

Schorzenia przewlekłe z perspektywy lekarza rodzinnego i jego pacjentów — jak wspólnie osiągać sukces?

**Chronic conditions from family doctor's,
and patients' perspective: how to reach the
success together?**

STRESZCZENIE

Po infekcjach dróg oddechowych schorzenia przewlekłe stanowią drugą najczęstszą przyczynę zgłaszania się pacjentów do lekarzy rodzinnych. Są zatem zagadnieniem zajmującym istotną część każdego dnia pracy lekarza rodzinnego. Ich leczenie nie obfituje jednak w łatwe i spektakularne sukcesy terapeutyczne. Przeciwnie — składa się ono w zasadniczej części z rutynowych, powtarzalnych i mało ekscytujących czynności, z rytualnym przepisywaniem recept na czele. Nic więc dziwnego, że terapia schorzeń przewlekłych staje się nierzadko zarówno dla lekarzy, jak i pacjentów źródłem frustracji. Niniejszy artykuł jest próbą przyjrzenia się specyfice leczenia chorób przewlekłych w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej, ze szczególnym zwróceniem uwagi na te elementy, które pozwalają — w krótszej i dłuższej perspektywie — odnieść w tym leczeniu szeroko rozumiany sukces.

Forum Medycyny Rodzinnej 2010, tom 4, nr 6, 415–422

słowa kluczowe: choroby przewlekłe, nadciśnienie, cele leczenia, przestrzeganie zaleceń terapeutycznych, medycyna alternatywna, komunikacja lekarz–pacjent

ABSTRACT

After respiratory infections, chronic diseases are the second most common cause of patients reporting to their family doctors. Their management stands for an important part of each working day of the family doctor. Their treatment is not rich in easy and spectacular therapeutic successes. Just to the contrary, it mainly consists of the routine, repetitive and not very exciting activities, with the ritual prescribing at the first instance. Therefore, the management of chronic diseases easily becomes a source of

Przemysław Kardas

I Zakład Medycyny Rodzinnej
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Adres do korespondencji:
dr hab. n. med. Przemysław Kardas
I Zakład Medycyny Rodzinnej
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
ul. Narutowicza 60, 90–136 Łódź
tel.: (42) 678 72 10, faks: (42) 631 93 60
e-mail: pkardas@csk.am.lodz.pl

Copyright © 2010 Via Medica
ISSN 1897–3590

frustration for both physicians and patients. This article tries to critically reassess the specifics of chronic diseases treatment in primary health care settings. Special attention has been put on the importance of these elements, which help the treatment success — in both short and long perspective.

Forum Medycyny Rodzinnej 2010, tom 4, nr 6, 415–422

key words: chronic disease, hypertension, treatment goals, patient compliance, alternative medicine, doctor–patient communication

CELE LECZENIA

Podstawowym elementem, od którego należy rozpocząć rozważania dotyczące chorób przewlekłych, jest pytanie o cele ich leczenia. Tylko z pozoru wydaje się ono retoryczne. Perspektywa, jaką posiadają osoby nie-doświadczające tych schorzeń — niezależnie od tego, czy są to pacjenci, czy lekarze — wynika w znacznej mierze z ich wcześniejszych osobistych doświadczeń z chorobami, a te dotyczą przede wszystkim infekcji. Tymczasem przeniesienie tego typu doświadczeń na choroby przewlekłe jest całkowicie nieuzasadnione (tab. 1). Infekcje dróg oddechowych w wyniku trwającego kilka dni leczenia (a nawet bez leczenia, jak to się dzieje w przypadku infekcji wirusowych) ustępują zazwyczaj całkowicie, nie pozostawiając trwałych następstw, i jedynie przez kilka dni ograniczają codzienną aktywność pacjenta. Choroby przewlekłe przeciwnie — zazwyczaj raz rozpoznane trwają do końca

życia pacjenta (np. nadciśnienie, cukrzyca, hiperlipidemia, przewlekła obturacyjna choroba płuc i wiele innych), a prowadzona terapia nie daje żadnych szans na pozbycie się choroby. W schorzeniach ostrych terapia przynosi doraźną poprawę, a następnie całkowite wyleczenie, natomiast w schorzeniach przewlekłych ani w krótkiej, ani w dłuższej perspektywie czasowej często nie następują żadne zauważalne dla pacjenta korzystne zmiany.

Co zatem jest celem leczenia schorzeń przewlekłych, dlaczego lekarz i pacjent są „skazani” na nierzadko comiesięczne spotkania? Od uświadomienia sobie tego faktu, i umiejętnego przekazania go pacjentom, zależy bardzo wiele. Należy wyraźnie zaznaczyć, że tylko w niektórych schorzeniach przewlekłych celem leczenia jest poprawa bieżącej jakości życia — przykładem może być niewydolność serca, w której ustąpienie duszności, poprawa wydolności wysiłkowej

Tabela 1

Charakterystyka schorzeń ostrych i przewlekłych

	Schorzenia ostre	Schorzenia przewlekłe
Typowe przykłady	Angina, ostre zapalenie oskrzeli	Nadciśnienie, cukrzyca typu 2
Czas trwania schorzenia	Krótkotrwały (kilka–kilkanaście dni)	Długotrwały (zwykle do końca życia, co oznacza kilka lat–kilka dekad)
Stopień nasilenia objawów	Objawy nasilone, burzliwe	Często objawy skąpe lub całkowity brak objawów podmiotowych
Cele leczenia	Całkowite wyleczenie, bez trwałych następstw	Poprawa jakości życia (ustąpienie ewentualnych objawów) i/lub wydłużenie życia

i ustąpienie obrzęków przyczyniają się w oczywisty sposób do poprawy jakości życia pacjenta. Znaczna część schorzeń przewlekłych ma jednak charakter skąpo- lub wręcz bezobjawowy, z najczęstszymi — nadciśnieniem, cukrzycą typu 2 czy hiperlipidemią — na czele. W tej sytuacji jedynym *de facto* celem leczenia, przyświecającym wszystkim żmudnym interwencjom lekarskim, jest wydłużenie życia pacjenta. Atrakcyjność takiej oferty jest duża tylko z pozoru — nikt przecież dokładnie nie wie, ile jest mu pisane przeżyć, a spodziewane zyski przypadną w najlepszym razie na ostatni etap życia, czyli emeryturę, nie będą więc polegać na wydłużeniu bieżącego dnia do 25 godzin. Taka „nagroda” za podjęcie leczenia dla człowieka w średnim, a zwłaszcza w młodym wieku, nie jest zatem ofertą przesadnie ekscytującą... Niestety, tak właśnie wygląda prawdziwy cel leczenia wielu schorzeń przewlekłych i to w znacznej mierze właśnie dlatego tak trudno jest w ich przypadku lekarzom przekonać pacjentów do swoich racji.

PERSPEKTYWA PACJENTA I LEKARZA

Lekarze, rozpoznając u swoich pacjentów schorzenia przewlekłe, proponują im podjęcie terapii. Wydaje się to oczywistym następstwem rozpoznania choroby, dla której współczesna medycyna dysponuje skutecznymi metodami leczniczymi. Jeśli wziąć pod uwagę, ile środków finansowych poświęca się obecnie na *screening*, czyli aktywne poszukiwanie chorób (a co niezbędne jest w przypadku ich skąpo- lub bezobjawowego przebiegu), podjęcie leczenia wydaje się niekwestionowanym obowiązkiem lekarza. Tymczasem nierzadko zdarza się, że pacjent wcale nie czuje się przekonany do konieczności rozpoczęcia terapii. Czasem zgłasza to wprost, a jeszcze częściej — po prostu nie realizuje zaleceń lekarskich. Dlaczego tak się dzieje?

Perspektywy, z jakich patrzą na to samo zjawisko lekarze i pacjenci, nie są tożsame.

To, co lekarz postrzega jako oczywistość, dla pacjenta jest zaledwie jedną z możliwości. Dokładnie tak jak w przypadku palenia tytoniu: palący na każdej paczce papierosów otrzymują przestrożę, że dalsze palenie może wywołać u nich najgorsze skutki zdrowotne, ze zgonem włącznie, ale bynajmniej nie kwapią się do porzucenia nałogu. Kontynuując palenie, często dokonują wyboru całkiem świadomie. Podobnie rzecz wygląda w przypadku rozpoznania choroby przewlekłej: bilans zysków i strat, widziany oczyma pacjenta, niekoniecznie przemawia za rozpoczęciem leczenia (tab. 2). Już samo rozpoznanie choroby pogarsza komfort życia pacjenta: oto do niedawna całkowicie zdrowy, zaczyna postrzegać siebie jako dożgonnie chorego, a co się z tym wiąże — często także znacznie starszego człowieka. W ślad za podjęciem leczenia pojawiają się uciążliwości polegające na konieczności regularnych wizyt u lekarza w celu zdobycia recept, wydatków związanych z ich wykupieniem, koniecznością pamiętania o codziennym przyjmowaniu leków, a nierzadko wreszcie — działaniach niepożądanych tych środków. Tymczasem po stronie zysków z prowadzonej terapii tylko niekiedy da się zapisać ustępowanie objawów choroby. W przypadku najczęstszych chorób przewlekłych, które mają charakter skąpo- lub bezobjawowy, takiego zysku nie będzie. W efekcie pacjent może liczyć zaledwie na wydłużenie życia, a to — jak wspomniano wcześniej — nie jest argumentem przesadnie mobilizującym do podjęcia działań, sprzecznych z dotychczasowymi przyzwyczajeniami. Przy braku namacalnych zysków, a wobec natychmiastowych strat, trudno dziwić się pacjentom, którzy nie postępują zgodnie z zaleceniami lekarza.

Co więcej, lekarzom często wydaje się, że zdrowie jest dla wszystkich najwyższym dobrem, dla którego są skłonni poświęcić inne wartości. Jeśli więc tylko pacjentowi uświadomi się, co ma do zyskania, a co do strace-



**Znaczna część schorzeń
przewlekłych ma
charakter skąpo- lub
wręcz bezobjawowy**

Tabela 2

Uwarunkowania leczenia asymptomatycznej choroby przewlekłej — „rachunek zysków i strat” na przykładzie nadciśnienia [1]

Zyski	Straty
Ustąpienie objawów choroby (np. bólów głowy, zawrotów głowy, szumów usznych czy krwawień z nosa) — rzadko	Poczucie utraty kontroli nad swoim zdrowiem, świadomość bycia chorym
Spodziewane wydłużenie życia	Konieczność pamiętania o systematycznym leczeniu
	Koszty związane z leczeniem
	Ograniczenia dietetyczne (sól, alkohol)
	Działania niepożądane leków:
	— zawroty głowy
	— bóle głowy
	— ortostatyczne spadki ciśnienia
	— zaczerwienienie twarzy
	— obrzęki kończyn dolnych
	— kaszel
	— spadek potencji
	— kurcze łydek
	— bradykardia
	— palpitacje serca
	— senność

nia, w zależności od podjętej decyzji, to na pewno podejmie on decyzję zgodną z oczekiwaniami lekarza, czyli postanowi się leczyć. Tak jednak wcale nie jest: nawet jeśli pacjent ma prawidłowe rozeznanie obiektywnych korzyści i strat związanych z podjęciem terapii, nie oznacza to wcale, że będzie je „wyceniał” tak samo jak lekarz, i że w związku z tym podejmie spodziewaną przez lekarza decyzję. Pieniądze, kariera czy swoście rozumiana niezależność są dla wielu osób ważniejsze, niż obiecywane przez lekarzy zyski na zdrowiu, i stąd decyzja o nieleczeniu się jest z ich punktu widzenia całkowicie racjonalna.

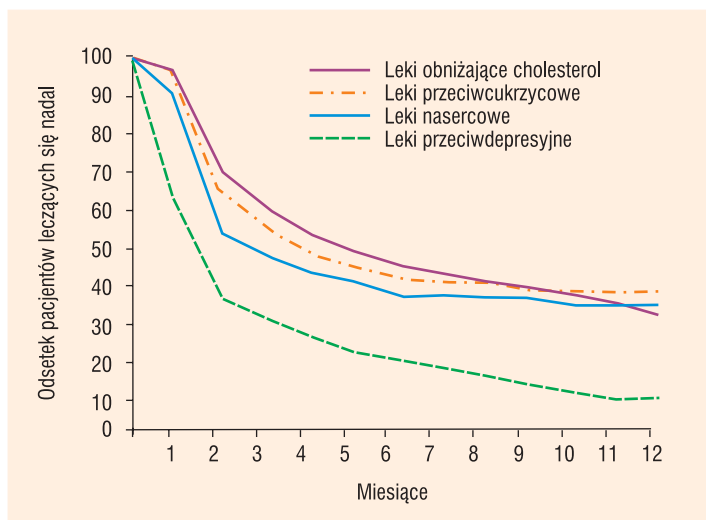
W rzeczywistości sprawa jest jednak jeszcze bardziej skomplikowana. Otóż przedstawiając swoim pacjentom spodziewane korzyści z podjęcia leczenia chorób przewlekłych, lekarze nie zawsze zdają sobie sprawę, że posługują się istotnym uproszczeniem. Nikt nie jest bowiem w stanie zagwarantować konkretnemu pacjentowi, w jakim stopniu wydłuży mu życie podjęcie terapii nad-

ciśnienia, a tym bardziej — ograniczenie soli kuchennej w diecie. Oczywiście, wiedzę taką dają nam wyniki dużych prób klinicznych. Nie wolno jednak zapominać, że jest to wiedza oparta na statystyce, która choć prawdziwa, inaczej wygląda z punktu widzenia tysiąca chorych, a zupełnie inaczej z pozycji konkretnego pacjenta. Jeśli określona interwencja zmniejsza szanse zawału 10-krotnie, to i tak znajdą się pacjenci, którzy — mimo sumiennego zastosowania tej interwencji — doznają „całego” zawału, a nie „10% zawału”, jak naiwnie można by oczekiwać. Dla uniknięcia jednego incydentu sercowo-naczyniowego (udar, zawał lub zgon) w przeciągu roku, należy leczyć przez ten czas 700 pacjentów z łagodnym nadciśnieniem; dla uniknięcia jednego zgonu z powodu schorzeń sercowo-naczyniowych należy leczyć 69 pacjentów z hipiripidemią przez 5 lat [2]. Takie przykłady można mnożyć. Jeśli zatem pacjent zapyta, czy warto podejmować taką terapię, z czystym sumieniem można mu w takich przypadkach odpowiedzieć, że warto.

Jeśli jednak ten sam pacjent zapyta, czy możemy mu zagwarantować, że podjęcie przez niego leczenia uchroni go od zawału, udaru i tak dalej, odpowiedź prawdziwa będzie brzmiała: nie. Ta niepewność rokowania jest nieuchronnie związana z terapią chorób przewlekłych, choć — dla uproszczenia sobie życia — tak łatwo o tym zapominamy.

PRZESTRZEGANIE ZALECEŃ TERAPEUTYCZNYCH

Terapia choroby przewlekłej nie jest jednorazowym zdarzeniem, przeciwnie — to długotrwały proces. Niestety, nie dość, że nie wszyscy pacjenci — z różnych przyczyn — proces ten rozpoczynają, to na dodatek wraz z upływem czasu coraz więcej z nich „wykrusza się” z terapii (ryc. 1). Ci zaś, którzy ją nadal realizują, nie stosują się w pełni do zaleconego schematu leczenia. Całe spektrum tych odstępstw, popełnianych przez pacjentów, nosi nazwę nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych. Nie jest to zjawisko odosobnione — w przypadku chorób przewlekłych zalecenia terapeutyczne realizuje w sposób zapewniający skuteczność terapii zaledwie 50–60% chorych, podczas gdy 30–40% realizuje je tylko częściowo, a 5–10% nie przyjmuje leków wcale [4]. Następstwa tego zjawiska nie są błahe: pacjenci, którzy nie stosują przepisanych środków zgodnie z zaleceniami, nie osiągają celów terapii, co powoduje, że lekarze są zmuszeni w ich przypadku do sięgania po dodatkowe leki, badania diagnostyczne, a nierzadko kierowania ich do szpitala. Konsekwencje tego zjawiska są szczególnie dobrze widoczne w przypadku niewydolności serca. Liczni pacjenci nie traktują tej choroby jako choroby przewlekłej i sięgają po leki jedynie wtedy, gdy objawy chorobowe, a szczególnie obrzęki kończyn dolnych, ich do tego zmotywują [5]. Gdy tylko jednak objawy te ustąpią, przerywają leczenie, chętnie odstawiając zwłaszcza leki z grupy diuretyków, które zmuszają ich do częstszego odwiedzania toalety. W efek-



Rycina 1. Im dłużej trwa terapia choroby przewlekłej, tym mniejszy odsetek pacjentów ją kontynuuje [3]

cie choroba ulega zaostrzeniu, a pacjenci trafiają do szpitala. „Rekordziści” zaliczają kilka lub kilkanaście takich cykli — w zależności od tego, jak dużo mają szczęścia. Mniej fortunny już za pierwszym razem mogą zakończyć życie w przebiegu obrzęku płuc.

Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych jest dla lekarza kłopotliwe również z bardziej przyziemnych powodów. Pacjenci, którzy stawiają się na wizytę kontrolną, nie przyjmując zaleconych im leków, swoim postępowaniem często wprowadzają lekarza w błąd. Rutynową reakcją lekarzy na nieskuteczność zaordynowanego przez nich leczenia jest bowiem albo zwiększenie dawek stosowanych leków, albo dodanie do schematu terapii kolejnych środków [6]. Tyle tylko, że obie te strategie okażą się nieskuteczne, jeśli powodem braku skuteczności prowadzonej terapii jest nierealizowanie zaleceń przez pacjenta. Gra ta może toczyć się długo, aż w końcu pacjent zostaje uznany za opornego na stosowaną klasę leków, czy nawet w ogóle — na prowadzone leczenie. Trzeba przy tym dodać, że niemała część polskich pacjentów ma zwyczaj zjawiania się na wizytę kontrolną po swoistym „przygotowaniu” — czyli bez przyjęcia porannej dawki leków. Jeśli dotyczy to leków na nadciśnienie-



Choroby przewlekłe są jednym z najczęstszych powodów poszukiwania przez pacjentów pomocy w kręgu medycyny alternatywnej



Dzięki dobrej komunikacji lekarz może pacjenta nie tylko poinformować o rozpoznaniu choroby, ale także w zrozumiałym sposobie wyjaśnić mu cele terapii

nie, pomiary ciśnienia prowadzone w godzinach południowych, a zwłaszcza popołudniowych, muszą pokazać wartość nieprawidłową, niezależnie od tego, jak skuteczna jest zaordynowana przez lekarza terapia.

TERAPIA ALTERNATYWNA

Choroby przewlekłe są jednym z najczęstszych powodów poszukiwania przez pacjentów pomocy w kręgu medycyny alternatywnej. Pół biedy, gdy dotyczy to ziołoterapii — niektóre preparaty ziołowe są nie tylko pomocne, ale i wręcz wskazane we wspomagającej terapii schorzeń przewlekłych, na przykład cukrzycy czy niewydolności serca. Dotyczy to zwłaszcza starszych osób, które chętnie przyjmują „ziołka” zamiast produktów „chemii”, a przy okazji nabywają nawyków systematycznego stosowania leków. Gorzej, gdy pacjenci próbują zastąpić skuteczne leki ziołami nieznanego pochodzenia i niejasnego działania — na przykład pochodzącymi z niepodlegającej żadnemu nadzorowi sprzedaży w internecie [7]. Najgorzej zaś, gdy dotyczy to potencjalnie uleczalnych schorzeń onkologicznych, których terapię pacjenci przerywają, aby leczyć się nic nie wartymi preparatami pochodzenia „naturalnego”.

Warto jednak zadać sobie pytanie, skąd bierze się takie postępowanie pacjentów. Nietrudno zgadnąć, że w niektórych nieuleczalnych schorzeniach nowotworowych współczesna medycyna, niekiedy szumnie zwana akademicką, nie ma wiele do zaproponowania poza leczeniem paliatywnym, czyli zwykłym uśmierzaniem dolegliwości, bez leczenia przyczynowego. W tej sytuacji pacjenci, a także ich rodziny, sięgają po wszystkie możliwe metody lecznicze, które stwarzają jakąś nadzieję — jeśli nie wyleczenia, to choćby tylko wydłużenia życia. W ruch idą zatem wyciągi z huby, torfu czy sproszkowane meteoryty, by sięgnąć tylko po najbardziej znane przykłady.

Dlaczego jednak pacjenci postępują w podobny sposób w przypadku chorób, dla

których istnieją dziś skuteczne leki? Należy raz jeszcze podkreślić, że perspektywa lekarza często różni się z perspektywą pacjenta. To, co dla lekarza jest sukcesem nowoczesnej medycyny — czyli na przykład skuteczny, niedrogi i pozbawiony istotnych działań niepożądanych lek na nadciśnienie — z punktu widzenia pacjenta jest porażką, ponieważ oznacza konieczność zaakceptowania choroby, podporządkowania jej często wielu obszarów życia (trzymając się przykładu nadciśnienia — dotyczy to diety, używek, alkoholu, trybu życia, wysiłku fizycznego, ograniczeń dotyczących wyboru określonych zawodów itd.) i dożywotniego leczenia. W tej sytuacji staje się już bardziej zrozumiałe, dlaczego światli pacjenci, mogący poszczycić się wyższym wykształceniem, udają się do różnego rodzaju hołsztaplerów na „terapię” astmy alergicznej za pomocą „biorezonansu”, a chorzy na cukrzycę wierzą, że odpowiednie uciskanie punktów na płatkach uszu wyleczy ich na zawsze z tej choroby.

KOMUNIKACJA

Wszystkie wspomniane trudności, na które napotyka lekarz zajmujący się chorymi przewlekłe, nieodmiennie wiodą do kwestii komunikacji. To właśnie dzięki dobrej komunikacji lekarz może pacjenta nie tylko poinformować o rozpoznaniu choroby, ale także w zrozumiałym sposobie wyjaśnić mu cele terapii i podjąć próbę zmotywowania go do jej rozpoczęcia, niezależnie od tego, jak bardzo wyjściowa perspektywa pacjenta różni się z jego własną. Na tym historia się jednak nie kończy — ponieważ motywacja pacjentów do leczenia maleje z czasem, po stronie komunikacji leży ciągle „podtrzymywanie” chorego w chęci do dalszego leczenia. To również dzięki właściwej komunikacji lekarz może się dowiedzieć, że pacjent nie stosuje się całkowicie do jego zaleceń, poznać przyczyny tych odstępstw, a następnie wspólnie z pacjentem ustalić działania napraw-

cze. To wreszcie komunikacja może pomóc ujawnić chęć pacjenta do sięgnięcia po medycynę niekonwencjonalną, czasem z jednoczesnym przerwaniem terapii klasycznej.

Wydawać by się mogło, że jeśli kluczem do tych wszystkich problemów jest komunikacja, to nie powinno być tak źle. Wobec liczby pacjentów chorujących na schorzenia przewlekłe, z jakimi lekarze codziennie się komunikują, dawno powinni już dojść w tej materii do mistrzostwa. Niestety, tak jednak nie jest. Tak jak ktoś bywający w Paryżu co tydzień nie musi znać ani jednego słowa po francusku, tak lekarze często po prostu nie radzą sobie z komunikacją. Można by wymienić tu liczne powody tego stanu rzeczy, włącznie z jeszcze często kultywowaną w naszym kraju manierą stawiania rozpoznań po łacinie („żeby się pacjent zbyt łatwo nie domyślił, co mu jest”). Z badań prowadzonych wśród lekarzy POZ wynika, że przekazanie pacjentom nawet prostych i bardzo potrzebnych informacji nie przychodzi lekarzom łatwo, na przykład 65,8% badanych często lub bardzo często nie było w stanie powiedzieć pacjentowi, że w danym momencie nie był mu potrzebny antybiotyk [8].

Nie da się jednak chorób przewlekłych leczyć obok pacjenta, a tym bardziej wbrew niemu. Sukces można osiągnąć na dłuższą metę jedynie wtedy, gdy pacjent się w tę terapię w pełni włączy. Jak tego dokonać? Rozmawiać, rozmawiać i jeszcze raz rozmawiać — chciałoby się powiedzieć. Takie postawienie sprawy mogłoby jednak dać fałszywy i nierealistyczny obraz, nikt nie spodziewa się bowiem, że w przewidywalnym czasie długość przeciętnej wizyty pacjenta u jego lekarza rodzinnego będzie się mogła wydłużyć z obecnych 10–15 minut do, powiedzmy, pół godziny. Nie jest to jednak potrzebne, wystarczą bowiem często trzy zdania, aby zawrzeć komplet niezbędnych informacji. Na przykład: „Ma pan nadciśnienie. Leczenie tej choroby nie przyniesie panu żadnej

natychmiastowej poprawy, ale jeśli będzie je pan prowadził systematycznie, uchroni pana przed powikłaniami i przyczyni się do znacznego wydłużenia życia. Lek, który panu zapisuję, proszę przyjmować raz dziennie, najwygodniej będzie panu o tym pamiętać, biorąc go rano ze śniadaniem”.

Nie należy się jednak obruszać, jeśli pacjent szuka dodatkowych informacji. Warto na niego wówczas popatrzeć nie jak na „roszczeniowego chorego”, a osobę będącą doskonałym zadatkiem na systematycznie leczącego się, zaangażowanego pacjenta. Ponieważ barierą może się znowu okazać czas, część zagadnień można powierzyć samodzielnej lekturze. Warto w tym celu wykorzystać materiały edukacyjne, często bardzo dobrej jakości, w jakie coraz częściej zaopatrują lekarzy firmy farmaceutyczne. Można też zaplanować omówienie tych kwestii podczas wizyty kontrolnej, kiedy nie zabierze już czasu tłumaczenie samego rozpoznania oraz sposobu przyjmowania ordynowanych leków. Co zaś tyczy się systematyczności leczenia, to do rutynowej rozmowy z pacjentem chorującym na schorzenie przewlekłe warto włączyć pytanie: „Czy nic nie stanęło pani/panu na przeszkodzie do codziennego przyjmowania przepisanych leków?”. Takie „neutralne” postawienie sprawy pozwala się bowiem pacjentowi znacznie łatwiej przyznać do ewentualnych odstępstw w ich przyjmowaniu niż naznaczone oskarżającym zabarwieniem pytanie: „Czy na pewno zażywał pan leki zgodnie z moimi wskazówkami?”. Rzecz w tym, aby nie rwać wątlej nici porozumienia między lekarzem a pacjentem, który sam jeszcze nie jest do końca przekonany o konieczności przewlekłego stosowania leków. Przeciwnie — warto wyciągnąć do niego pomocną dłoń. Decyzja o nieprzyjmowaniu leku może przecież wynikać z formy, częstości dawkowania czy wreszcie ceny przepisanego preparatu, a w pewnym zakresie na te wszystkie para-

metry lekarz ma przecież jakiś wpływ podczas przepisywania leku. Upraszczając, lepiej, aby pacjent brał systematycznie lek nieco starszej generacji, nawet jeśli jest to lek nieco mniej skuteczny, niż żyć w błogiej niewiedzy, że po przepisaniu najlepszego dostępnego specyfiku pacjent nawet nie zrealizował recepty.

Dobra komunikacja zatem po prostu opłaca się lekarzom. A jaki to ma wpływ na pacjentów? W przeprowadzonym niedawno badaniu ankietowym potwierdzono, że im mniejsze zaufanie do lekarzy mają polscy pacjenci, tym gorzej przestrzegają zaleceń terapeutycznych [9]. Jak się wydaje, efektywna komunikacja jest jednym z kluczy do poprawy zaufania pacjentów do ich lekarzy, a co się z tym wiąże, do sukcesu prowadzonej terapii. Dobrze się zatem stało, że Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów Naczelnej Izby Lekarskiej prowadzi od niedawna

profesjonalne szkolenia z zakresu komunikacji lekarzy z pacjentami [10].

PODSUMOWANIE

Choroby przewlekłe stanowią niemałe wyzwanie zarówno dla samych chorych, jak i dla lekarzy sprawujących nad nimi opiekę. Wyzwaniu temu nie sposób sprostać, nie uświadamiając sobie jasno celów prowadzonego leczenia. Odległe korzyści, jakie w wielu przypadkach oferuje leczenie tych schorzeń, nie wpływają na wzrost motywacji pacjenta do rozpoczęcia i kontynuacji terapii. W efekcie wielu pacjentów nie stosuje się do zaleceń lekarskich i przerywa leczenie tych schorzeń. Efektywna komunikacja jest jedną z najważniejszych metod poprawy przestrzegania przez pacjentów zaleceń terapeutycznych oraz uchronienia ich przed sięgnięciem po alternatywne metody leczenia, z równoczesnym zaprzestaniem leczenia klasycznego.

PIŚMIENNICTWO

1. Kardas P. Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Jak pomóc pacjentom osiągnąć maksimum korzyści z prowadzonego leczenia. *Tribun*, Brno 2008.
2. Dane dostępne na stronie: <http://www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/band50/b50-8.html>.
3. AARP National Survey, March 2002, dostępne na stronie: <http://www.aarp.org>.
4. Sabate E. (red). Adherence to long-term therapies: evidence for action. World Health Organization, Genewa 2003.
5. Wu J.R., Moser D.K., Lennie T.A., Burkhart P.V. Medication adherence in patients who have heart failure: a review of the literature. *Nurs. Clin. North. Am.* 2008; 43 (1): 133–153.
6. Krousel-Wood M.A., Muntner P., Islam T., Morisky D.E., Webber L.S. Barriers to and determinants of medication adherence in hypertension management: perspective of the cohort study of medication adherence among older adults. *Med. Clin. North. Am.* 2009; 93 (3): 133–153, 753–769.
7. Szelenyi I., Brune K. Herbal remedies for asthma treatment: between myth and reality. *Drugs Today (Barc.)* 2002; 38 (4): 265–303.
8. Kardas P., Kurek A., Herczyński D. i wsp. Barriers in doctor-patient communication. A questionnaire study. *Book of abstracts of the WONCA 2005 Conference, September 3–7, Kos Island, Greece*; 32.
9. Fundacja na rzecz Wspierania Rozwoju Polskiej Farmacji i Medycyny. *Raport Polskiego Pacjenta Portret Własny*. Warszawa 2010; dostępne na stronie: <http://www.polpharma.pl/pl/fundacja/compliance/raport-z-badania-compliance>.
10. <http://www.odz.nil.org.pl>