

Współpraca z pacjentem — podstawowy warunek skuteczności terapii w chorobie wieńcowej

Aldona Kubica

Katedra i Zakład Promocji Zdrowia, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Choroby układu sercowo-naczyniowego są jednym z najpoważniejszych problemów współczesnej medycyny. Mimo powszechnej zgodności co do znaczenia profilaktyki, szczególnie u osób z chorobą wieńcową lub obciążonych wieloma czynnikami ryzyka, nadal istnieje luka między obowiązującymi zaleceniami a praktyką zarówno w szpitalach, jak i w lecznictwie otwartym.

W ocenie przeprowadzonej przez Światową Organizację Zdrowia w krajach rozwiniętych zaledwie około 50% pacjentów cierpiących na przewlekłe schorzenia postępuje zgodnie z zaleceniami. Poza wpływem na zdrowie poszczególnych osób nieprzestrzeganie zaleceń przez tak wielu chorych ma poważne konsekwencje społeczne i ekonomiczne.

Dobra współpraca lekarza z chorym jest kluczem do osiągnięcia wspólnego sukcesu terapeutycznego. Dotyczy to szczególnie pacjentów z chorobami przewlekłymi, takimi jak choroba wieńcowa, cukrzyca czy nadciśnienie tętnicze.

Choroby Serca i Naczyń 2009, 6 (3), 131–134

Słowa kluczowe: choroba wieńcowa, współpraca z pacjentem

Choroby układu sercowo-naczyniowego to jeden z najpoważniejszych problemów współczesnej medycyny. Klasyczne czynniki ryzyka związane ze zwiększoną

zapadalnością i śmiertelnością z powodu tych chorób są dość dobrze określone. Ważnym, aczkolwiek relatywnie słabo poznanym, czynnikiem jest nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych mimo stwierdzonego i zdefiniowanego zagrożenia dla zdrowia. Jeśli pacjent nie przyjmuje regularnie leków, oczekiwany na podstawie dużych badań klinicznych efekt terapeutyczny może nie zostać osiągnięty. Na nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych wpływa wiele czynników, w tym: złożoność terapii, częstość przyjmowania leków, czynniki ekonomiczne, niepożądane objawy terapii, przekonanie o konieczności leczenia, szczególnie przy braku objawów klinicznych [1].

W ocenie przeprowadzonej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) w krajach rozwiniętych zaledwie około 50% pacjentów cierpiących na schorzenia przewlekłe postępuje zgodnie z zaleceniami [2]. Poza wpływem na zdrowie poszczególnych osób, nieprzestrzeganie zaleceń przez tak wielu chorych ma poważne konsekwencje społeczne i ekonomiczne [1].

Określenie „przestrzeganie zaleceń” (*compliance*) zazwyczaj dość dobrze odzwierciedla oczekiwania lekarza wobec pacjenta. Taki stosunek między obiema stronami, biorącymi udział w procesie leczenia, zakłada pasywny udział leczonego, polegający wyłącznie na dostosowaniu się do zaleceń leczącego, co — jak wskazuje praktyka — szczególnie w terapii długoterminowej często zawodzi. Chory powinien być w tym procesie także stroną aktywną, a strategia terapeutyczna — wynikiem jego porozumienia z lekarzem. Dlatego preferowanym określeniem jest „trzymanie się planu terapeutycznego” (*adherence*) [1]. Zrozumienie przez chorego sensu działań diagnostycznych i leczniczych sprzyja ich akceptacji i zasadniczo poprawia efektywność leczenia. Niezwykle ważne jest wyrobienie potrzeby podjęcia działań profilaktycznych, obejmujących zarówno zmiany stylu życia (zaprzestanie palenia tytoniu, zmianę nawyków żywieniowych, zwiększenie

Adres do korespondencji:

dr n. med. Aldona Kubica
Katedra i Zakład Promocji Zdrowia
Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
ul. Techników 3, 85–801 Bydgoszcz
e-mail: aldona.kubica@gmail.com

aktywności fizycznej), jak i podjęcie systematycznego, zgodnego z obowiązującymi standardami, leczenia farmakologicznego [3]. Jedynie świadoma, partnerska współpraca obu stron może doprowadzić do zasadniczej zmiany postawy pacjenta, a często także osób z jego najbliższego otoczenia, z biernej (oczekiwania na chorobę z nadzieją, że się nie pojawi) na czynną (świadome działania mające na celu kontrolowanie stanu zdrowia i zapobieganie ewentualnym chorobom) [3–5].

Publikowane w najważniejszych czasopismach zalecenia, oparte na licznych badaniach klinicznych, powinny być podstawą wypracowywania lokalnych standardów postępowania dostosowanych do warunków i możliwości zarówno ośrodka, jak i pacjentów [6]. Wiedza i motywacja chorych są oczywiście kluczowymi warunkami wdrażania i kontynuowania tych działań. Wiele uwagi poświęca się w piśmiennictwie skutecznej edukacji zdrowotnej pacjenta, analizując przyczyny niepowodzeń. Niestety, wydaje się, że jedną z najważniejszych przyczyn porażek terapeutycznych są zaniechania personelu medycznego, a przede wszystkim lekarzy, na których spoczywa odpowiedzialność za koordynowanie procesu leczenia. Mimo powszechnej zgodności dotyczącej znaczenia profilaktyki, szczególnie wśród osób z chorobą wieńcową lub obciążonych wieloma czynnikami ryzyka, nadal istnieje luka między obowiązującymi zaleceniami a praktyką zarówno w szpitalach, jak i w leczeniu otwartym [7].

Pająk i wsp. [8], na podstawie analizy dokumentacji 1051 pacjentów hospitalizowanych wcześniej z powodu ostrego zespołu wieńcowego bądź zabiegu rewaskularyzacji serca, dokonali analizy zgodności stosowanej farmakoterapii i jej efektów z obowiązującymi zaleceniami. Autorzy porównali dwie grupy chorych — z cukrzycą i bez cukrzycy. Inhibitory konwertazy angiotensyny (ACE, *angiotensin-converting enzyme*) zalecono przy wypisie odpowiednio 73,1% i 47,6% badanych ($p < 0,0001$), β -adrenolityki — 54,4% i 66,0% pacjentów ($p < 0,01$), leki hipolipemizujące — 25% i 35,9% chorych ($p < 0,01$). Te dane jednoznacznie wskazują, że większość chorych zarówno z cukrzycą, jak i bez niej już w momencie wypisania ze szpitala nie mogła liczyć na adekwatną profilaktykę wtórną. W obliczu tych wyników nie dziwi fakt, że w czasie kontroli po roku od wypisu w obu grupach wzrósł odsetek osób otyłych [8].

Aby móc analizować, jak pacjenci trzymają się planu terapeutycznego, taki plan, zgodny z obowiązującymi zaleceniami, musi najpierw powstać. W tym celu warto roz-

ważyć zastosowanie systemów kontroli jakości leczenia, co ma szczególne znaczenie dla pacjentów z chorobami przewlekłymi.

W amerykańskim badaniu obejmującym 292 chorych po zawale serca, w którym analizowano zgodność stosowanej farmakoterapii z obowiązującymi zaleceniami, stwierdzono, że odsetek osób przyjmujących podstawowe leki zmniejszające śmiertelność odległą (statyny, β -adrenolityki, inhibitory ACE) malał wraz z upływem czasu i po 3 latach od zawału wynosił odpowiednio 44%, 48% i 43%. Jedynym czynnikiem, który istotnie zmniejszał prawdopodobieństwo odstawienia leków, było uczestnictwo w programie rehabilitacji kardiologicznej [9].

W innej pracy, opublikowanej niedawno przez grupę badaczy kanadyjskich, oceniano wpływ trzymania się przez pacjentów planu terapeutycznego obejmującego stosowanie statyn na występowanie incydentów naczyniowo-mózgowych [10]. Do analizy włączono 112 092 osób bez rozpoznanej choroby układu sercowo-naczyniowego, u których w okresie od 1999 roku do 2004 roku włączono leczenie statyną. Spośród badanych 55% nie trzymało się planu leczenia, jednak wśród tych, którzy przyjmowali statyny, częstość incydentów naczyniowo-mózgowych była znacząco niższa niż u pozostałych (ryzyko względne [RR, *relative risk*]: 0,74; 95% CI, 0,65–0,84). We wniosku autorzy stwierdzili, że należy poprawić trzymanie się przez pacjentów planu terapeutycznego, aby więcej osób mogło skorzystać z ochronnego działania statyn [10].

Coraz liczniejszą grupę stanowią chorzy po przeszłorynych zabiegach interwencyjnych na tętnicach wieńcowych. Relatywnie niewielka inwazyjność tej metody serca oraz zazwyczaj natychmiastowe ustąpienie dolegliwości wieńcowych po zabiegu czynią z nich niezwykle atrakcyjną opcję terapeutyczną zarówno dla lekarza, jak i pacjenta. Ta zaleta angioplastyki może się jednak, paradoksalnie, stać jej wadą. Nie w pełni uświadomieni pacjenci łatwo zapominają o ciągle istniejącym zagrożeniu [11–13]. W australijskim badaniu [12], przeprowadzonym w grupie 234 osób 3 miesiące po przeszłorynej interwencji wieńcowej (PCI, *percutaneous coronary intervention*), aż 42% leczonych uczestników uważało, że zastosowane leczenie całkowicie uwolniło ich od choroby wieńcowej, zmniejszając tym samym motywację do kontynuowania farmakoterapii oraz, często trudnej, modyfikacji czynników ryzyka, na przykład rzucenia palenia czy walki z otyłością. Świadomość pacjentów, że zabieg „w razie czego” można powtórzyć, także nie sprzyja podejmowaniu wysiłków

w zakresie prewencji wtórnej. Dlatego właśnie, jak konkludują autorzy, niezbędna jest skuteczniejsza edukacja zdrowotna chorych po interwencjach wieńcowych [12]. Jednak pytanie, czy poprawa poziomu wiedzy pacjentów przekłada się na praktyczne zmiany stylu życia, nie znajduje jednoznacznej odpowiedzi [13].

Opublikowane wyniki obserwacji [14, 15] wykazały, że nawet intensywne, długofalowe próby wieloczynnikowych zmian stylu życia u osób po zabiegach PCI, po operacjach pomostowania aortalno-wieńcowego (CABG, *coronary artery bypass grafting*) lub po zawale serca mają ograniczoną skuteczność i dotyczą tylko niektórych spośród modyfikowalnych czynników ryzyka. Niemniej jednak nie można zaniechać tych działań, ponieważ nawet niewielkie korzystne zmiany w zakresie czynników ryzyka uzupełnione adekwatną farmakoterapią mogą się przełożyć na znaczące korzyści kliniczne [15]. Warto w tym miejscu podkreślić, że o ile większość autorów zgadza się z poglądem, że bardzo trudno osiągnąć znaczące wieloczynnikowe zmiany stylu życia w większych populacjach osób z chorobą wieńcową [13–16], to zastanawiający jest fakt, że w różnych badanych grupach osiągnano sukcesy bądź ponoszono porażki na innych polach. Z dużym prawdopodobieństwem można przyjąć, że poszczególni badacze w swoich programach edukacyjnych kładli szczególnie nacisk na odmienne czynniki ryzyka.

Greccy badacze [17] skoncentrowali się na ocenie nowej, wypracowanej przez nich, strategii postępowania mającej na celu poprawę trzymania się planu terapeutycznego przez chorych na cukrzycę typu 2. Strategia ta obejmowała edukację lekarzy i pacjentów, dystrybucję zaleceń i broszur edukacyjnych w celu motywowania zarówno lekarzy, jak i pacjentów do osiągania celów terapeutycznych w zakresie różnych czynników ryzyka. Do badania włączono 578 chorych na cukrzycę typu 2, w tym 279 pacjentów bez stwierdzonej choroby wieńcowej. W trakcie półrocznej obserwacji podjęte działania pozwoliły na uzyskanie znaczącej poprawy trzymania się przez pacjentów planu terapeutycznego w zakresie zmian stylu życia i farmakoterapii. To z kolei w grupie osób bez stwierdzonej choroby wieńcowej przełożyło się na 37-procentową redukcję ryzyka rozwoju tej choroby, 44-procentowe obniżenie ryzyka zgonu z powodu choroby wieńcowej, 10-procentowe zmniejszenie ryzyka udaru mózgu i 25-procentową redukcję ryzyka udaru mózgu zakończonego zgonem ($p \leq 0,003$ dla wszystkich parametrów w odniesieniu do wartości wyjściowych). To badanie niewątpliwie dowodzi,

że intensywne działania edukacyjne mogą przynosić wymierne korzyści kliniczne [17].

Ta sama grupa badaczy [18] weryfikowała opisaną wyżej strategię postępowania w grupie 697 chorych z rozpoznaniem nadciśnienia tętniczego. Także wśród tych osób uzyskano poprawę trzymania się planu terapeutycznego obejmującego zmiany stylu życia i farmakoterapię. W efekcie znamienne wzrósł odsetek pacjentów, którzy osiągnęli cel terapeutyczny w zakresie wartości ciśnienia tętniczego. Jak podkreślają autorzy, konieczne są dalsze obserwacje, aby stwierdzić, czy uzyskany przez nich efekt jest trwały [18]. W przytoczonych badaniach [8, 9] wykazano, że zastosowanie prostych metod edukacyjnych może przynosić wymierne efekty kliniczne. Rodzi się jednak pytanie, czy to, co okazało się możliwe w relatywnie małych populacjach, uda się uzyskać w codziennej praktyce. Wcześniejsze badania przeprowadzone w ośrodku autorki [5] wydają się wskazywać na brak skuteczności oddziaływania lekarzy zarówno w szpitalu, jak i w przychodni w zakresie edukacji zdrowotnej. Dobra współpraca lekarza z chorym jest kluczem do osiągnięcia wspólnego sukcesu. Dotyczy to szczególnie osób z chorobami przewlekłymi, takimi jak cukrzyca, nadciśnienie tętnicze czy hipercholesterolemia. W codziennej praktyce obu stron nie zawsze udaje się osiągnąć dobry kontakt, który jest nieodzownym warunkiem współpracy [19]. Niektórzy lekarze mają tendencję do zachowań paternalistycznych, co u chorych może wywoływać lęk. Dość często lekarze starają się przestraszyć pacjenta różnymi zagrożeniami życia i zdrowia, aby wymusić na nim lepsze stosowanie się do zaleceń. Te, zwykle zawodne, metody są w rzeczywistości przejawem bezsilności lekarzy i dowodem na konieczność ich szkolenia w zakresie metod komunikacji.

Jednym z prostych zabiegów skutecznie zwiększających odsetek pacjentów trzymających się planu terapeutycznego jest stosowanie preparatów długodziałających, co umożliwi zmniejszenie częstości przyjmowania leków. W 7 na 9 analizowanych badań klinicznych wykazano, że takie uproszczenie leczenia poprawiało częstość trzymania się planu terapeutycznego o 8–19,6%. Dodatkowo, taka strategia leczenia minimalizuje efekt opóźnienia lub pominięcia pojedynczej dawki leku [20].

Skuteczność działań w zakresie edukacji zdrowotnej bez wątpienia jest ograniczona. Jeszcze trudniej spowodować, aby pacjenci tę wiedzę skutecznie wdrażali w codziennym życiu, czyli trzymali się planu terapeutycznego, jednak nie jest to niemożliwe. Trzeba zatem kontynu-

ować wysiłki mające na celu tworzenie planów terapeutycznych zgodnych z obowiązującymi zaleceniami, a jednocześnie możliwych do realizacji oraz budować motywację zarówno wśród pacjentów, jak i personelu medycznego do osiągnięcia zawartych w tym planie celów terapeutycznych. Niezbędnym warunkiem skuteczności tych działań jest ścisła współpraca obu stron uczestniczących w procesie leczenia.

PIŚMIENNICTWO

- Osterberg L., Blaschke T. Adherence to medication. *N. Engl. J. Med.* 2005; 353: 487–497.
- Sabaté E. (red.). Adherence to long-term therapies: evidence for action. World Health Organization, Geneva 2003.
- Kubica A., Bogdan M., Grzešk G., Krakowska A., Sukiennik A. Radzenie sobie ze stresem we wczesnym okresie po zawale serca. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej* 2005; 2: 95–98.
- Słońska Z. Systemowe uwarunkowania skutecznego zapobiegania chorobie niedokrwiennej serca — wyzwanie dla promocji zdrowia. W: Wrześniewski K., Włodarczyk D. (red.). Choroba niedokrwienno serca. Psychologiczne aspekty leczenia i zapobiegania. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004: 209–236.
- Kubica A., Pufal J., Moczulska B. i wsp. Ocena wiedzy dotyczącej profilaktyki i objawów choroby niedokrwiennej serca u osób hospitalizowanych w klinice kardiologii. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej* 2004; 4: 135–141.
- Davidson M.H., Basile J., Garber A.J., Phillips R.A. Reducing the risk of stroke through appropriate targets and treatments. *Prev. Cardiol.* 2007; 10: 215–221.
- Fonarow G.C. A practical approach to reducing cardiovascular risk factors. *Rev. Cardiovasc. Med.* 2007; 8 (supl. 4): S25–S36.
- Pająk A., Jankowski P., Wolfshaut R., Kawecka-Jaszcz K. Secondary prevention of ischemic heart disease in diabetics in clinical practice. *Pol. Arch. Med. Wewn.* 2004; 112: 1189–1196.
- Shah N.D., Dunlay S.M., Ting H.H. i wsp. Long-term medication adherence after myocardial infarction: experience of a community. *Am. J. Med.* 2009 [w druku].
- Perreault S., Ellia L., Dragomir A. i wsp. Effect of statin adherence on cerebrovascular disease in primary prevention. *Am. J. Med.* 2009; 7: 647–655.
- Kimble L.P. Cognitive appraisal and cardiac risk reduction behavior following coronary angioplasty. *West J. Nurs. Res.* 1998; 20: 733–744.
- Campbell M., Torrance C. Coronary angioplasty: impact on risk factors and patients' understanding of the severity of their condition. *Aust. J. Adv. Nurs.* 2005; 22: 26–31.
- Kubica A., Kochman W., Bogdan M. i wsp. Wpływ przebytych zabiegów angioplastyki wieńcowej oraz hospitalizacji z powodu zawału serca na poziom wiedzy i skuteczność edukacji zdrowotnej u osób z zawałem serca. *Post. Kardiol. Interw.* 2009; 15: 25–30.
- Hofman-Bang C., Lisspers J., Nordlander R. i wsp. Two-year results of a controlled study of residential rehabilitation for patients treated with percutaneous transluminal coronary angioplasty. A randomized study of a multifactorial programme. *Eur. Heart J.* 1999; 20: 1465–1474.
- Niebauer J., Hambrecht R., Velich T. i wsp. Attenuated progression of coronary artery disease after 6 years of multifactorial risk intervention: role of physical exercise. *Circulation* 1997; 96: 2534–2541.
- Lisspers J., Sundin O., Ohman A. i wsp. Long-term effects of lifestyle behavior change in coronary artery disease: effects on recurrent coronary events after percutaneous coronary intervention. *Health Psychol.* 2005; 24: 41–48.
- Athyros V.G., Hatzitolios A., Karagiannis A. i wsp.; for the INDEED Collaborative Group. Initiative for a new diabetes therapeutic approach in a Mediterranean country: the INDEED study. *Curr. Med. Res. Opin.* 2009; 25: 1931–1940.
- Karagiannis A., Hatzitolios A.I., Athyros V.G. i wsp. Implementation of guidelines for the management of arterial hypertension. The impulsion study. *Open. Cardiovasc. Med. J.* 2009; 3: 26–34.
- Ferrieres J., Durack-Bown I., Giral P. i wsp. Patient education and patient at risk. A new approach in cardiology. *Ann. Cardiol. Angeiol.* 2006; 55: 27–31.
- Schroeder K., Fahey T., Ebrahim S. Interventions for improving adherence to treatment in patients with high blood pressure in ambulatory settings. *Cochrane Database Sys. Rev.* 2004: CD004804.