

Anna Wawrzyniak,
Wanda Horst-Sikorska

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej
Uniwersytetu Medycznego
im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

Motywacja pacjenta a przestrzeganie zasad terapii w chorobach przewlekłych

STRESZCZENIE

Skuteczność leczenia w chorobach przewlekłych zależy w dużym stopniu od współpracy z pacjentem. Lek niezazywany nie działa. Na wytrwałość w leczeniu (*persistens*) oraz zgodność z zaleceniami medycznymi (*compliance*) wpływają między innymi zrozumienie przez pacjenta istoty choroby i celu leczenia, koszty terapii, częstość stosowania leku, dostęp do lekarza, jego umiejętności interpersonalne, osobowość pacjenta, schorzenie, które się leczy oraz choroby współistniejące. Część z tych czynników można modyfikować, oczekując przebiegającej równoległe do poprawy współpracy oraz poprawy wyników leczenia.

Forum Medycyny Rodzinnej 2008, tom 2, nr 6, 420–423

słowa kluczowe: choroba przewlekła, współpraca, wytrwałość, zgodność z zaleceniami, edukacja

Lekarz często stawia sobie pytanie o przyczynę różnej skuteczności leczenia pacjentów z chorobą przewlekłą. Dlaczego u konkretnego pacjenta brak efektu leczenia? Odpowiedzi na to pytanie poszukujemy czasem, prowadząc skomplikowane badania z zakresu farmakogenetyki lub oceniające interakcje lekowe. Tymczasem przyczyna jest niekiedy znacznie prostsza. Może znajdować się po stronie pacjenta, lekarza lub może tkwić w samej istocie choroby [1].

Skuteczność prowadzonej terapii w dużym stopniu zależy od motywacji pacjenta do jej zastosowania. Leczenie objawowe, na przykład przeciwbólowe, jest kontynuowane, jeśli nie łączy się z występowaniem działań ubocznych. Objaw, który chcemy kontro-

lować, w tym przypadku ból, nie pozwala choremu na zapomnienie o dawce leku. W tej sytuacji obawiamy się raczej nadużywania leków przez pacjenta. Grupą leków, których zastosowanie również łączy się z obawą o zażywanie w nadmiernych ilościach, są środki uspokajające i nasenne. Istotna jest w tym przypadku możliwość powstania uzależnienia od tych leków. Inaczej przedstawia się kwestia systematyczności w stosowaniu leków, które nie wywierają bezpośredniego wpływu na bieżące samopoczucie pacjenta.

Motywacja pacjenta do zastosowania farmakoterapii jest najczęściej mniejszym problemem w porównaniu z przekonaniem go do konieczności wdrożenia niefarmakologicznych metod leczenia. Zmianę powie-

Adres do korespondencji:

dr med. Anna Wawrzyniak
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej
Uniwersytetu Medycznego
im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Przybyszewskiego 49, 60-355 Poznań
tel.: (061) 869-11-44, faks: (061) 869-11-43
e-mail: zyskowsk@amp.edu.pl

lanych latami, czasem pokoleniami, nawyków dotyczących stosowanej diety, używek, aktywności fizycznej i szeroko pojętego stylu życia, jeszcze trudniej zaakceptować niż dodatkową tabletkę.

Warunkiem dobrej współpracy (*adherence*) jest zaufanie pacjenta do lekarza, dobre zrozumienie istoty choroby oraz znajomość wpływu, jakie podjęte postępowanie farmakologiczne lub nefarmakologiczne będzie wywierać na przebieg choroby. Chory powinien także wiedzieć, co może się wydarzyć w przypadku zaniechania leczenia.

LEK NIESTOSOWANY JEST ZAWSZE NIESKUTECZNY

Zdarza się, że pacjenci nie tyle nie stosują leku, co opuszczają jego dawkę. Takie postępowanie może wynikać z zapomnienia lub celowego pominięcia. Przykładowo — chorzy tłumaczą to tym, że ciśnienie było w danym momencie prawidłowe lub stężenie cholesterolu znormalizowało się, a antybiotyk już zadziałał. **Częstym powodem zaprzestania stosowania leku, zmniejszenia dawki lub częstości stosowania zleconego środka jest obawa przed wystąpieniem działań ubocznych.** Rzetelna informacja na temat możliwych działań niepożądanych po zastosowaniu leku może zlikwidować ten problem zanim stanie się bardzo poważny.

Z kolei innym razem chorzy przyjmują lek w nadmiernej ilości. Uważają, że większa dawka spowoduje szybszy lub wyraźniejszy efekt. Także w tych przypadkach brak niezbędnej wiedzy medycznej staje się przyczyną błędów w przyjmowaniu leków.

Jednym ze sposobów na zobiektywizowanie współpracy z pacjentem jest podanie wyrażonej w procentach liczby tabletek przyjętych przez niego w określonym czasie w stosunku do tych, które powinien on w tym czasie przyjąć. Zgodność z zaleceniami medycznymi określa się jako *compliance* (zgodność). Za wykładnik dobrej zgodności przyjmuje się wskaźnik mieszczący się pomiędzy 80–120%.

Innym wykładnikiem dobrej współpracy (*adherence*) jest wytrwałość w prowadzonej terapii, czyli *persistens* [2]. W przypadku schorzeń ostrych, na przykład stanów zapalnych dróg oddechowych, *persistens* jest łatwiejsze do utrzymania. **Pacjenci najbardziej systematycznie przyjmują leki działające objawowo** — zwłaszcza leki przeciwbólowe, przeciwbiegunkowe, przeciwwymiotne, przeciwdziałające zawrotom głowy itp.

Długotrwała terapia wymaga wytrwałości ze strony pacjenta oraz stałego monitorowania przebiegu choroby przez prowadzącego lekarza. Sposobem na poprawę współpracy jest edukacja, zwiększenie częstości wizyt pacjenta u lekarza i stała motywacja do systematyczności w leczeniu [3]. Trudny dostęp do lekarza i sporadyczne wizyty pacjenta pogarszają współpracę [4].

Pewne sytuacje kliniczne stwarzają szczególną trudność z psychologicznego punktu widzenia. Takie jednostki chorobowe, jak nadciśnienie tętnicze, hiperlipoproteinemia, choroba wieńcowa czy osteoporoza wymagają stałej współpracy pacjenta z lekarzem. Leczenie musi być często prowadzone całe życie, a nie jak często oczekiwaliby pacjent, do czasu poprawy profilu lipidowego. Ta świadomość „dożywotniego” leczenia, w różny sposób jest przyjmowana przez pacjentów.

Szczególnie trudno zmotywować chorego do wdrożenia terapii, gdy zaburzenie nie daje dolegliwości, a lek nie łagodzi objawów. Jeszcze gorzej, gdy jego zastosowanie łączy się, nawet potencjalnie, z wystąpieniem działań ubocznych. Taka sytuacja może mieć miejsce na przykład w przypadku wdrożenia terapii hiperlipoproteinemii, terapii przeciwnadciśnieniowej lub osteoporozy. Nie do przecenienia jest tu rola edukacji pacjenta, dotycząca istoty choroby oraz celu zastosowanej terapii farmakologicznej i nefarmakologicznej. **Przed włączeniem leku pacjent powinien dokładnie być poinformowany, czego może oczekiwać po przepisanej terapii.** Edukacja taka jest szczególnie istotna,



Zgodność z zaleceniami medycznymi określa się jako *compliance* (zgodność)



Innym wykładnikiem dobrej współpracy (*adherence*) jest wytrwałość w prowadzonej terapii, czyli *persistens*



Częstym powodem zaprzestania stosowania leku, zmniejszenia dawki lub częstości stosowania zleconego środka jest obawa przed wystąpieniem działań ubocznych



Trzeba mieć stale świadomość, że fakty oczywiste dla lekarza mogą być niezrozumiałe dla pacjenta



Zrozumienie informacji o odległych korzyściach z zastosowanego leczenia, jest warunkiem dobrej współpracy

jeśli zlecane leki nie poprawiają samopoczucia chorego, a efekt, którego oczekujemy, to modyfikacja odległego rokowania.

Zrozumienie informacji o odległych korzyściach z zastosowanego leczenia, mierzonych nie tylko jako na przykład wartość ciśnienia tętniczego, wynik badania densytometrycznego lub profil lipidowy, jest warunkiem dobrej współpracy. Istotną jest odległa poprawa rokowania wyrażona jako zmniejszenie liczby zgonów lub zawałów serca, mózgu czy złamań przy niewielkim urazie. Taka argumentacja pozwala pacjentom na zrozumienie rzeczywistego celu i istoty zastosowanej terapii. Ta wiedza prowadzi do lepszej współpracy [5]. Na przykład, w leczeniu osteoporozy pacjenta należy poinformować o przewidywanym okresie wdrożonej terapii oraz o fakcie, że lek nie wpływa wprawdzie na ustąpienie dolegliwości pacjenta, ale poprawia jego odległe rokowanie. Sposób prowadzonej edukacji musi być dostosowany indywidualnie do możliwości pacjenta. Sposobem oceny efektywności leczenia osteoporozy jest wystąpienie złamania po niewielkim urazie lub jego brak. Tę drugą sytuację pacjent przyjmuje za stan naturalny. Wyjaśnienie, że brak złamania w sytuacji, w której doszło do urazu, na przykład upadku, jest już sukcesem prowadzonej terapii, może pacjenta zachęcić do dalszej systematyczności w leczeniu.

Ocena twardych punktów końcowych jest najistotniejsza z punktu widzenia lekarza prowadzącego terapię. Dla pacjenta ważne jest potwierdzenie skuteczności terapii w sposób bardziej dla niego zrozumiały i wymierny — na przykład jako wielkość masy kostnej lub stężenia markerów obrotu kostnego. Niekiedy motywem do zlecenia tych dodatkowych badań obok oceny skuteczności zastosowanego leku jest właśnie poprawa współpracy z pacjentem. Trzeba mieć stale świadomość, że fakty oczywiste dla lekarza mogą być niezrozumiałe dla pacjenta. Przykładowo zastosowanie leku z grupy statyn pacjent odczy-

tuje najczęściej jako działanie mające na celu obniżenie stężeń cholesterolu w surowicy. Wskazanie pacjentom, że lek z tej grupy ma działanie plejotropowe, może stanowić lepsze uzasadnienie do jego stosowania. Niekiedy jako narzędziem oddziaływania na pacjenta można posłużyć się porównaniem niemal „homeryckim”. W odniesieniu do miażdżycy i leczenia hipolipemizującego duże wrażenie na pacjentach wywiera tzw. teoria hydrauliczna. Porównuje naczynia tętnicze dotknięte chorobą do zatkaných rur, a działanie zaproponowanych leków do działania środków typu „Kret”. Pacjent powinien mieć przekonanie, że nie „leczymy” schorzeń dodatkowych, ale określone zaburzenie i dysponujemy narzędziem, za pomocą którego nie tylko zahamujemy proces chorobowy, ale w pewnym zakresie cofniemy już istniejące zmiany. Ten zakres w dużym stopniu zależy od systematyczności w leczeniu, zależnej z kolei od edukacji.

W codziennej praktyce czas przeznaczony na przyjęcie pacjenta zwykle nie pozwala na pełne wyjaśnienie niejednokrotnie licznych pytań i sprawdzenie poprawności zrozumienia przekazanych treści. Są lekarze doskonale rozumiejący, że czas poświęcony pacjentom na tym etapie jest dobrą „inwestycją”. Przykładowo w Nekli — wielkopolskiej miejscowości położonej w pobliżu Wrześni — kierujący Przychodnią Lekarza Rodzinnego organizuje cyklicznie spotkania dla mieszkańców z lekarzami różnych specjalności. Ich celem jest przekazanie wiedzy na tematy związane ze sposobami leczenia i zapobiegania chorobom społecznym. Pacjenci mogą uzyskać wskazówki dotyczące zdrowego stylu życia, celowości wykonywania określonych badań i zabiegów medycznych. **Poświęcenie czasu na rozmowę o chorobie i terapii w krótkim okresie po postawieniu rozpoznania pozwala na lepszą współpracę w przyszłości.**

Stopień przestrzegania zaleceń przez pacjenta w dużym stopniu zależy od jego

osobowości oraz wcześniejszych doświadczeń własnych lub bliskich mu osób.

Część pacjentów przyjmuje postawę wyparcia. „Tak, wiem, że palenie papierosów i brak aktywności fizycznej szkodzą, ale mnie to nie dotyczy”. Warto wtedy sprawdzić, czy potrafiliby wymienić czynniki ryzyka choroby, która ich dotknęła i dlaczego przyjmują je z dużym lekceważeniem.

Współpraca z pacjentami, którzy wyraźnie dostrzegają związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy własnym postępowaniem — obejmującym leczenie niefarmakologiczne i farmakologiczne — a własnym stanem zdrowia jest najbardziej efektywna. W sytuacji, gdy leczenie powoduje wyraźne pozytywne skutki, a pacjent deklaruje: „Kiedy stosuję leki, czuję się dobrze”, można z dużym prawdopodobieństwem oczekiwać kontynuowania leczenia. W tej sytuacji należy jedynie sprawdzać, czy chory nie zwiększa samodzielnie dawki lub częstotliwości przyjmowania leku.

Osoby otwarte na wskazówki lekarza prowadzącego, które chętnie konsultują się w przypadku wątpliwości, to grupa chorych skrupulatnie przestrzegająca terapii. Taka postawa gwarantuje nie tylko przyjmowanie leków zgodne z zaleceniami lekarza, ale jednocześnie właściwy czas prowadzonej terapii.

Inna grupa pacjentów to wyznawcy zasady mówiącej, że przyszłość już i tak dawno została zdeterminowana, a wysiłki podejmowane przez nas i tak na nic się nie zdadzą. Informację o chorobie przyjmują z poczu-

ciem beznadziejności, a udzielane porady uważają w dużym stopniu za nieskuteczne [6]. W tych przypadkach tylko pozytywna motywacja może przynieść pożądany rezultat. Zaobserwowano, że palacze papierosów i osoby prowadzące siedzący tryb życia i niestosujące zasad zdrowego żywienia — także rzadziej wykazują systematyczność w stosowaniu zaleceń lekarskich dotyczące farmakoterapii. Wynika to prawdopodobnie z postawy pacjenta wobec zdrowia. Zrozumienie faktu odmienności w sposobie przyjmowania i przestrzegania zaleceń zależnych od osobowości pacjenta pozwoli lekarzowi na zmniejszenie frustracji związanej z ewentualnym niepowodzeniem prowadzonej terapii.

Więź między pacjentem a lekarzem wynikająca z ciągłości leczenia ma istotny wpływ na prowadzoną terapię. Wieloletnia współpraca i dotychczasowe doświadczenia owocujące zaufaniem pacjenta do lekarza są również narzędziem terapeutycznym [7].

Skutki leczenia wynikają więc z trafności postawionego rozpoznania, wyboru optymalnej terapii i dokładności w przestrzeganiu zaleceń lekarskich. Są wypadkową wiedzy lekarza prowadzącego terapię, jego umiejętności komunikacji interpersonalnej (lekarz–pacjent), osobowości pacjenta, jego wcześniejszych doświadczeń i wiedzy. Na część z tych czynników jako terapeuci nie mamy wpływu, inne z nich — w przebiegu ustawicznego kształcenia — możemy modyfikować.



Więź między pacjentem a lekarzem wynikająca z ciągłości leczenia ma istotny wpływ na prowadzoną terapię

PIŚMIENNICTWO

1. Kardas P. Nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich przyczyną nieskuteczności terapii. *Pol. Merk. Lek.* 2003; 9: 732–735.
2. Gaciąg Z. Współpraca z pacjentem w leczeniu nadciśnienia tętniczego. *Medycyna po Dyplomie. Wydział Specjalne* 2008; 3: 8–11.
3. Sewerynek E., Skowrońska-Józwiak E., Szczygieł K. i wsp. Stopień przestrzegania zaleceń przewlekłej terapii alendronianem przez pacjentów leczonych z powodu osteoporozy. *Ortop. Traum. Rehab.* 2005; 7 (supl. 1): 134.
4. Bunkier M. Medication adherence and persistence as the corestone of effective antihypertensive therapy. *Am. J. Hypertens.* 2006; 19: 1190–1196.
5. Kuna P., Kupryś-Lipińska I. Problem współpracy lekarz-pacjent u chorych na astmę oskrzelową. *Medycyna po Dyplomie. Wydział Specjalne* 2008; 3: 25–30.
6. Biesaga T. Autonomia lekarza i pacjenta a cel medycyny. *Medycyna Praktyczna* 2005; 6: 20–24.
7. Pietras T. Umiejętności porozumiewania się z pacjentem. W: Grabski W., Nowak D. *Przewodnik do ćwiczeń z praktycznego nauczania medycyny klinicznej.* Łódź, Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Łodzi 2007; 7–10.