

Jak poprawić stopień przestrzegania zaleceń terapeutycznych i jakość współpracy lekarz–pacjent?

How to improve adherence and quality of patient–physician cooperation

Michał Winnicki¹, Krzysztof Basiński², Anna Szyndler¹, Marzena Chrostowska¹, Krzysztof Narkiewicz¹

¹Klinika Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

²Zakład Badań Nad Jakością Życia Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

STRESZCZENIE

Dobra współpraca lekarza z pacjentem jest bardzo ważnym elementem leczenia, zwłaszcza w przypadku chorób przewlekłych. Dotychczasowe badania prowadzone przez Światową Organizację Zdrowia wskazują, że przeciętnie co drugi chory nie przestrzega prawidłowo zaleceń terapeutycznych. W Polsce odsetek ten jest jeszcze wyższy i w przypadku niektórych chorób sięga ponad 70%. Co ważne, wyniki te opierają się przede wszystkim na deklaracjach pacjentów uzyskanych na postawie kwestionariuszowych narzędzi badawczych, zatem w praktyce odsetek chorych niewspółpracujących w sposób prawidłowy może być jeszcze większy.

Przyczyny tego zjawiska leżą zarówno po stronie pacjentów, jak i pracowników służby zdrowia. Na chorych najbardziej wpływają czynniki psychologiczne oraz społeczno-ekonomiczne. Do tych pierwszych należy zaliczyć przede wszystkim funkcjonowanie poznawcze, satysfakcję z życia, osobowość, poczucie kontroli oraz stan psychiczny. Druga grupa wiąże się przede wszystkim z sytuacją materialną, jednak — jak pokazują cykliczne badania w polskiej populacji — wpływ dochodów na przestrzeganie zaleceń terapeutycznych z roku na rok jest coraz mniejszy. Powody związane z opieką medyczną to przede wszystkim nieprawidłowo-

wa komunikacja z lekarzem i nieangażowanie chorego w ustalanie planu terapii.

Dotychczasowe wyniki badań wskazują, jak istotna dla przestrzegania zaleceń terapeutycznych jest jakość relacji lekarz–pacjent. Pracownicy służby zdrowia powinni poznać chorego i dostosować proces leczenia do jego potrzeb i możliwości. Polepszenie współpracy można osiągnąć, prowadząc dialog motywujący i angażując chorego w ustalanie planu terapii.

Choroby Serca i Naczyń 2016, 13 (3), 194–202

Słowa kluczowe: przestrzeganie zaleceń terapeutycznych, choroby przewlekłe, współpraca, dialog motywujący

ABSTRACT

Good cooperation between patient and physician is a very important part of treatment, especially in the case of chronic diseases. Previous studies conducted by the World Health Organization show that, on average, every second patient doesn't follow therapeutic recommendations. In Poland, this percentage is even higher, and in the case of some diseases exceeds 70%. Importantly, these results are based primarily on patient statements, obtained by using questionnaire

Adres do korespondencji:

mgr Michał Winnicki
Klinika Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii
Gdański Uniwersytet Medyczny
ul. Dębinki 7, 80–952 Gdańsk
tel. 58 349 25 03
e-mail: michal.winnicki@gumed.edu.pl

reviews, so in practice, the percentage of not properly cooperating patients may be even larger.

The reasons for this phenomenon lie both on the patients and health care professionals side. The greatest impact on patients health behavior have psychological and socio-economic factors. First group includes primarily cognitive function, life satisfaction, personality, sense of control and mental state. The second group is associated mainly with the material status, but as the cyclic surveys on the Polish population show, the impact of income on treatment adherence from year to year is becoming smaller. Causes related with Health Service concern invalid communication between do-

ctor and patient as well as lack of patient's involvement in setting plan of therapy.

Previous studies indicate how important is the quality of the relationship between physician and patient. Healthcare professionals should recognize patient's needs and possibilities and fit treatment process to them. Better cooperation can be achieved by guiding motivation dialogue and patient's engagement in therapy plan determination.

Choroby Serca i Naczyń 2016, 13 (3), 194–202

Key words: *adherence, chronic diseases, cooperation, motivation dialogue, compliance*

WPROWADZENIE

Idealny model współpracy pacjenta z lekarzem jest bardzo prosty — pacjent źle się czuje, więc idzie do lekarza, który go bada, diagnozuje i wybiera odpowiednią terapię, do której chory w pełni się stosuje i po odpowiednim czasie zdrowieje. Zyskują obie strony, bo pacjent powraca do zdrowia, a lekarz ma satysfakcję z dobrze wykonanej pracy. Czy jednak taki wzorcowy model funkcjonuje w rzeczywistości? W niektórych przypadkach na pewno tak, ale wiele badań wskazuje, że na co dzień relacja lekarz–pacjent jest dużo bardziej skomplikowana.

Lekarze często nie są tego świadomi, ale okazuje się, że pacjenci bardzo często nie przestrzegają zaleceń terapeutycznych. Nie powinno to być zaskoczeniem, gdyż problem ten poruszano już ponad pół wieku temu [1]. Zależnie od choroby odsetek takich osób dochodzi nawet do 60%. Wynik ten może być jeszcze wyższy w zależności od metody pomiaru poziomu „współpracy”, a także sposobu definiowania tego zjawiska. Dlaczego tak się dzieje? Na to pytanie nie ma jednoznacznej

odpowiedzi. Należy zwrócić uwagę przede wszystkim na czynniki psychologiczne, sytuację socjoekonomiczną oraz stan zdrowia pacjenta. Nie bez znaczenia pozostaje także podejście lekarza, które powinno być dostosowane do potrzeb i możliwości chorego. Często zapomina się o tym, że odpowiedzialność za przestrzeganie zaleceń terapeutycznych leży zarówno po stronie chorego, jak i lekarza. W tym kontekście bardzo istotne jest edukowanie pracowników służby zdrowia w zakresie skutecznej komunikacji i motywowania swoich pacjentów do realizowania terapii [2].

DEFINICJA PRZESTRZEGANIA ZALECEŃ TERAPEUTYCZNYCH

Stosowane najczęściej w języku polskim określenie „przestrzeganie zaleceń terapeutycznych” jest bardzo obszerne i odnosi się do wielu aspektów procesu terapeutycznego. Dotyczy przyjmowania przepisanych przez lekarza leków w odpowiednich ilościach, przestrzegania diety, wykonywania zalecanych ćwiczeń, a także unikania szkodliwych substancji i niejednokrotnie zmianę

niezdrowych nawyków. Określenie to zatem z jednej strony wiąże się z medycznymi i farmakologicznymi aspektami leczenia, a z drugiej łączy się ze zmianą dotychczasowego stylu życia.

W literaturze anglojęzycznej natomiast można się spotkać z kilkoma różnymi określeniami: *compliance, adherence, persistance, concordance* [3]. Pojawiający się najczęściej termin *adherence* jest najbardziej zbliżony znaczeniowo do polskiego „przestrzegania zaleceń terapeutycznych” i obejmuje zarówno medyczne, jak i pozamedyczne postanowienia dotyczące planu leczenia. Ze względu na wiele czynników wpływających na *adherence* często trudno jest jednoznacznie określić jej stopień. Z kolei *compliance* dotyczy przede wszystkim przestrzegania wskazań lekarza dotyczących przyjmowania przepisanych leków. Inaczej rzecz ujmując, im mniej dawek leku pacjent pominie, tym lepsze *compliance*. Można zauważyć, że w niektórych pracach naukowych określenia *adherence* i *compliance* stosuje się zamiennie, jako jednoznaczne [4]. *Persistance* rozumie się jako

wytrwałość pacjenta w leczeniu. Jest to szczególnie ważne w odniesieniu do chorób przewlekłych, w których proces terapeutyczny może trwać latami, a nawet do końca życia. Natomiast termin *concordance* odnosi się do relacji między lekarzem i pacjentem. W myśl tego pojęcia zakłada się, że obie strony są aktywne, dyskutują ze sobą i zgodnie dochodzą do porozumienia na temat przebiegu leczenia. Pacjent lepiej rozumiejący sens działań diagnostycznych i leczniczych będzie miał większą motywację do przestrzegania planu terapii (który częściowo sam opracowywał) [5].

Pojęcia te są ze sobą powiązane, jednak wydaje się, że najlepiej korzystać z terminu *adherence*, ponieważ jest najogólniejszy i umożliwia globalne spojrzenie na proces leczenia oraz uwidacznia znaczenie obustronnej współpracy. Jednak, bez względu na to, jakiego terminu się używa, pozostaje ważne, by pracownicy służby zdrowia odchodzili od dyrektywnego stylu kontaktu z pacjentem. Skuteczna komunikacja, aktywny udział leczonego i partnerska relacja z lekarzem są bardzo istotne, zwłaszcza w terapii długoterminowej.

SKALA ZJAWISKA

Kiedy można stwierdzić, że pacjent realizuje wskazania terapeutyczne? Zgodnie z obiektywnym kryterium przestrzegania zaleceń zakłada się przyjęcie co najmniej 80% zalecanych dawek leków. Okazuje się jednak, że w przypadku chorób przewlekłych poziom ten wynosi zaledwie 50% [6]. Oznacza to, że co drugi pacjent nie leczy się prawidłowo. Sytuacja wygląda trochę lepiej w krótkotrwałym leczeniu antybiotykami — „tylko” 38% osób nie stosuje się do zaleceń. Należy za-

uważyć, że polscy pacjenci prezentują się gorzej na tle innych nacji. W terapii nadciśnienia tętniczego średnia nieprzestrzegania zaleceń w krajach europejskich wyniosła 44%, tymczasem w Polsce oscyluje w granicach 60% [7], a niektóre badania wskazują, że odsetek ten może dochodzić nawet do 70% [8]. Choć nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych intuicyjnie kojarzy się z pomijaniem dawek leków, to zdarza się również, że pacjenci przyjmują zbyt duże dawki, licząc na szybszy i wyraźniejszy efekt [9].

Dobra współpraca między pacjentem i lekarzem jest bardzo ważna, szczególnie w leczeniu przewlekłym. Według różnych badań przestrzeganie zaleceń lekarza słabnie z czasem trwania terapii, co świadczy o słabym poziomie wytrwałości (*persistance*). Początkowo odsetek pacjentów przyjmujących leki jest wysoki. Jednak już w 2. miesiącu ponad 25% chorych rezygnuje z leczenia lub bez konsultacji ze specjalistą modyfikuje założenia terapii (np. zmniejszając dawkę leku lub powracając do negatywnych nawyków). Po 6 miesiącach leczenie kontynuuje już mniej niż połowa pacjentów. Dotyczy to zarówno osób z chorobami układu sercowo-naczyniowego, jak i cukrzycą czy dyslipidemią [10]. W kolejnych miesiącach nie obserwuje się już tak gwałtownego spadku przestrzegania zaleceń. W przypadku schorzeń dróg oddechowych, a także zdiagnozowanej depresji po roku leczenie podtrzymuje mniej niż 20% pacjentów [11]. Podobną zależność można zaobserwować w przypadku liczby przyjmowanych leków. Z badań wynika, że im więcej tabletek dziennie przyjmuje chory, tym słabszy współczynnik realizacji zaleceń [12].

Lekarzom bardzo często trudno jest znaleźć wśród swoich pacjentów osoby niepostępujące według ustalonych zaleceń. Szczególnie wpływa na to zjawisko nazywane *white coat compliance*, oznaczające przestrzeganie zaleceń przed wizytą u lekarza. Pacjent, wiedząc o zbliżającej się wizycie u specjalisty, może przez kilka poprzedzających ją dni przyjmować zwiększoną dawkę przepisanych leków. W rezultacie wynik ewentualnych testów na zawartość danej substancji w organizmie będzie zbliżony do uzyskanego przez pacjenta przyjmującego leki regularnie przez cały okres terapii [13]. Prawdopodobnie wynika to z chęci uniknięcia negatywnych emocji (np. wstydu) w konfrontacji z lekarzem i uzyskania w ich miejsce jego aprobaty. W takim przypadku wykazanie, czy pacjent faktycznie przestrzega zaleceń, jest trudne i wymaga bardziej czasochłonnej i droższych badań niż zwykła analiza krwi lub moczu.

KONSEKWENCJE

Następstwa nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych są łatwe do przewidzenia. Im słabiej pacjent współpracuje, tym mniejsza skuteczność leczenia [14]. Pacjent postępujący niezgodnie z planem terapeutycznym naraża się zatem na pogorszenie stanu zdrowia, co zależnie od danej sytuacji medycznej może mieć różne konsekwencje. Najpoważniejszym i najbardziej tragicznym skutkiem może być przedwczesny zgon. Oczywiście w większości przypadków nie jest to rezultat natychmiastowy, jednak w badaniach potwierdzono, że wraz ze spadkiem poziomu przestrzegania zaleceń wzrasta prawdopodobieństwo śmierci chorego [15, 16].

Pogorszenie się stanu zdrowia zmusza chorego do ponownego udania się do specjalisty, wykonania kolejnych badań oraz kupienia dodatkowych leków. Wiąże się to ze stratą czasu, ale przede wszystkim generuje niepotrzebne koszty finansowe. Z ekonomicznego punktu widzenia w takiej sytuacji tracą wszystkie zaangażowane strony. Dłuższa niedyspozycja zdrowotna chorego, a w konsekwencji hospitalizacja może się wiązać z utratą zdolności produkcyjnych, co z kolei zmniejsza operatywność jego pracodawcy. Traci również system opieki zdrowotnej. Szacuje się, że wydatki wynikające z konsekwencji nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych w Polsce wynoszą około 6 mld PLN/rok [17, 18].

METODY POMIARU

Jak już wcześniej wspomniano, dużo trudności sprawia rzetelny i obiektywny pomiar rzeczywistego poziomu przestrzegania zaleceń. Większość narzędzi pomiarowych wykorzystywanych w badaniach naukowych ma formę ankiety. Listę najbardziej popularnych kwestionariuszy podano w tabeli 1 [19, 20]. Testy o wyższym współczynniku α Cronbacha charakteryzują się większą rzetelnością w ocenie stopnia prze-

strzegania zaleceń terapeutycznych, jednak podstawą ich wyniku są tylko i wyłącznie informacje od pacjenta. Z tego powodu przedstawione wcześniej dane dotyczące poziomu przestrzegania wskazań lekarskich mogą nie do końca odzwierciedlać faktyczną skalę problemu. Wielu chorych mogło podać fałszywe informacje podczas wypełniania kwestionariusza i nie przyznać się do nieprzyjmowania leków.

Na uwagę zasługuje ostatni na liście, a jednocześnie najnowszy (opublikowany niecały rok temu), kwestionariusz *Probabilistic Medication Adherence Scale* (ProMAS) [20]. W przeciwieństwie do innych narzędzi tego typu, korzystających z klasycznej teorii testów, podstawą ProMAS jest psychometryczny model Rascha [21]. Każde pytanie w ankiecie ma swoją wagę, dzięki czemu ostateczny wynik badania jest „wrażliwszy” na osoby, które przestrzegają zaleceń w „średnim” stopniu. Niestety, do tej pory nie przeprowadzono wielu badań metodą ProMAS, dlatego nie można jeszcze stwierdzić jej faktycznej użyteczności.

Lekarz, chcąc sprawdzić, czy pacjent przyjmuje leki, może zlecić badania laboratoryjne. Analiza próbki krwi lub moczu jest stosunkowo szybka oraz tania i ukazuje stężenie

danego leku w organizmie chorego. Jednak, jak już wcześniej wspomniano, pacjent może się „przygotować” na taką okoliczność, przyjmując większe dawki leku tuż przed wizytą. Bardzo prawdopodobne, że w niedalekiej przyszłości pracownicy służby zdrowia będą dysponowali efektywniejszymi i skuteczniejszymi narzędziami do oceny przestrzegania zaleceń niż dotychczas. Za pomocą badań metabolomicznych będzie możliwe wykazanie stężenia konkretnego leku w organizmie pacjenta przez kilka ostatnich tygodni, na podstawie odpowiednich biomarkerów [22]. Dzięki temu lekarz będzie miał pełny obraz przyjmowania leku przez badanego w tym okresie.

PRZYCZYNY NIEPRZESTRZEGANIA ZALECEŃ TERAPEUTYCZNYCH

Wielu pracownikom służby zdrowia wydaje się, że wina za nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych leży po stronie pacjenta [23]. Odpowiedzialność za poziom współpracy z chorym leży również po stronie lekarza oraz innych pracowników medycznych, a także farmaceutów. W najbardziej ogólnej klasyfikacji czynników wpływających na realizację zaleceń dzieli się je na leżące po stronie pacjenta oraz wynikające z funkcjonowania służby zdrowia.

Zachowanie chorego warunkują przede wszystkim czynniki psychologiczne oraz socjoekonomiczne. Wśród przyczyn o podłożu psychologicznym należy wymienić: funkcjonowanie poznawcze, satysfakcję z życia, osobowość, poczucie kontroli oraz stan psychiczny. Pogorszenie funkcji poznawczych w sposób oczywisty wpływa na przestrzeganie wytycznych terapeutycznych. Dotyczy to w głównej mierze osób starszych.

Tabela 1. Najpopularniejsze metody kwestionariuszowe do badania przestrzegania zaleceń terapeutycznych przez pacjentów (na podstawie [19, 20])

Narzędzie badawcze	α Cronbacha
<i>Medication Adherence Questionnaire (MAQ)</i>	0,61
<i>Self-efficacy for Appropriate Medication Use (SEAMS)</i>	0,82–0,89
<i>Brief Medication Questionnaire (BMQ)</i>	0,66
<i>The Hill-Bone Compliance Scale</i>	0,72–0,84
<i>The Medication Adherence Rating Scale (MARS)</i>	0,60–0,75
<i>Adherence to Refills and Medication Scale (ARMS)</i>	0,81
<i>Scale for measurement adherence to medication applied in Zagreb, Croatia</i>	0,89
<i>Probabilistic Medication Adherence Scale (ProMAS)</i>	0,89

Pracownik służby zdrowia powinien mieć na uwadze fakt, że pacjenci w podeszłym wieku mają problemy z pamięcią, przez co mogą pomijać ustalone dawki leków. Pacjenci z upośledzeniem funkcji poznawczych mogą mieć również problemy ze zrozumieniem informacji przekazywanych przez lekarza na temat choroby i leczenia [24]. Szybką diagnozę podstawowych funkcji poznawczych umożliwiają proste narzędzia psychologiczne, takie jak *Skala Oceny Aktywności Poznawczej (Mini-Mental)* lub nowsza *Montrealaska Skala Oceny Funkcji Poznawczych (MoCa)*.

Na satysfakcję z życia wpływają różne czynniki. Również poszczególne osoby mogą mieć odmienną hierarchię wartości i norm. Niewątpliwie istotną rolę w tym kontekście odgrywa wsparcie społeczne. Według różnych badań chorzy wspierani przez bliskie osoby lepiej współpracują podczas leczenia i w większym stopniu realizują zalecenia terapeutyczne. Pracownicy służby zdrowia podczas wywiadu z pacjentem mogą zidentyfikować osoby samotne, pozbawione wsparcia bliskich. Również w tym przypadku najczęściej są to osoby starsze [25].

Wydaje się, że pewne cechy osobowości, takie jak ugodowość oraz sumienność, mogą wpływać na realizację zaleceń lekarza [26]. Na pewno osoby o takim usposobieniu chętniej współpracują podczas ustalania planu terapii i bardziej skrupulatnie realizują jego punkty (np. rzadziej zapominają o przyjmowaniu leku, wykonywaniu ćwiczeń itp.). Również osoby charakteryzujące się optymistycznym podejściem do życia są bardziej nastawione na zachowania prozdrowotne [27]. Mimo że optymizm jest względnie stałą cechą osobowości człowieka, to pod-

czas choroby, zwłaszcza długotrwałej, jego poziom może się obniżyć. W tym kontekście ważnym zadaniem pracowników służby zdrowia jest wzmacnianie zasobów pozytywnej energii u chorych.

Umiejscowienie kontroli może być wewnętrzne lub zewnętrzne. Należy przez to rozumieć, że człowiek odbiera spotykające go w życiu zdarzenia jako konsekwencje własnych działań (wewnętrzna) lub wynikające z działania otoczenia [28]. Analogicznie pacjent może uważać, że jego zdrowie to wynik własnej aktywności (ćwiczenia, dieta itp.) albo rezultat realizowania poleceń innych osób (np. lekarza, farmaceuty). W tym kontekście zewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia bardziej sprzyja przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych [29].

Istotny wpływ na funkcjonowanie człowieka, w tym także przestrzeganie zaleceń terapeutycznych, ma stan psychiczny. Zaburzenia depresyjne, według badań Światowej Organizacji Zdrowia, dotyczą co 10. mieszkańca globu [30]. Są częste u chorych przewlekle i w dużym stopniu zmieniają funkcjonowanie chorego. Na depresję są szczególnie narażone osoby po 50. roku życia, w związku ze zmieniającą się sytuacją życiową i pogarszającym się zdrowiem. Przejście na emeryturę, syndrom „pustego gniazda” i samotność związana z utratą bliskich osób może prowadzić do depresji, a przez to do braku chęci współpracy w kontakcie ze służbą zdrowia i nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych [31]. Lekarze oraz inny personel medyczny ma możliwość rozpoznania objawów depresji za pomocą prostych narzędzi badawczych, na przykład Skali Depresji Becka czy skali HADS (*The Hospital Anxiety and*

Depression Scale), która jest przystępniejsza dla pacjentów i służy również do pomiaru ogólnego poziomu lęku [32]. Należy pamiętać, że zaburzenia psychiczne nie tylko mogą współwystępować z chorobami somatycznymi, ale także je implikować [33–35].

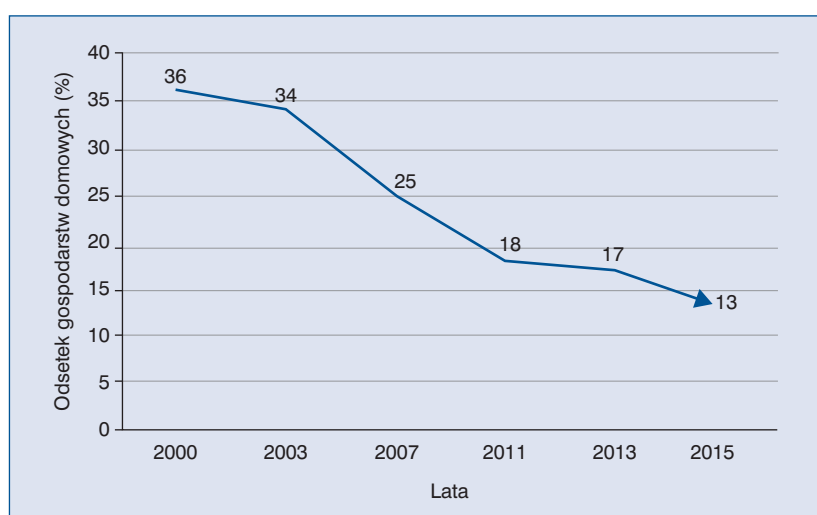
Sytuacja socjoekonomiczna pacjenta może mieć duży wpływ na przestrzeganie planu terapeutycznego, szczególnie w wybranych grupach społecznych (tab. 2). Jak obrazuje rycina 1, wśród Polaków wpływ ten z roku na rok jest coraz słabszy [36]. Wysoki koszt leków, zwłaszcza w długotrwałym leczeniu, w połączeniu z niskimi dochodami w wielu przypadkach skutkuje tym, że chory terapii nie rozpoczyna lub szybko ją przerywa. Dotyczy to zwłaszcza chorób przewlekłych, niedających odczuwalnych i uciążliwych dla pacjenta objawów, takich jak nadciśnienie tętnicze czy dyslipidemia [37]. Paradoksalnie może dochodzić do sytuacji, w której choremu zależy na tym, aby się nie wyleczyć. Wydaje się to absurdalne, lecz dzieje się tak ze względu na świadczenia socjalne przyznawane choremu.

Jak już wcześniej wspomniano, pracownicy służby zdrowia muszą zdawać sobie sprawę, że odpowiedzialność za realizację przez pacjenta zaleceń terapeutycznych leży również po ich stronie. Pomijając czynniki wynikające z funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej (kolejki do gabinetu, długi czas oczekiwania na wizytę specjalisty itp.), szczególnie ważna jest jakość relacji oraz komunikacji między chorym a lekarzem czy pielęgniarką. Brak zaufania, pozytywnych wzmocnień oraz współodpowiedzialności za leczenie demotywuują pacjenta, zniechęcają go do realizacji zaleceń terapeutycznych [38]. Pacjenci chorzy przewle-

Tabela 2. Grupy społeczne najczęściej rezygnujące z zakupu leków (choć ich potrzebowały) z powodu trudności finansowych (% osób z danej grupy, które zrezygnowały); dane z populacji polskiej (opracowanie własne na podstawie [36])

Grupa społeczna	2011	2013	2015
Emeryci	23	21	16,8
Renciści	38,1	39,8	33,3
Rodziny niepełne	26,5	24,5	23,9
Małżeństwa z ≥ 3 dzieci	23,8	24,7	23,9
Osoby mieszkające samotnie	25,9	26	20,1
Osoby najuboższe*	41,6	40,1	34,6
Średnia w populacji	17,9	16,9	13,4

*Dochód ekwiwalentny gospodarstwa < 1139 PLN



Rycina 1. Odsetek gospodarstw domowych w Polsce zmuszonych do rezygnacji z kupienia leków ze względów finansowych, mimo że ich potrzebowały (opracowanie własne na podstawie [36])

kle (np. na nadciśnienie tętnicze) często nie mają odpowiedniej wiedzy na temat choroby i sądzą, że leczenie jest zbędne [39]. Umiejętność komunikowania się lekarza z pacjentem jest zatem fundamentem dobrej diagnozy, leczenia, a także długotrwałej współpracy w leczeniu chorób przewlekłych.

METODY ZAPOBIEGANIA

Przyczyn nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych jest wiele, podobnie jak sposobów radzenia sobie z tym zjawiskiem. W celu zwiększenia prawdopodobieństwa zakończe-

nia leczenia sukcesem lekarze oraz inni pracownicy służby zdrowia powinni różnymi dostępnymi drogami motywować pacjenta do postępowania według ustalonego wspólnie planu. Jak już wspomniano, chory powinien być aktywnym uczestnikiem rozmowy, traktowanym po partnersku [40]. Lekarz musi zrozumieć swojego pacjenta i zdobyć jego zaufanie. W ten sposób najlepiej pozna, w jaki sposób skutecznie do niego dotrzeć. Niektórzy chorzy mogą preferować dyrektywny styl komunikacji i narzucone z góry instrukcje postępowania, natomiast inni wolą

brać czynny udział w ustalaniu odpowiedniej terapii [41]. Niczego nie można zakładać *a priori*.

Bardzo ważne jest udzielanie dokładnych informacji na temat choroby prostym i zrozumiałym językiem. Pacjent powinien znać stan swojego organizmu i posiadać podstawową wiedzę o wpływie przepisanych przez specjalistę środków farmakologicznych na jego funkcjonowanie i samopoczucie [42]. Jest to szczególnie istotne w przypadku chorób przewlekłych, przez długi czas niedających odczuwalnych objawów. Wielu pacjentów ze zdiagnozowanym nadciśnieniem tętniczym, dyslipidemią czy cukrzycą przerywa leczenie w momencie normalizacji parametrów, uznając, że przepisane leki nie są już potrzebne.

Na ogół pacjenci nie przyznają się do niestosowania się do zaleceń terapeutycznych, wprowadzając pracowników medycznych w błąd. Jeśli pacjent potwierdzi, że nie realizował ustalonego planu leczenia lub lekarz sam dojdzie do takiego wniosku, warto poznać przyczynę tej sytuacji. Wpływ opisanych wcześniej czynników psychologicznych oraz bariery wynikające z sytuacji socjoekonomicznej są możliwe do pokonania. Lekarz ma możliwość wyboru najkorzystniejszej dla pacjenta formy terapii.

Połączenie wiedzy farmaceutycznej i technologii informacyjnych skutkuje pojawieniem się na rynku wielu nowatorskich rozwiązań wspierających pacjentów mających trudności z pamiętaniem o przyjmowaniu danej dawki leku o określonej porze. Są to różnego typu inteligentne opakowania oraz aplikacje mobilne, które przypominają choremu o zażyciu leku. Elektroniczne blistry mają tę zaletę, że monitorują i zapisują

godzinę wyjęcia dawki leku, dając lekarzowi możliwość (w założeniu) weryfikacji poziomu przestrzegania zaleceń przez chorego [43]. Nie są to jednak urządzenia tanie i łatwo dostępne, a ich skuteczność nie jest adekwatna do ceny. Istnieją tańsze i prostsze „przypominacze”, takie jak specjalne kasetki na leki czy budziki elektroniczne, które ma każdy telefon komórkowy [44].

Należy pamiętać, że poziom przestrzegania zaleceń zmniejsza się wraz z liczbą przyjmowanych leków. W tym przypadku dobrym rozwiązaniem jest ograniczanie liczby przepisywanych farmaceutyków oraz stosowanie leków łączonych [45]. Zmniejszenie liczby leków może (paradoksalnie) sprawić, że skuteczność leczenia się zwiększy, ponieważ pacjent będzie lepiej współpracował. Obniżą się także koszty związane z zakupami w aptece. Okazuje się, że ważna jest też pora przyjmowania leku, ponieważ — jak wskazują badania — pacjenci najlepiej przestrzegają zaleceń w godzinach porannych. Ponadto lekarze powinni unikać farmaceutyków powodujących częste i przykre objawy niepożądane. Natomiast, wypisując recepty dla pacjentów starszych i uboższych, trzeba pamiętać o tańszych zamiennikach w postaci leków generycznych [46].

W leczenie warto angażować także rodzinę pacjenta lub inne ważne dla niego osoby. Świadomość wsparcia społecznego ze strony osób bliskich zwiększa motywację do przestrzegania zaleceń terapeutycznych, co udowodniono naukowo [47]. Jest oczywiste, że lekarz ma ograniczony czas dla każdego chorego, dlatego w przypadku pacjentów samotnych, przygnębionych, pesymistycznie nastawionych do procesu leczenia war-

to skorzystać z pomocy psychologa lub psychiatry.

MOTYWACJA DO ZMIANY ZACHOWANIA

Powodzenie procesu terapeutycznego w dużym stopniu zależy od motywacji pacjenta do postępowania według planu terapii. Leczenie bardzo często wiąże się nie tylko z przyjmowaniem leków, ale również ze zmianą stylu życia i rezygnacją z negatywnych nawyków. Im więcej pacjent musi dokonać zmian w swoim zachowaniu, tym ten proces jest trudniejszy, a motywacja słabsza [48]. Dzieje się tak nawet wtedy, gdy pacjent zdaje sobie sprawę, że jego zdrowie jest zagrożone. Skuteczne motywowanie do podjęcia i kontynuowania leczenia jest zatem ważnym zadaniem wszystkich pracowników służby zdrowia.

Długotrwała zmiana niepożądanego zachowania jest dużo bardziej prawdopodobna, kiedy decyzja o jej podjęciu jest wyborem pacjenta (motywacja wewnętrzna), niż gdy narzuca ją inna osoba (motywacja zewnętrzna). Przy podejmowaniu każdej ważnej życiowej decyzji człowiekowi towarzyszy poczucie niepewności. Z tego powodu wielu przewlekle chorych przejawia postawę ambiwalentną, stawiając na jednej szali korzyści wynikające z kontynuacji dotychczasowego stylu życia, a na drugiej — straty związane z ryzykiem nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych [49]. Rolą lekarza lub innego pracownika służby zdrowia w takiej sytuacji jest wytłumaczenie pacjentowi, że przyjmowanie leków i zmiana dotychczasowego zachowania jest dla niego korzystna i pozytywnie wpłynie na jakość życia. W kolejnych etapach powinno się podtrzymywać motywację do leczenia.

Komunikacja z chorym powinna mieć formę dialogu motywującego. Zamiast mówić o negatywnych konsekwencjach nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych, lepiej jest pokazywać pacjentowi zyski wynikające z rozpoczęcia i kontynuowania leczenia [50]. Wytyczając kierunki terapii trzeba stawiać przed pacjentem zadania możliwe do wykonania. Podczas wizyt kontrolnych należy zwracać uwagę na pozytywne zmiany, jakie zaszły w stylu życia i zachowaniu pacjenta, i nagradzać je, nawet jeżeli są to relatywnie małe modyfikacje [51]. W tym przypadku gratyfikacją może być zwykła pochwała i docenienie zaangażowania w proces terapeutyczny.

Choroba przewlekła bardzo często wiąże się z obciążeniem psychicznym. Ponadto niektóre farmaceutyki mogą wywoływać mniej lub bardziej nasilone działania niepożądane. Dlatego zupełnie naturalnym elementami procesu terapeutycznego mogą być opór, zwątpienie i chęć rezygnacji z leczenia. W trudnych dla pacjenta momentach terapii lekarz nie powinien się skupiać na negatywach, ale wspierać chorego i rozmawiać o jego wątpliwościach oraz obawach [52]. W niektórych przypadkach można, a nawet powinno się, poprosić o pomoc psychologa.

PODSUMOWANIE

Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych jest poważnym problemem, z którym w praktyce zawodowej styka się coraz więcej lekarzy i innych pracowników systemu opieki zdrowotnej. Nasilenie tego zjawiska można zaobserwować zwłaszcza w przypadku chorób przewlekłych, takich jak nadciśnienie tętnicze, dyslipidemia czy cukrzyca — według różnych badań nieprawi-

dłowo leczy się około połowa pacjentów z tymi chorobami. Jest to o tyle niebezpieczne, że konsekwencją tych schorzeń (gdy nie są leczone) w wielu przypadkach są powikłania sercowo-naczyniowe.

Pracownikom służby zdrowia trudno jest zweryfikować faktyczny, obiektywny poziom przestrzegania zaleceń przez pacjenta, ponieważ przeznaczone do tego celu narzędzia nie są pozbawione wad. Należy pamiętać, że odpowiedzialność za nieprzestrzeganie planu terapii leży nie tylko po stronie chorego. Na pacjenta najbardziej wpływają czynniki psychologiczne oraz socjoekonomiczne. Natomiast najczęściej popełnianymi błędami przez lekarzy są zły styl komunikowania się oraz dyrektywne narzucanie rozwiązań.

Bardzo ważnym elementem procesu terapeutycznego jest jakość współpracy między lekarzem i pacjentem. Skuteczna komunikacja, zrozumienie chorego i zaangażowanie go w ustalanie planu leczenia to bardzo ważne czynniki wzmacniające relację partnerstwa i zwiększające skuteczność terapii. Wydaje się, że najlepszym i najbardziej empatycznym stylem rozmowy jest dialog motywujący, podczas którego pracownik służby zdrowia dowartościowuje i wspiera poczucie własnej sprawczości pacjenta.

PIŚMIENICTWO

- Davies M.S. Physiologic, psychological and demographic factors in patient compliance with doctors' orders. *Medical Care* 1968; 2: 115–122.
- Matschay A., Turostowska R. Ocena jakości współpracy lekarza i pacjenta w leczeniu nadciśnienia tętniczego wśród populacji kobiet i mężczyzn. *Now. Lek.* 2013; 4: 294–302.
- Kubica A., Grzešek G., Sinkiewicz W. i wsp. Compliance, concordance, adherence w przewlekłej terapii. *Folia Cardiol. Excerpta* 2010; 2: 54–57.
- Kardas P. Rozpowszechnianie i następstwa nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych. W: Gaciong Z., Kardas P. (red.). Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Naukowa Fundacja Polpharmy, Warszawa 2015: 25–34.
- Hill M.N., Miller N.H., DeGeest S. Adherence and persistence with taking medication to control high blood pressure. *J. Am. Soc. Hypertens.* 2011; 5: 56–63.
- Sabate E. (red.). Adherence to long-term therapies: evidence for action. World Health Organization, Geneva 2003.
- Morisson V.L., Holmes E.A., Parven S. i wsp. Predictors of self-reported adherence to antihypertensive medicines: a multinational, cross-sectional survey. *Value Health* 2015; 18: 206–216.
- Pudło H., Gabłońska A., Respondek M. Stosowanie się do zaleceń lekarskich wśród pacjentów dotkniętych chorobami układu krążenia. *Piel. Zdr. Publ.* 2012; 3: 193–200.
- Wawrzyniak A., Horst-Sikorska W. Motywacja pacjenta a przestrzeganie zasad terapii w chorobach przewlekłych. *Forum Med. Rodz.* 2008; 6: 420–423.
- The World health report 2003: shaping the future. World Health Organization, Geneva 2003.
- Kardas P. Przyczyny nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych. W: Gaciong Z., Kardas P. (red.). Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Naukowa Fundacja Polpharmy, Warszawa 2015: 35–44.
- Claxton A.J., Cramer J., Pierce C. A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. *Clin. Ther.* 2001; 23: 1296–1310.
- Burnier M., Wuerzner G., Struijker-Boudier H., Urquhart J. Measuring, analyzing, and managing drug adherence in resistant hypertension. *Hypertension* 2013; 62: 218–225.
- Hughes D.A., Bagust A., Haycox A. i wsp. The impact of non-compliance on the cost-effectiveness of pharmaceuticals: a review of the literature. *Health Econ.* 2001; 10: 601–615.
- Simpson S.H., Eurich D.T., Majumdar S.R. i wsp. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. *BMJ* 2006; 333: 15.
- Rasmussen J.N., Chong A., Alter D.A. Relationship between adherence to evidence-based pharmacotherapy and long-term mortality after acute myocardial infarction. *JAMA* 2007; 297: 177–186.
- Skóra K. Compliance, adherence, persistence — przyczyny i konsekwencje nie stosowania się pacjentów do zaleceń terapeutycznych. *OncoReview* 2012; 1: 54–60.
- Grzelak-Hodor J. ABC nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych. *Puls Med.* 2012; 1: 6.
- Culig J., Leppe M. From Morisky to Hill-Bone; self reports scales for measuring adherence to medication. *Coll. Antropol.* 2014; 38: 55–62.
- Kleppe M., Lacroix J., Ham J., Midden C. The development of the ProMAS: a Probabilistic Medication Adherence Scale. *Patient Prefer. Adherence* 2015; 9: 355–367.
- Kubinger K.D. Psychological test calibration using the rasch model — some critical suggestions on traditional approaches. *Int. J. Testing* 2005; 4: 377–394.
- Beckonert O., Keun H.C., Ebbels T.M. i wsp. Metabolic profiling, metabolomic and metabolomic procedures for NMR spectroscopy of urine, plasma, serum and tissue extracts. *Nat. Protoc.* 2007; 2: 2692–2703.
- Holmes E.A.F., Hughes D.A., Morisson V.L. Predicting adherence to medications using health psychology theories: a systematic review of 20 years of empirical research. *Value Health* 2014; 17: 863–876.
- Kardas P., Lewek P., Matyjaszczyk M. Determinants of patients adherence: a review of systematic reviews. *Front. Pharmacol.* 2013; 91: 1–16.
- Costello K., Kennedy P., Scanzillo J. Recognizing non-adherence in patients with multiple sclerosis and maintaining treatment adherence in the long term. *Medscape J. Med.* 2008; 10: 225.
- Costa P.T., McCrae R.R. Normal personality assessment in clinical practice: the NEO Personality Inventory. *Psychol. Assessment* 1992; 4: 5–13.
- Łatka J., Majda A., Pyrz B. Dyspozycyjny optymizm a zachowania prozdrowotne pacjentów z chorobą nadciśnieniową. *Probl. Pielęg.* 2013; 2: 21–28.
- Rotter J.B. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement: generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychol. Monogr.* 1966; 80: 1–28.
- Opuchlik K., Wrzesińska M., Kocur J. Ocena poziomu stylów radzenia sobie ze stresem i poczucia umiejscowienia kontroli zdrowia u osób z chorobą niedokrwienną serca i nadciśnieniem tętniczym. *Psychiatr. Pol.* 2009; 43: 235–245.
- Brown M.T., Bussell J.K. Medication adherence: WHO carries? *Mayo Clin. Proc.* 2011; 86: 304–314.
- Sundbom L.T., Bingefors K. The influence of symptoms of anxiety and depression on medication nonadherence and its causes: population based survey of prescription drugs users in Sweden. *Patient Prefer. Adherence* 2013; 7: 805–811.
- Wichowicz H.M., Wieczorek D. Badanie przesiewowe depresji poudarowej z użyciem Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Psychiatr. Pol.* 2011; 45: 505–514.
- Chachaj A., Małyszczak K. Czy określone cechy osobowości mogą prowadzić do wystąpienia nadciśnienia tętniczego? *Nadciś. Tętn.* 2008; 12: 300–308.

34. Monastyrska E.M., Beck O. Psychologiczne aspekty chorób kardiologicznych. *Med. Og. Nauk Zdr.* 2014; 20: 141–144.
35. Janowska M., Czernikiewicz A., Janowski M. Między sercem a umysłem — psychologiczne aspekty chorób kardiologicznych. *Curr. Probl. Psychiatry* 2015; 16: 38–47.
36. Czapiński J., Panek T. (red.). Diagnostyka społeczna. Warunki i jakość życia Polaków. Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania w Warszawie, Warszawa 2003–2015.
37. Gold D.T., Alexander I.M., Ettinger M.P. How can osteoporosis patients benefit more from their therapy: adherence issues with bisphosphonate therapy. *Ann. Pharmacother.* 2006; 40: 1143–1150.
38. Broekmans S., Dobbels F., Milisen K., Morlion B., Vanderschueren S. Medication adherence in patients with chronic non-malignant pain: is there a problem. *Eur. J. Pain* 2009; 13: 115–123.
39. Ross S., Walker A., MacLeod M.J. Patient compliance in hypertension: role of illness perceptions and treatment beliefs. *J. Hum. Hypertens.* 2004; 18: 607–613.
40. Mills E.J., Nachega J.B., Bangsberg D.R. i wsp. Adherence to HAART: a systematic review of developed and developing nation patient-reported barriers and facilitators. *PLoS Med.* 2006; 3: e438.
41. Miller W.R. Enhancing patient motivation for health behavior change. *J. Cardiopulm. Rehabil.* 2005; 25: 207–209.
42. Costa E., Giardini A., Savin M. i wsp. Interventional tools to improve medication adherence: review of literature. *Patient Prefer. Adherence* 2015; 9: 1303–1314.
43. Dobrucka R. Recent trends in packaging systems for pharmaceutical products. *Log-Forum* 2014; 10: 393–398.
44. Dayer L., Heldenbrand S., Anderson P. i wsp. Smartphone medication adherence apps: potential benefits to patients and providers. *J. Am. Pharm. Assoc.* 2013; 53: 172–181.
45. Szczęch R., Szyndler A., Kolasińska-Malkowska K., Narkiewicz K., Tykarski A. Możliwości poprawy skuteczności leczenia nadciśnienia tętniczego poprzez zwiększenie przestrzegania zaleceń przez pacjentów — korzyści stosowania leków łączonych. *Nadciś. Tętn.* 2007; 6: 525–535.
46. Kardas P. Interwencje poprawiające przestrzeganie zaleceń terapeutycznych. W: Gaciong Z., Kardas P. (red.). Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Naukowa Fundacja Polpharmy, Warszawa 2015: 53–63.
47. Julius R., Novitsky M., Dubin W.R. Medication adherence: a review of the literature and implications for clinical practise. *J. Psychiatr. Pract.* 2009; 15: 34–44.
48. Clarkesmith D.E., Pattison H.M., Lane D.A. Educational and behavioural interventions for anticoagulant therapy In patients with atrial fibrillation. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2013; 6: CD008600.
49. Miller W.R. Enhancing patient motivation for health behavior change. *J. Cardiopulm. Rehabil.* 2005; 25: 207–209.
50. Rollnick S., Butler C.C., McCambridge J. i wsp. Consultations about changing behaviour. *BMJ* 2005; 331: 961–963.
51. MacGregor K., Handley M., Wong S. Behavior-change action plans in primary care: a feasibility study of clinicians. *J. Am. Board Fam. Med.* 2006; 19: 215–223.
52. Oehl M., Hummer M., Fleischhacker W.W. Compliance with antipsychotic treatment. *Acta Psychiatr. Scand. Suppl.* 2000; 407: 83–86.