsze borykają się z licznymi innymi problemami takimi jak: zmniejszona sprawność intelektualna i fizyczna, polipragmazja, gorsze warunki finansowe i bytowe, choroby „starszego” wieku – nietrzymanie moczu, złamania i zespoły bólowe. Liczne dane wskazują na częstsze występowanie zaburzeń depresyjnych u chorych na cukrzycę, w porównaniu do populacji osób zdrowych [5,6]. Współistniejące zaburzenia psychiczne mogą pogarszać przebieg cukrzycy [7] a także wpływać na stopień przestrzegania zaleceń lekarskich. Dotychczasowe badania nie dostarczyły wystarczających danych oceniających stopień współpracy z lekarzem pacjentów chorych na cukrzycę. Nie wiadomo również, jakie znaczenie ma sam podeszły wiek pacjentów oraz wystąpienie dodatkowej obciążającej choroby – depresji.

Celem pracy była ocena stopnia przestrzegania zaleceń lekarskich u starszych chorych na cukrzycę typu 2 z towarzyszącymi objawami depresyjnymi.

Materiał i metody

Badanie miało charakter otwartej, prospektywnej próby przeprowadzonej w jednym ośrodku. Populacja

badania składała się z chorych na cukrzycę typu 2 rekrutowanych w sposób losowy hospitalizowanych z powodu dekompensacji cukrzycy w Klinice Chorób Wewnętrznych i Diabetologii USK nr 1 im. N. Barlickiego w Łodzi. Kryteria włączenia do badania stanowiły: rozpoznana cukrzyca typu 2 trwająca co najmniej 1 rok, wiek 65 lat i powyżej. Do podstawowych kryteriów wykluczających udział w badaniu należały: uzależnienie od środków psychoaktywnych, obecność towarzyszących chorób somatycznych mogących wpływać na funkcjonowanie poznawcze chorych, urazy głowy w wywiadzie, towarzyszące, rozpoznane wcześniej choroby psychiczne. W czasie wizyty, po uzyskaniu świadomej, pisemnej zgody na udział w badaniu zbierano szczegółowy wywiad chorobowy i przeprowadzano badanie przedmiotowe. Pierwsza część kwestionariusza składała się z pytań socjodemograficznych takich jak: płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, stan cywilny, palenie. Druga część kwestionariusza zawierała szczegółowy wywiad dotyczący cukrzycy typu 2 i zawierała pytania dotyczące: czasu trwania cukrzycy, bieżącego leczenia cukrzycy i jej powikłań, wywiadu rodzinnego, chorób towarzyszących (zaburzeń lipidowych, nadciśnienia, chorób układu sercowo naczyniowego, chorób płuc, układu pokarmowego, nowotworów) i ich leczenia.

Następnie w odizolowanym gabinecie przeprowadzono badania dotyczące stanu psychicznego chorych. Do oceny występowania zaburzeń depresyjnych zastosowano 30-punktową geriatryczną skalę oceny depresji (GDS-30) [8]. Geriatryczna Skala Depresji została opracowana w 1983 roku przez Yesavage i współpracowników [8], jako narzędzie przesiewowe umożliwiające dokonywanie oceny natężenia symptomów depresji u osób w starszym wieku. GDS jest narzędziem stosowanym na całym świecie. Skala składa się z 30 krótkich pytań z dwiema możliwościami odpowiedzi do wyboru (tak/nie). Standardowo w GDS-30 stosuje się punktację, zgodnie z którą wynik od 0 do 9 punktów oznacza brak depresji, od 10 do 19 punktów wskazuje na lekką depresję, wynik zaś od 20 do 30 punktów sugeruje

obecność głębokiej depresji. Zaprezentowane powyżej punkty odcięcia zapewniają optymalną czułość (84%) i specyficzność (95%) skali. W badaniu zastosowano kryterium: 0-9 pkt. – brak depresji; 10-19 pkt. – chorzy z objawami depresyjnymi. Pacjenci z punktacją 20 i powyżej (ciężka depresja) byli wykluczeni z badania i wysłani do dalszej opieki psychiatrycznej. Następnie wykonano ogólnie dostępny test służący do oceny stopnia przestrzegania zaleceń lekarskich w kwestii zażywania leków przez pacjenta. Podczas testu pacjenci odpowiadali na następujące 4 pytania: 1. Czy kiedykolwiek zapomniałeś wziąć swoje lekarstwo? 2. Czy zdarza ci się nie przestrzegać godzin przyjmowania leków? 3. Czy pomijasz kolejną dawkę leku, jeśli się dobrze czujesz? 4. Kiedy czujesz się źle i wiesz to z lekiem, czy pomijasz kolejną dawkę? Odpowiedź pozytywna (tak) oznaczona jako 1 oznaczała brak współpracy z chorym. Odpowiedź negatywna (nie) oznaczona jako 0 oznaczała dobrą współpracę z chorym. Po zsumowaniu punktów odpowiedzi określono stopień przestrzegania zaleceń lekarskich jako: wysoki dla sumy punktów równej 0 (cztery odpowiedzi negatywne); średni dla sumy punktów 1-2 (1 lub 2 odpowiedzi pozytywne) i niski dla sumy punktów 3-4 (3 lub 4 odpowiedzi pozytywne).

Oceniano także dokumentację medyczną i aktualne wyniki badań. Zgodnie z kryteriami wymienionymi powyżej badanych pacjentów podzielono na 2 grupy: osoby z objawami depresyjnymi i osoby bez objawów depresyjnych (grupa kontrolna).

Na badanie wyraziła zgodę Komisja Bioetyki Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Badanie finansowano z grantu naukowego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Analiza statystyczna

Wyniki przedstawiano jako wartości średnie \pm odchylenie standardowe (SD). Rozkład badanych zmiennych oceniano testem W. Shapiro-Wilka. Parametry uzyskane w poszczególnych grupach chorych i grupie kontrolnej porównywano za pomocą parametrycznego testu t-Studenta, nieparametrycznego testu U Manna-Whitney'a oraz testu χ^2 . Obliczeń statystycznych dokonano za pomocą programu Statistica 10,0 (StatSoft, Kraków, Polska) przyjmując za istotne $p < 0,05$.

Wyniki

Charakterystyka demograficzna i socjoekonomiczna badanych osób

W badaniu wzięło udział 55 osób (36 kobiet i 19 mężczyzn) chorych na cukrzycę typu 2 w wieku $73,7 \pm 4,4$ lat. Na podstawie kryteriów opisanych powyżej zaburzenia depresyjne stwierdzono u 20 (36,36%) pacjentów. Grupę kontrolną – bez objawów depresji stanowiło 35 (63,63%) osób. Wśród osób z objawami depresyjnymi zdecydowanie dominowały kobiety. Większość pacjentów w całej badanej grupie to osoby pozostające w stałym związku formalnym, jednakże istotnie więcej samotnych chorych było w grupie z objawami depresyjnymi. Również ta grupa charakteryzowała się większą liczbą osób palących tytoń, nieuprawiających żadnej aktywności fizycznej i nieprzestrzegającej diety. Niewiele pacjentów określiło swój status ekonomiczny jako niski i nie miał on znaczenia przy występowaniu objawów depresyjnych. Dokładną charakterystykę badanych osób przedstawia tabela I.

Parametry kliniczne i wyniki skali GDS-30 u badanych osób

Pacjenci z objawami depresyjnymi istotnie dłużej chorowali na cukrzycę w porównaniu do grupy kontrolnej. U osób tych częściej rozpoznawano neuropatię. Natomiast częstość występowania pozostałych powikłań cukrzycy (retinopatii, nefropatii, zespołu stopy cukrzycowej, chorób układu sercowo-naczyniowego, przebytego udaru mózgu), a także nadciśnienia tętniczego, dyslipidemii i rodzaju podjętego leczenia była porównywalna w obu grupach (tabela II).

Chorzy z objawami depresyjnymi charakteryzowali się znacząco wyższym BMI, większą liczbą schorzeń towarzyszących oraz liczbą przebytych hospitalizacji.

Wyniki skali GDS-30 były istotnie wyższe w grupie osób z objawami depresyjnymi gdzie wynosiły średnio $15,7 \pm 3,5$ (tabela II).

Parametry biochemiczne badanych osób

Parametry takie jak stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL i trójglicerydów nie różniły się między badanymi grupami. Pacjenci z objawami depresyjnymi mieli podobne do grupy kontrolnej wartości hemoglobiny glikowanej (tabela III).

Tabela I. Charakterystyka demograficzna i socjoekonomiczna badanych osób
Table I. Demographic and socioeconomic characteristics of the study groups

Parametr	Grupa z objawami depresyjnymi	Grupa kontrolna (bez objawów depresyjnych)	Razem	Wartość p
Liczba badanych	20	35	55	
Wiek (lata)	73,4 ± 4,4	73,9 ± 4,6	73,7 ± 4,4	> 0,05
Płeć, kobiety*	17 (85%)	19 (54,3%)	36	0,02
Wykształcenie podstawowe	2/20	7/35	9/55	> 0,05
średnie	10/20	12/35	22/55	> 0,05
zawodowe	6/20	10/35	16/55	> 0,05
wyższe	3/20	5/35	8/55	> 0,05
Palenie tytoniu*	6 (30%)	2 (5,7%)	8 (14,5%)	0,01
Samotność*	9 (45%)	6 (17,1%)	15 (27,2%)	0,023
Niski status socjoekonomiczny	4 (20%)	7 (20%)	11 (20%)	> 0,05
Brak akt fizycznej*	16 (80%)	18 (51,4%)	34 (61,8%)	0,036
Nie przestrzeganie diety*	15 (75%)	16 (45,7%)	31 (56,4%)	0,035

*istotna różnica pomiędzy grupą osób z objawami depresyjnymi a grupą kontrolną ($p < 0,05$); Do porównań między grupami użyto testu t-Studenta /U Manna-Whitney'a lub testu χ^2

Tabela II. Parametry kliniczne i wyniki skali GDS-30 u badanych osób
Table II. Clinical parameters and GDS score of the study groups

Parametr	Grupa z objawami depresyjnymi	Grupa kontrolna (bez objawów depresyjnych)	Razem	Wartość p
Czas trwania cukrzycy (lata)*	21,4 ± 8,2	13,5 ± 9,03	16,4 ± 9,5	0,002
Powikłania mikronaczyniowe Retinopatia (%)	8 (40%)	23 (65,7%)	31 (56,3%)	> 0,05
Nefropatia (%)	7 (35%)	14 (40%)	21 (38,2%)	> 0,05
Neuropatia (%)*	11 (55%)	8 (22,8%)	19 (34,5%)	0,016
Powikłania makronaczyniowe Choroba układu sercowo-naczyniowego (%)	11 (55%)	18 (51,4%)	29 (52,7%)	> 0,05
Przebyty udar mózgu (%)	3 (15%)	5 (14,2%)	8 (14,5%)	> 0,05
Nadciśnienie tętnicze/ stosowanie leków przeciwnadciśnieniowych (%)	17 (85%)	30 (85,7%)	47 (85,4%)	> 0,05
Dyslipidemia (%)	16 (80%)	29 (82,5%)	45 (81,8%)	> 0,05
Liczba schorzeń towarzyszących*	6,35 ± 1,5	4,42 ± 2,3	5,12 ± 2,1	0,002
Liczba hospitalizacji*	2,45 ± 1,7	1,22 ± 1,3	1,67 ± 1,5	0,008
Leczenie Insulina (%)	15 (75%)	26 (74,3%)	41 (74,5%)	> 0,05
Doustne leki przeciwcukrzycowe(%)	13 (65%)	23 (65,7%)	36 (65,4%)	> 0,05
Liczba punktów GDS-30*	15,7 ± 2,7	3,97 ± 2,9	8,25 ± 6,3	< 0,001
BMI (kg/m ²)*	32,9 ± 3,5	28,8 ± 3,7	30,3 ± 4,2	< 0,001

*istotna różnica pomiędzy grupą osób z objawami depresyjnymi a grupą kontrolną ($p < 0,05$); Do porównań między grupami użyto testu t-Studenta /U Manna-Whitney'a lub testu χ^2

BMI (body mass index) — wskaźnik masy ciała; GDS (Geriatric Depression Scale) - Geriatryczna Skala Depresji

Tabela III. Parametry biochemiczne badanych osób
Table III. Biochemical parameters of the study groups

Parametr	Grupa z objawami depresyjnymi	Grupa kontrolna (bez objawów depresyjnych)	Razem	Wartość p
HbA1c (%)	9,93 ± 1,3	9,68 ± 1,1	9,77 ± 1,16	> 0,05
Cholesterol (mg/dl)	178,1 ± 31,5	185,2 ± 45,5	182,6 ± 40,8	> 0,05
LDL (mg/dl)	105,1 ± 34,3	109 ± 37,1	107,6 ± 35,7	> 0,05
TG (mg/dl)	177,1 ± 61,6	166,8 ± 49,8	170,5 ± 54,1	> 0,05
HDL (mg/dl)	48,7 ± 7,1	53,1 ± 10,4	51,5 ± 9,5	> 0,05

*istotna różnica pomiędzy grupą osób z objawami depresyjnymi a grupą kontrolną ($p < 0,05$); Do porównań między grupami użyto testu t-Studenta /U Manna-Whitney'a

Stopień przestrzegania zaleceń lekarskich w kwestii zażywania leków

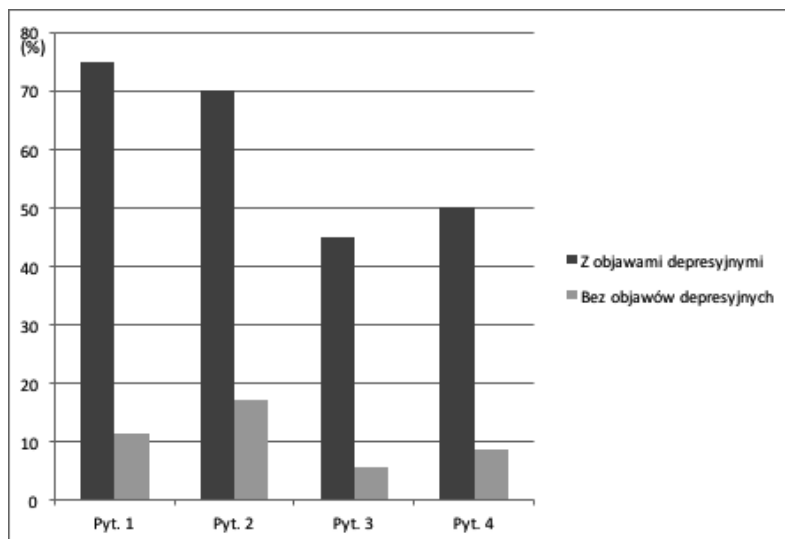
W grupie chorych z objawami depresyjnymi aż 75% osób przyznało, że zdarzyło im się pominąć zaplanowaną dawkę leku, 70% nie przyjmowało leków o stałych porach, 45% pomijało kolejne dawki leku, kiedy czuli się dobrze, zaś w sytuacji złego samopoczucia 50% nie przyjmowało kolejnej dawki (rycina 1). Dla porównania odpowiedzi pozytywne w teście w grupie kontrolnej występowały z istotnie niższą częstością: 11,4% osób pomijało zaplanowaną dawkę leku, 17,1% nie przyjmowało leków o stałych porach, 5,7% pomijało kolejne dawki leku, kiedy czuli się dobrze, zaś

w sytuacji złego samopoczucia 8,6% nie przyjmowało kolejnej dawki (rycina 1).

Niski stopień przestrzegania zaleceń lekarskich stwierdzono aż u 10 (50%) osób z objawami depresyjnymi; u 1 (2,8%) osób bez objawów depresyjnych, i u 11 (20%) całej badanej grupy.

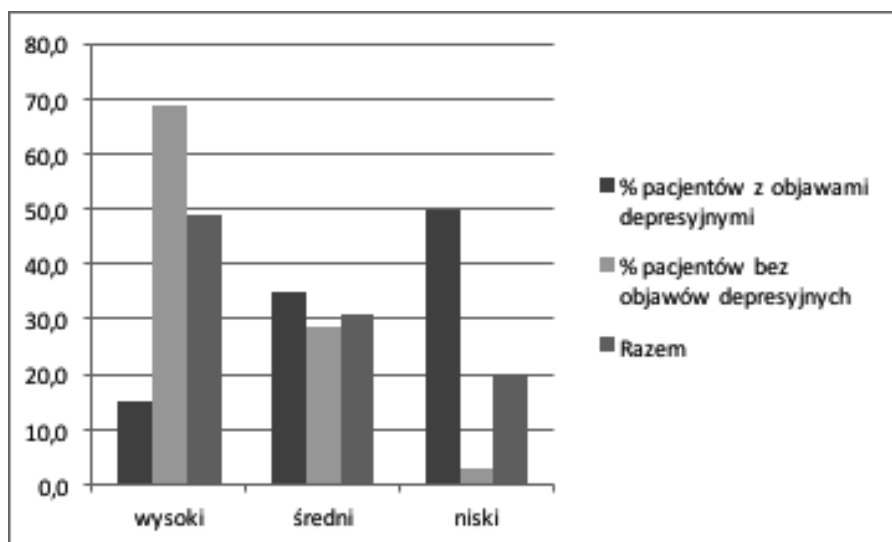
Średni stopień przestrzegania zaleceń lekarskich stwierdzono u 7 (35%) osób z objawami depresyjnymi; u 10 (28,5%) osób bez objawów depresyjnych, i u 17 (30,9%) całej badanej grupy.

Wysoki stopień przestrzegania zaleceń lekarskich stwierdzono u 3 (15%) osób z objawami depresyjnymi; u 24 (68,5%) osób bez objawów depresyjnych, i u 27 (49,1%) całej badanej grupy (rycina 2).



Rycina 1. Liczba osób w % odpowiadająca pozytywnie (tak) na zadane pytanie w kwestii zażywania leków w badanych grupach

Figure 1. Number of patients (%) who respond positively (yes) to questions related to use of prescribed medications in study groups



Rycina 2. Stopień przestrzegania zaleceń lekarskich w kwestii zażywania leków u chorych na cukrzycę typu 2 w podeszłym wieku z lub bez objawów depresyjnych

Figure 2. Compliance rate in elderly patients with type 2 diabetes with or without depressive symptoms

Dyskusja

Cukrzyca należy do tych chorób przewlekłych, których leczenie opiera się w dużej mierze na samodzielnym postępowaniu pacjenta. Strategie podejmowane przez zespół terapeutyczny mają na celu wzmacnianie zdolności samostanowienia (*empowerment*) chorych i podjęciu odpowiedzialności za własne życie [9]. W cukrzycy typu 2 podstawowym celem jest nie tylko utrzymanie dobrej kontroli metabolicznej choroby, ale także redukcja nadmiaru i utrzymanie pożądanej masy ciała chorego. W związku z tym niezbędnymi elementami leczenia cukrzycy są: samokontrola glikemii, przy użyciu glukometru oraz regularnego monitorowania stężenia hemoglobiny glikowanej, ścisłe przestrzeganie zaleceń lekarskich dotyczące dawkowania leków doustnych i insuliny, zmiana szeroko pojętego stylu życia uwzględniająca prawidłową dietę i wysiłek fizyczny, leczenie i monitorowanie innych chorób w tym nadciśnienia tętniczego oraz zaburzeń lipidowych. Ogólnie we współczesnej diabetologii obowiązuje zasada daleko posuniętej indywidualizacji celów i intensyfikacji terapii. U każdego chorego na cukrzycę, zwłaszcza cukrzycę typu 2, określając cele i dokonując wyboru strategii terapeutycznej, należy uwzględnić postawę pacjenta i spodziewane zaangażowanie w leczenie (także osób z jego otoczenia), stopień ryzyka wystąpienia hipoglikemii i jej ewentualne konsekwencje

(poważniejsze u osób w starszym wieku, z uszkodzonym układem krążenia i/lub nerwowym), czas trwania cukrzycy, oczekiwaną długość życia, występowanie poważnych powikłań naczyniowych cukrzycy i istotnych chorób towarzyszących, stopień edukacji pacjenta oraz relacje korzyści i ryzyka uzyskania określonych wartości docelowych terapii [9]. Jednym z niezbędnych warunków sukcesu terapeutycznego jest prawidłowe przestrzeganie zaleceń lekarskich (*compliance*).

W naszym badaniu wykazaliśmy, że stopień przestrzegania zaleceń lekarskich w grupie chorych z objawami depresyjnymi jest dramatycznie niski – aż 75% osób przyznało, że zdarzyło im się pominąć zaplanowaną dawkę leku, 70% nie przyjmowało leków o stałych porach, 45% pomijało kolejne dawki leku, kiedy czuli się dobrze, zaś w sytuacji złego samopoczucia 50% nie przyjmowało kolejnej dawki. Choć pacjenci z grupy kontrolnej wypadli zdecydowanie lepiej, to jednak nadal 11,4% osób pomijało zaplanowaną dawkę leku, 17,1% nie przyjmowało leków o stałych porach, 5,7% pomijało kolejne dawki leku, kiedy czuli się dobrze, zaś w sytuacji złego samopoczucia 8,6% nie przyjmowało kolejnej dawki.

W piśmiennictwie niewiele jest danych na temat pacjentów starszych chorych na cukrzycę typu 2 z objawami depresyjnymi. Dostępne badania uwzględniają całą populację chorych na cukrzycę – w nich również

stwierdzono, że stopień przestrzegania zaleceń lekarskich nie jest zadowolający [10-13]. I tak Elsous i wsp. [10] wśród 369 pacjentów z cukrzycą typu 2, leczonych u lekarza pierwszego kontaktu tylko u 58% stwierdzili wysoki stopień współpracy; u 39,5% średni i u 2,5% niski. W innym badaniu przeprowadzonym u 294 chorych na cukrzycę typu 2, wysoki stopień współpracy stwierdzono u 13,3% osób, średni u prawie 56%, a niski u 29,6% [11]. W naszej pracy w całej grupie wysoki stopień współpracy osiągnęło 49,1%; średni – 30,9%, a niski – 20% osób. Różnice między wynikami mogą wynikać z innych przedziałów wiekowych, czynników socjoekonomicznych oraz chorób towarzyszących.

Niewątpliwie wiele czynników ma wpływ na stopień przestrzegania zaleceń lekarskich. W 2010 roku opublikowano raport, w którym szczegółowo omówiono problem współpracy pacjentów w chorobach przewlekłych w populacji polskiej [14]. Autorzy wykazali, że wielu osób przerywało lub modyfikowało zalecane leczenie – najczęściej dotyczyło to liczby i wielkości dawek leku. Jedynie 65% chorych deklaroowało regularne przyjmowanie wszystkich zaleconych dawek, natomiast 25% pacjentów nie stosowało się do zaleceń lekarza i wykorzystywało tylko część opakowania leku lub pomijało niektóre z przepisanych leków. Autorzy wyodrębnili również czynniki, które mogą mieć wpływ na *compliance* takie jak: długi czas trwania choroby (długoletnia choroba – chory uczy się żyć z chorobą, odważniej manipuluje farmakoterapią, mniej obawia się objawów i skutków choroby); wiek, w którym rozpoznano chorobę (u osób starszych trudniej zmienić nawyki, związane z niezdrową dietą oraz brakiem aktywności fizycznej); brak odczuwalnych objawów choroby (poczucie bycia zdrowym wzmacnia tendencje do wypierania lub bagatelizowania choroby); brak odczuwalnych efektów terapii (powoduje to utratę poczucia sensu leczenia); postawa wobec hospitalizacji lub przebyta hospitalizacja; trudny schemat terapeutyczny (zwiększa ryzyko niezrozumienia zaleceń oraz zapominania o przyjmowaniu dawek leków); odczuwalne skutki uboczne stosowanej terapii (mogą powodować odstawienie leków) [14]. Z kolei inni autorzy podkreślają poprawną relację pacjent – lekarz, jako

jeden z najistotniejszych czynników wpływających na stosowanie się chorych do zaleceń. Istotne tutaj znaczenie ma określenie typu osobowości chorego, a współpraca psychologa wydaje się niezbędna w celu osiągnięcia lepszej współpracy [15].

W naszej pracy niewątpliwie negatywnym czynnikiem pogarszającym znacząco stopień przestrzegania zaleceń lekarskich była obecność objawów depresyjnych. Depresja obok otępienia uważana jest za najczęstsze zaburzenie psychiczne wieku podeszłego. Osoby z depresją mają większą trudność w przestrzeganiu właściwej diety, uprawianie regularnego wysiłku fizycznego, przyjmowanie leków według zaleceń lekarza, zaprzestanie palenia papierosów. Taki brak samokontroli skutkować może gorszym wyrównaniem metabolicznym cukrzycy, a tym samym szybszym rozwojem przewlekłych powikłań choroby [16, 17]. Inni autorzy podobnie jak w naszym badaniu stwierdzili, że depresja miała znaczący negatywny wpływ na współpracę pacjenta z lekarzem [18-22].

Podsumowując, w naszym badaniu wykazaliśmy, że stopień przestrzegania zaleceń lekarskich przez chorych na cukrzycę typu 2 w podeszłym wieku nie jest zadowolający. Szczególnie niski stopień współpracy stwierdzono u pacjentów z towarzyszącymi objawami depresyjnymi. Zalecane jest, aby opieka nad starszym chorym na cukrzycę była całościowa i uwzględniała również pomoc psychologiczną. Tylko takie holistyczne podejście do pacjenta umożliwi osiągnięcie pełnego sukcesu terapeutycznego, a także dobrego samopoczucia oraz zaufania chorego.

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Adres do korespondencji:

✉ Małgorzata Górską-Ciebiada
Zakład Propedeutyki Chorób Cywilizacyjnych
Uniwersytet Medyczny w Łodzi
90-251 Łódź; ul. Jaracza 63
☎ (+48 42) 272 59 78
✉ magoca@poczta.onet.pl

Piśmiennictwo

1. Brookhart MA, Patric AR, Dormuth C i wsp. Adherence to lipid-lowering therapy and the use of preventive health services: an investigation of the healthy user effect. *Am J Epidemiol.* 2007;166:348-54.
2. Gaciong Z, Kardas P. Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Warszawa: Naukowa Fundacja Polpharmy; 2015.
3. Gaciong Z, Kuna P. Współpraca lekarza z pacjentem w chorobach przewlekłych – compliance, adherence, persistence. Stan obecny i możliwości poprawy. *Medycyna po Dyplomie.* 2008;3:1-4.
4. Góraska-Ciebiada M, Ciebiada M, Barylski M i wsp. Cukrzyca u osób w wieku podeszłym w świetle nowych wytycznych PTD. *Geriatrics.* 2009;3:147-50.
5. Góraska-Ciebiada M, Saryusz-Wolska M, Ciebiada M i wsp. Objawy depresyjne u chorych na cukrzycę typu 2 w wieku podeszłym. *Geriatrics.* 2015;9:15-21.
6. Nouwen A, Winkley K, Twisk J i wsp. Type 2 diabetes mellitus as a risk factor for the onset of depression: a systematic review and meta-analysis. *Diabetologia.* 2010;53:2480-6.
7. Sweileh WM, Abu-Hadeed HM, Al-Jabi SW i wsp. Prevalence of depression among people with type 2 diabetes mellitus: a cross sectional study in Palestine *BMC Public Health.* 2014;14:163.
8. Yesavage J, Brink T, Rose T. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *J Psych Res.* 1983;7:37-49.
9. Zalecenia PTD Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2017. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. *Diabetol Klin.* 2017;3:Suppl A.
10. Elsous A, Radwan M, Al-Sharif H i wsp. Medications Adherence and Associated Factors among Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in the Gaza Strip, Palestine. *Front Endocrinol (Lausanne).* 2017;8:100.
11. Wang Y, Lee J, Toh MP i wsp. Validity and reliability of a self-reported measure of medication adherence in patients with Type 2 diabetes mellitus in Singapore. *Diabet Med.* 2012;29(9):e338-44.
12. Kumar N, Unnikrishnan B, Thapar R i wsp. Distress and Its Effect on Adherence to Antidiabetic Medications Among Type 2 Diabetes Patients in Coastal South India. *J Nat Sci Biol Med.* 2017;8(2):216-20.
13. Nazir SU, Hassali MA, Saleem F i wsp. Association Between Diabetes-related Knowledge and Medication Adherence: Results from Cross-sectional Analysis. *Altern Ther Health Med.* 2016;22(6):8-13.
14. Polskiego pacjenta portret własny. Raport o przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych przez polskich pacjentów. Fundacja na Rzecz Wspierania Rozwoju Polskiej Farmacji i Medycyny; 2010. s. 1-44.
15. Wróbel M, Szymborska-Kajane A, Strojek K. Przestrzeganie zaleceń lekarskich (compliance) jako element leczenia cukrzycy. *Med Dypł.* 2008;3:13-6.
16. Kinder LS, Kamarck TW, Baum A i wsp. Depressive symptomatology and coronary heart disease in type I diabetes mellitus: a study of possible mechanisms. *Health Psychol.* 2002;21:542-52.
17. Katon WJ, Rutter C, Simon G i wsp. The association of comorbid depression with mortality in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care.* 2005;28:2668-72.
18. Lunghi C, Zongo A, Moisan J i wsp. The impact of incident depression on medication adherence in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Metab.* 2017;16:S1262-3636(17)30476-7.
19. Gentil L, Vasiliadis HM, Berbiche D i wsp. Impact of depression and anxiety disorders on adherence to oral hypoglycemics in older adults with diabetes mellitus in Canada. *Eur J Ageing.* 2016;14(2):111-21.
20. Vega C, Becker RV, Mucha L i wsp. Impact of adherence to antidepressants on healthcare outcomes and costs among patients with type 2 diabetes and comorbid major depressive disorder. *Curr Med Res Opin.* 2017;33(10):1879-89.
21. Lunghi C, Moisan J, Grégoire JP i wsp. The Association between Depression and Medication Nonpersistence in New Users of Antidiabetic Drugs. *Value Health.* 2017;20(6):728-35.
22. Bauer AM, Parker MM, Moffet HH i wsp. Depressive symptoms and adherence to cardiometabolic therapies across phases of treatment among adults with diabetes: the Diabetes Study of Northern California (DISTANCE). *Patient Prefer Adherence.* 2017;11:643-52.