

POLSKIEGO PACJENTA PORTRET WŁASNY

RAPORT O PRZESTRZEGANIU ZALECEŃ TERAPEUTYCZNYCH PRZEZ POLSKICH PACJENTÓW



- JAK SIĘ LECZA?
- DLACZEGO NIE STOSUJĄ PRZEPISANYCH LEKÓW?
- JAK POMÓC PACJENTOM LECZYĆ SIĘ SKUTECZNIEJ?

SPIS TREŚCI

▪ WPROWADZENIE – ZARZĄD FUNDACJI.....	2
▪ POSTAWY PACJENTÓW WOBEC ZALECEŃ LEKARSKICH W TERAPII CHOROÓB PRZEWLEKŁYCH – RAPORT Z BADANIA.....	5
▪ NIEPRZESTRZEGANIE ZALECEŃ TERAPEUTYCZNYCH NA ŚWIECIE I W POLSCE – DR HAB. PRZEMYSŁAW KARDAS.....	25
▪ ADHERENCE, COMPLIANCE, PERSISTENCE – WSPÓŁPRACA, ZGODNOŚĆ I WYTRWAŁOŚĆ - PODSTAWOWY WARUNEK SUKCESU TERAPII – PROF. DR HAB. ZBIGNIEW GACIONG, PROF. DR HAB. PIOTR KUNA.....	37
▪ SŁOWNICZEK.....	40



PENTOR
RESEARCH INTERNATIONAL
MEMBER OF



Wykonawca badania:
Postawy pacjentów wobec zaleceń lekarskich
w terapii chorób przewlekłych

SZANOWNI PAŃSTWO

Prezentujemy wyniki badania na temat przestrzegania zaleceń terapeutycznych przez polskich pacjentów (compliance). Badanie zrealizowała agencja badawcza Pentor Research International na zlecenie Fundacji na rzecz Wspierania Rozwoju Polskiej Farmacji i Medycyny.

Raport zawiera także wstępne wnioski dr. hab. Przemysława Kardasa z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, koordynatora badań prowadzonych w ramach projektu ABC („Ocena barier na drodze do przestrzegania zaleceń terapeutycznych w celu osiągnięcia bezpiecznego, skutecznego i efektywnego kosztowo użycia leków w Europie”) finansowanego przez UE. Profesorowie: Zbigniew Gaciong z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego i Piotr Kuna z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi przedstawiają ponadto, jak z problemem compliance próbuje zmagać się świat nauki.

Warto podkreślić, że Fundacja jako pierwsza instytucja w Polsce kompleksowo zainteresowała się problemem compliance zarówno od strony naukowej – finansując konkurs na projekt badawczy w tej dziedzinie, jak i społecznej – badania opinii społecznej (Pentor).

Zgadając się z wnioskiem płynącym z konstatacji, że leki nie działają u chorych, którzy ich nie biorą, Fundacja postanowiła dowiedzieć się, dlaczego znacząca część pacjentów nie leczy się systematycznie i czy można temu zaradzić. W 2007 roku ogłosiła konkurs na najlepszy projekt badawczy na temat: „Problem współpracy z pacjentem w leczeniu oraz profilaktyce chorób przewlekłych: występowanie, ocena, propozycje poprawy”. Przyznano wówczas dwa granty na realizację projektów: prof. dr hab. Ewy Sewerynek, pt. „Ocena przestrzegania zaleceń lekarskich (adherence) w leczeniu osteoporozy – określenie czynników mogących wpływać na brak ciągłości i systematyczności terapii”, i dr. hab. Przemysława Kardasa pt. „Wpływ kompleksowej strategii edukacyjno-behawioralnej na przestrzeganie zaleceń terapeutycznych podczas leczenia hipolipemizującego statynami w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej”. Oba projekty są aktualnie w trakcie realizacji.

Konkurs pokazał jednocześnie (stosunkowo niewielka liczba zgłoszonych projektów), że problem compliance

nie leży w kręgu priorytetowych zainteresowań naukowych badaczy i często jest mylony np. z badaniem satysfakcji pacjentów z leczenia. Generalnie świadomość znaczenia dobrej współpracy z pacjentem w środowisku medycznym jest niska. Dlatego zarząd Fundacji wspólnie z Radą Naukową postanowili wesprzeć lekarzy publikacją „Współpraca lekarza z pacjentem w chorobach przewlekłych – compliance, adherence, persistence. Stan obecny i możliwość poprawy”, która ukazała się jako suplement do magazynu medycznego „Medycyna po Dyplomie” w nakładzie 30 tys. egzemplarzy i została bezpłatnie przekazana lekarzom (pełna wersja suplementu dostępna jest także na stronie internetowej Fundacji: www.polpharma.pl/fundacja).

Kolejnym krokiem było uruchomienie na stronie internetowej Fundacji specjalnej sekcji o compliance z ankietami dla lekarza i pacjenta, które przygotowała prof. Janina Stępińska przy współpracy pozostałych członków Rady Naukowej.

Materiały informacyjne o compliance Fundacja prezentowała również na szeregu zjazdach i konferencjach medycznych, w których brali udział zarówno członkowie Rady Naukowej, jak i laureaci wspomnianego już konkursu dot. compliance.

W 2009 r. na stałe wpisaliśmy temat compliance do programu Pharma Wiedzy dla studentów uczelni medycznych realizowanego przez firmę Polpharma w formie cyklicznych konferencji naukowych. Fundacja zorganizowała także 2 kwietnia 2009 r. debatę pt. „Compliance – współpraca, zgodność, wytrwałość – podstawowy warunek sukcesu terapii”, z udziałem naukowców, dziennikarzy, lekarzy oraz studentów medycyny i farmacji. Wykład wprowadzający wygłosił dr hab. Przemysław Kardas z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, który podkreślił, że (...) blisko 50% pacjentów nie stosuje przepisanych leków zgodnie z zaleceniami. Zakres następstw zdrowotnych tego zjawiska zależy od rodzaju przyjmowanego leku (...): w przypadku leków kardiologicznych – może to być zagrożenie życia. W ślad za tym pojawia się konieczność korzystania z dodatkowych porad lekarskich, dodatkowych badań diagnostycznych i procedur leczniczych, z hospitalizacjami łącznie. Wszystko to pociąga za sobą także ogromne

wydatki: koszty związane bezpośrednio z nieprzestrzeganiem zaleceń terapeutycznych można ostrożnie szacować w Polsce na ok. 6 mld zł rocznie.(...) Efektem dodatkowym zorganizowanej przez Fundację debaty było zainteresowanie zagadnieniem compliance dziennikarzy, a co za tym idzie – zaistnienie tego tematu w mediach. Podejmowane działania pokazały, że wiedza na temat przyczyn, dla których pacjenci nie leczą się systematycznie, jest bardzo wyrywkowa, wręcz intuicyjna, nie poparta badaniami. Dlatego Fundacja zleciła agencji badawczej Pentor Research International przeprowadzenie badań jakościowych i ilościowych, zarówno wśród lekarzy, jak i pacjentów. W badaniach jakościowych celem była identyfikacja barier utrudniających pacjentom systematyczne stosowanie się do zaleceń lekarza, a także czynników motywujących ich do przestrzegania terapii. Istotne też było ustalenie, jak środowisko medyczne ocenia znaczenie compliance w codziennej praktyce.

Badania ilościowe agencja Pentor przeprowadziła w formie sondażu wielotematycznego Omnibus na próbie 1006 respondentów. Ich celem było określenie skali i przyczyn niestosowania się do zaleceń lekarza w społeczeństwie polskim.

Szczegółowy Raport z badania znajdą Państwo w dalszej części tej publikacji. Wyniki badania wskazują, że problematyka związana z compliance (stosowania się do zaleceń terapeutycznych) jest jeszcze słabo znana w Polsce. Pojęcie compliance funkcjonuje wśród polskich lekarzy głównie w bardzo zawężonym kontekście schematu dawkowania konkretnych leków. Zarówno osoby przewlekle chore, jak i przedstawiciele środowiska medycznego uważają, że pacjent stosuje się do zaleceń lekarza, gdy przestrzega już samych zaleceń farmakologicznych. Tym samym wymogi terapii dotyczące diety czy aktywności fizycznej najczęściej schodzą na dalszy plan, zarówno w ich przestrzeganiu przez pacjentów, jak i egzekwowaniu przez lekarzy. To zaś powoduje, że zarówno lekarze, jak i pacjenci bagatelizują ten problem i nie analizują szerszych konsekwencji tego zjawiska.

Wyniki badań nt. compliance prowadzonych w krajach Unii Europejskiej i Stanach Zjednoczonych prezentuje w swojej publikacji dr hab. Przemysław Kardas, który porównuje stopień nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych

w Polsce i w świecie. Wynika z nich, że pacjenci w krajach zachodnich, podobnie jak w Polsce, równie szybko rezygnują z leczenia przewlekłego, modyfikują dawkowanie lub w ogóle nie rozpoczynają terapii. Różni nas podejście do oceny konsekwencji nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych. Szczególnie w Stanach Zjednoczonych konsekwencje zdrowotne zostały już ściśle powiązane ze skutkami ekonomicznymi, które są nie mniej istotne. W Polsce świadomość tych powiązań ciągle jeszcze nie jest powszechna.

Ciekawa jest również odpowiedź autora na pytanie: „Czy najbliższe lata mogą przynieść przełom w przestrzeganiu przez pacjentów zaleceń terapeutycznych?”. Autor mówi tu raczej o ewolucji niż rewolucji i można się z tym zgodzić w odniesieniu do państw zachodnich. Natomiast biorąc pod uwagę, że w Polsce ten problem jest rozpatrywany dopiero od niedawna – to nawet drobne zmiany mogą się wydawać rewolucyjne.

Pogłębiona analiza wyników przeprowadzonych badań powinna wskazać kierunek działań, które należy podjąć w celu ograniczenia zjawiska braku systematyczności leczenia zgodnie ze wskazaniami lekarskimi. Naszym zdaniem na pewno warto rozważyć wprowadzenie zmian do programu szkolenia studentów i absolwentów medycyny w sztuce komunikacji, motywacji, negocjacji z pacjentem chorym przewlekle. Dobre relacje lekarz-pacjent przekładają się na stopień zaufania pacjenta do lekarza. A badania wskazały zaufanie jako czynnik silnie motywujący pacjenta do systematycznego leczenia.

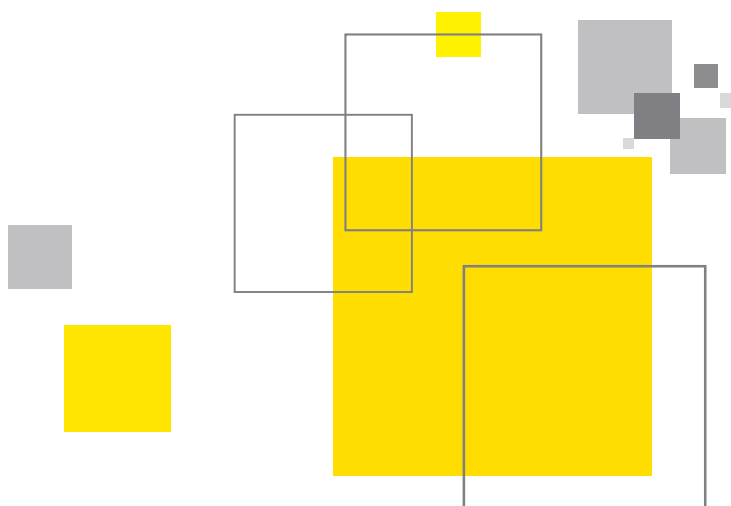
Ufamy, że przekazany Państwu Raport stanowić będzie impuls do dyskusji o compliance zarówno w środowisku medycznym, jak i szerzej poprzez organizacje pacjentów, wśród leczących się i ich rodzin. Liczymy też na zainteresowanie mediów, których rola w propagowaniu systematycznej, czyli skutecznej terapii jest nie do przecenienia.

Uważamy, że działania podejmowane przez Fundację będą miały wpływ na lepsze rozumienie problemu, w tym konsekwencji nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych i przyspieszą usuwanie barier leżących na drodze do bezpiecznego, skutecznego i efektywnego leczenia.

**Zarząd Fundacji na rzecz Wspierania
Rozwoju Polskiej Farmacji i Medycyny**

POSTAWY PACJENTÓW WOBEC ZALECEŃ LEKARSKICH W TERAPII CHOROÓB PRZEWLEKŁYCH

RAPORT Z BADANIA





SPIS TREŚCI

▪ STRESZCZENIE.....	7
▪ WPROWADZENIE: METODOLOGIA I CELE BADANIA.....	9
▪ COMPLIANCE: PACJENCI I LEKARZE WOBEC ZALECEŃ TERAPEUTYCZNYCH.....	10
Rozumienie compliance.....	10
▪ KLUCZOWE CZYNNIKI WPŁYWAJĄCE NA COMPLIANCE.....	12
▪ CZYNNIKI WPŁYWAJĄCE NA COMPLIANCE ZE STRONY CHOREGO.....	13
Postawa wobec choroby oraz leczenia.....	13
Osobowość pacjenta.....	13
Postawa rodziny / bliskich wobec leczenia chorego.....	14
Płeć, wiek i tryb życia.....	14
Postawa pacjenta wobec leków.....	15
Wiedza / świadomość konsekwencji choroby.....	15
Zaufanie do środowiska medycznego.....	16
▪ CZYNNIKI WPŁYWAJĄCE NA COMPLIANCE ZE STRONY LEKARZA / ŚRODOWISKA MEDYCZNEGO.....	17
Jakość relacji lekarz – pacjent.....	17
Dostęp do lekarza i koszty terapii.....	19
▪ CZYNNIKI ZWIĄZANE Z CHOROBA.....	20
Czas trwania choroby.....	20
Moment wykrycia choroby.....	20
Występowanie odczuwalnych objawów choroby.....	20
Efekty oraz skutki uboczne terapii.....	20
Hospitalizacja.....	20
Schemat leczenia.....	20
▪ POSTAWY WOBEC CHORÓB I LECZENIA.....	21
Kiedy Polak idzie do lekarza.....	21
▪ PODSUMOWANIE.....	23

POSTAWY PACJENTÓW WOBEC ZALECEŃ LEKARSKICH W TERAPII CHOROÓB PRZEWLEKŁYCH

STRESZCZENIE

W miesiącach wrzesień – październik 2009 r., na zlecenie Fundacji na rzecz Wspierania Rozwoju Polskiej Farmacji i Medycyny agencja Pentor Research International przeprowadziła badania postaw Polaków wobec zaleceń terapeutycznych w terapii chorób przewlekłych. Były to badania zarówno jakościowe zrealizowane w grupach dyskusyjnych i w wywiadach indywidualnych, jak i ilościowe przy pomocy sondażu OMNIBUS na próbie 1006 Polaków.

Zaprezentowane w Raporcie wyniki badania pokazują, że przestrzeganie przez polskich pacjentów zaleceń terapeutycznych w terapii chorób przewlekłych jest w Polsce dużym problemem. Wielu chorych przerywa lub modyfikuje zalecaną terapię farmakologiczną (najczęściej zmienia dobową liczbę i wielkość dawek leku).

Spośród przewlekle chorych **jedynie!!! 65%** deklaruje, że zawsze przyjmuje wszystkie zalecone dawki (wykres 3, str. 9).

Co czwarty chory przewlekle nie stosował się do zaleceń lekarza i zdarzały mu się sytuacje wykorzystania tylko części przepisanego opakowania lub też wykorzystania niektórych lub tylko jednego z przepisanych leków (wykres 1).

Wykres 1. Odsetki osób przewlekle chorych, którym zdarzyła się dana sytuacja.



Wieloletnie leczenie wymaga od pacjenta rzetelnej wiedzy o chorobie, o korzyściach z leczenia i konsekwencjach niestosowania się do zaleceń terapeutycznych, ale także zaufania do specjalistów w zakresie medycyny, woli życia i wiary w skuteczność terapii, cierpliwości oraz samodyscypliny.

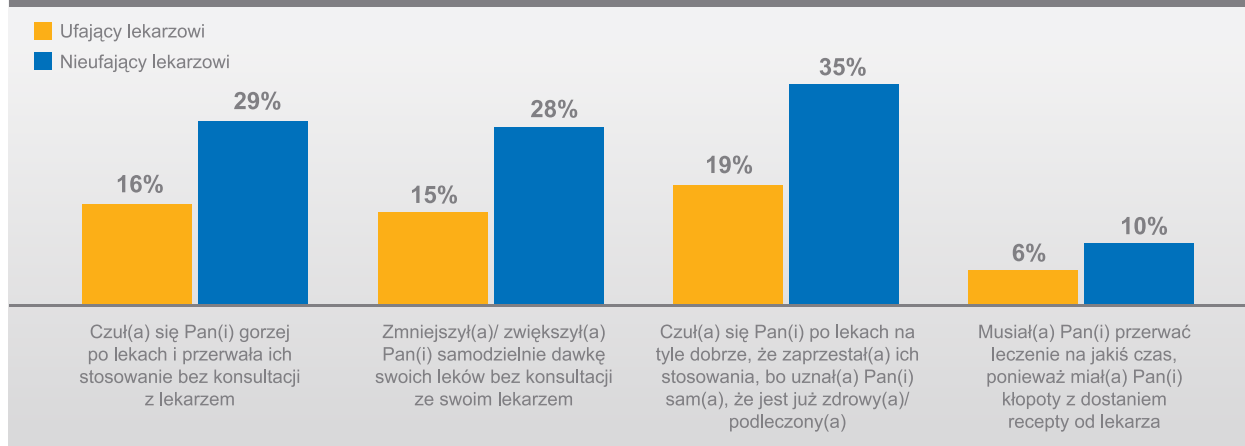
Wyniki badania pokazują, że w zakresie społecznej wiedzy o chorobach przewlekłych występują trzy kluczowe problemy:

- wiedza dotyczy głównie najpoważniejszych zagrożeń – a takie najłatwiej nie traktować poważnie, bo są zbyt odległe, pojawiają się tylko w skrajnych przypadkach („a przecież ja do takich nie należę”, „ja wiem co może się stać, ale mnie to nie dotyczy”);
- brak wiedzy na temat mniej poważnych konsekwencji, postępującego rozwoju choroby i stopniowego wyniszczania przez nią organizmu, atakowania kolejnych narządów, a tym samym pogarszania ogólnego funkcjonowania – a co za tym idzie, bagatelizowanie swojego stanu zdrowia czy potrzeby regularnego leczenia;
- brak świadomości, że właściwe postępowanie / stosowanie się do zaleceń lekarza może poprawić stan zdrowia, ograniczyć postęp choroby;
- brak wiedzy na temat pozytywnych skutków stosowania się do zaleceń.

Dlatego tak istotnym jest, aby w trakcie terapii rozmawiać z pacjentami i uświadamiać im, że niestosowanie się do zaleceń lekarza to nie tylko odległe i krańcowe konsekwencje, z dzisiejszej perspektywy nie dające się łatwo ocenić, ale też te bliższe, które wpływają na jego codzienne funkcjonowanie, pogarszają jego stan z dnia na dzień.

Ale czy lekarz może przekonać do swoich racji pacjenta, który mu nie ufa? Z badań wynika, że w takim przypadku efekty działań są niewielkie. Im mniejsze bowiem zaufanie do lekarza, tym większa skłonność do samodzielnego modyfikowania zalecanej terapii (wykres 2).

Wykres 2. Modyfikowanie terapii w zależności od zaufania do lekarza przez osoby przewlekle chore.



Warto zatem położyć szczególny nacisk na te elementy i pokazać lekarzom, jak bardzo ich podejście wpływa na postawę pacjentów i ich stosunek do leczenia.

To właśnie opiekujące się pacjentem otoczenie medyczne, a także jego najbliższe środowisko społeczne mogą wzmacniać u chorego wolę systematycznego, zgodnego z zaleceniami leczenia się lub ją pomniejszać.

Jak sugerują badania, lekarze zdają sobie wprawdzie sprawę z ważności przestrzegania przez pacjentów przepisanej im terapii, ale:

- nie postrzegają tego zagadnienia jako ważnego problemu społecznego i medycznego,
- mają skłonność do wąskiego postrzegania tego zjawiska, głównie w kategoriach zaleceń farmakologicznych,
- czują się też bezradni wobec rzeczywistych zachowań pacjentów.

Biorąc pod uwagę te wszystkie elementy, niezmiernie istotna wydaje się konieczność budowania szerokiej koalicji dotyczącej compliance z udziałem wszystkich zainteresowanych środowisk:

- Pacjenci powinni, po pierwsze, lepiej rozumieć znaczenie prawidłowego stosowania się do zaleceń lekarzy, ale też powinni otrzymywać różne formy wsparcia, zarówno od specjalistów, pracowników służby zdrowia, jak i od najbliższego otoczenia.

- Ludzie mający wśród bliskich chorych z przewlekłymi schorzeniami, muszą się uczyć współżycia i współpracy z nimi. Potrzebują wiedzy o tym, jak wzmacniać u chorego wolę walki z chorobą, ale też – jak w codziennym życiu realizować zalecenia odnośnie zażywania leków oraz sposobu odżywiania i stylu życia.
- W odniesieniu do środowisk medycznych szczególnie ważna wydaje się popularyzacja problematyki compliance, w tym – argumentów wskazujących na wagę tego zagadnienia, tak w perspektywie ściśle medycznej, jak i społecznej. Szczególnie istotne jest doskonalenie umiejętności lekarzy w zakresie pracy z chorymi przewlekle, zwłaszcza rozumienia stanów psychicznych i zachowań tych pacjentów, a także nauczanie metod pomagających motywować chorych do ścisłego przestrzegania farmakologicznych oraz pozafarmakologicznych zaleceń terapeutycznych.

W codziennej pracy z pacjentem przewlekle chorym warto również pamiętać, jak ogromną rolę odgrywają czynniki emocjonalne, budujące postawę pacjenta. To one właśnie są najsilniejszym motywatorem do przestrzegania zaleceń terapeutycznych.

Rysunek 1. Motywatory stosowania się do zaleceń terapeutycznych.



Wewnętrzna potrzeba bycia samodzielnym, sprawnym fizycznie, aktywnym w życiu zawodowym i rodzinnym, a także obawa przed byciem ciężarem dla kogokolwiek,

to kluczowe czynniki wpływające na pozytywną postawę wobec leczenia. Dlatego tak ważne jest, by umiejętnie je wykształcić w każdym pacjencie.

WPROWADZENIE: METODOLOGIA I CELE BADANIA

Jesienią 2009 roku Fundacja na rzecz Wspierania Rozwoju Polskiej Farmacji i Medycyny przeprowadziła badanie postaw Polaków wobec zaleceń terapeutycznych w terapii chorób przewlekłych. Badanie zostało zrealizowane we współpracy z agencją Pentor Research International.

Kluczowe cele badania dotyczyły:

- identyfikacji oraz analizy najważniejszych barier i motywatorów wpływających na brak przestrzegania zaleceń terapeutycznych – compliance – w leczeniu chorób przewlekłych,
- określenia skali i przyczyn niestosowania się do zaleceń lekarza przez pacjentów,
- oszacowania skali występowania niektórych chorób przewlekłych wśród Polaków oraz wiedzy o tych chorobach.

Projekt składał się z dwóch etapów. Etap jakościowy służył przede wszystkim do badania postaw wobec leczenia chorób przewlekłych, natomiast etap ilościowy pozwolił na kwantyfikację obserwowanych zjawisk i trendów.

Badania jakościowe zrealizowano w grupach dyskusyjnych oraz przez pogłębione wywiady indywidualne.

Wzięli w nim udział zarówno przedstawiciele środowiska medycznego, jak i pacjenci:

Rysunek 2. Uczestnicy badania.

ŚRODOWISKO MEDYCZNE

- lekarze:
 - specjaliści - kardiolodzy, diabetolodzy, psychiatry
 - rodinni / pierwszego kontaktu
- pielęgniarki środowiskowe
- aptekarze

PACJENCI

- pacjenci ze zdiagnozowaną:
 - chorobą układu krążenia (miażdżyca, nadciśnienie tętnicze, hipercholesterolemia)
 - cukrzycą
 - depresją
 - schizofrenią
- matki dzieci do lat 18-tu ze zdiagnozowaną astmą oskrzelową lub alergią
- pacjenci z chorobami wieku podeszłego oraz osoby odpowiedzialne za opiekę nad nimi

Natomiast badanie ilościowe przeprowadzono w ramach sondażu wielotematycznego OMNIBUS na próbie mieszkańców Polski w wieku od 15 roku życia, reprezentatywnej ze względu na płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania i dochód. Sondaż zrealizowano metodą bezpośrednich wywiadów (CAPI) przeprowa-

dzonych przez ankierów w domach respondentów. Wśród ogółu respondentów (N=1006) zidentyfikowano grupę osób w wieku 15+, które zadeklarowały, że zdiagnozowano u nich chorobę przewlekłą (N=228) (były to najczęściej choroby serca, cukrzyca i podwyższony cholesterol).

COMPLIANCE: PACJENCI I LEKARZE WOBEC ZALECEŃ TERAPEUTYCZNYCH

Rozumienie compliance

Compliance to stosunkowo nowe zagadnienie w medycynie, mało znane poza kręgiem specjalistów. Lekarze uczestniczący w badaniu używali raczej polskiego wyrażenia „stosowanie się do zaleceń” (tylko pojedyncze osoby znały angielski termin compliance) i odwoływali się w tym kontekście najczęściej do łatwości / trudności w zakresie dawkowania leków. Tylko nieliczni wskazywali na szerszy kontekst – farmakologicznych i pozafarmakologicznych zaleceń. Choć uczestniczący w badaniu **lekarze sądzą, że compliance to sprawa istotna, to rzadko widzą w tym problem o zasadniczym znaczeniu.**

Wielu lekarzy cechuje bowiem duża tolerancja na brak stosowania się pacjenta do zaleceń, w tym szczególnie związanych z dietą i aktywnością fizyczną. Zwracają przede wszystkim uwagę na stosowanie się chorych do zaleceń farmakologicznych, choć i w tym obszarze występuje duża akceptacja zachowań pacjentów.

Mając na uwadze ocenę stopnia stosowania się chorych do zaleceń, wśród lekarzy można wyróżnić dwie postawy (Rysunek 3):

- **Postawa pobłażliwa** – dominująca wśród lekarzy – częściej charakteryzuje lekarzy pierwszego kontaktu, którzy koncentrują się głównie na zaleceniach farmakologicznych, traktując wytyczne pozafarmakologiczne jako drugorzędne (okazują w tym zakresie dużą wyrozumiałość). „Pobłażliwi” to często lekarze, którzy czują się bezsilni wobec niezdyscyplinowanych pacjentów, nie mają pomysłów na ich motywowanie.
- **Postawa restrykcyjna** – występuje relatywnie często u lekarzy specjalistów, zwracających uwagę zarówno na stosowanie się chorych do zaleceń farmakologicznych, jak i pozafarmakologicznych.

Rysunek 3. Postawy lekarzy wobec pacjentów.

POSTAWY LEKARZY ODNOŚNIE STOSOWANIA SIĘ PACJENTÓW DO ZALECEŃ

POSTAWA POBŁAŻLIWA

- Częściej charakteryzuje **lekarzy POZ**
- Ich zdaniem pacjenci rzadko w pełni stosują się do zaleceń lekarza i **akceptują tę sytuację**. Uważają, że jest to **zjawisko, które występuje wszędzie i nie da się go uniknąć**.
- **Za sukces uważają już samo stosowanie się pacjentów do zaleceń farmakologicznych.**
- **Uważają, że nie mają większego wpływu na stosowanie się pacjentów do zaleceń związanych z dietą czy aktywnością fizyczną – „pacjent jest dorosły i sam za siebie odpowiada, do niczego go nie mogę zmusić”.**
- Część „przyjmyka na to oko”, część przyjmuje postawę: „albo się leczymy, albo się bawimy”, inni czują się całkowicie bezsilni wobec pacjentów niewspółpracujących.

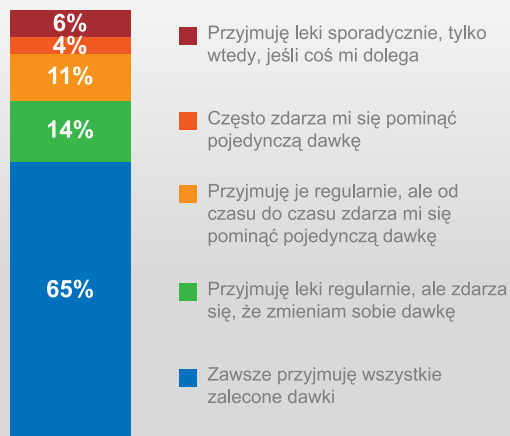
POSTAWA RESTRYKCYJNA

- **Reprezentowana w mniejszości.** Częściej charakteryzuje lekarzy **specjalistów**.
- **Brak compliance częściej postrzegają jako problem, któremu trzeba przeciwdziałać.**
- Ich zdaniem, **pacjent bezwzględnie powinien stosować się do wszystkich zaleceń lekarza:**
 - stosowanie się do zaleceń farmakologicznych nie jest wystarczające
 - zalecenia dotyczące aktywności fizycznej oraz diety są równie ważne.
- **Starają się podkreślać podczas wizyt również temat diety oraz ruchu, jako istotne dla pacjenta.**

Pacjenci, podobnie jak lekarze, za najważniejsze uważają zalecenia farmakologiczne, zaś rekomendacje pozafarmakologiczne traktują jako opcjonalny dodatek do terapii. Ponieważ konsekwencje braku stosowania diety czy aktywności fizycznej nie są odczuwane natychmiast, traktują je jako mniej istotne. A to sprawia, że niewypełnienie zaleceń pozafarmakologicznych nie jest postrzegane jako problem – wielu chorych nie ma poczucia winy związanego z lekceważeniem wskazań dotyczących diety i stylu życia.

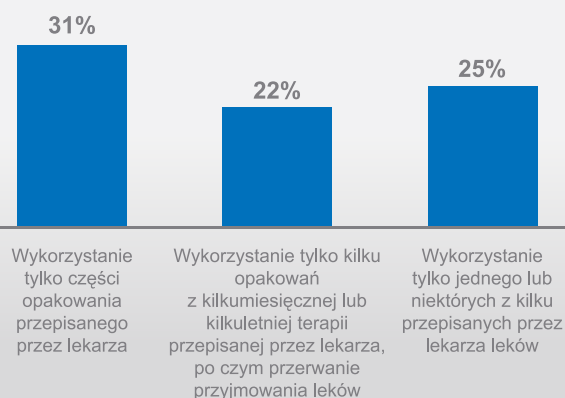
Wyniki sondażu wskazują jednak, że pacjenci nie zawsze przestrzegają zaleceń lekarzy także w zakresie samej farmakoterapii (wykres 3). **Co dziesiąty chory przewlekle przyznał bowiem, że przyjmuje leki nieregularnie, ale to, co respondenci określali mianem regularnego przyjmowania leków, jest dalekie od rzeczywistych zaleceń.**

Wykres 3. Deklaracje na temat sposobu przyjmowania leków przez przewlekle chorych.



Spośród przewlekle chorych aż 65% deklaruje, że zawsze przyjmuje wszystkie zalecane dawki (wykres 3). **Jednak mimo wysokich deklaracji, co czwarty chory przewlekle nie stosował się do zaleceń lekarza i zdarzały mu się sytuacje wykorzystania tylko części przepisanego opakowania lub też wykorzystania niektórych lub tylko jednego z przepisanych leków (wykres 4).**

Wykres 4. Odsetki osób przewlekle chorych, którym zdarzyła się dana sytuacja.

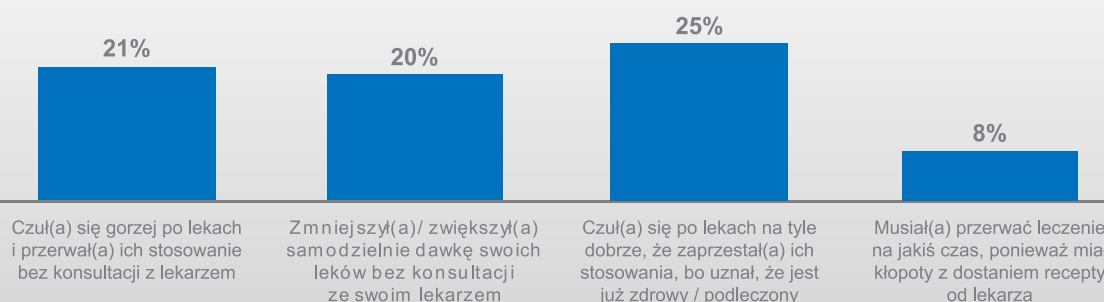


Ponadto, chorzy przewlekle, mimo deklarowanej systematyczności brania leków, przyznają, że zdarzają im się też sytuacje odstawiania leków bez konsultacji z lekarzem. Główne powody to:

- złe samopoczucie po zażyciu leku;
- chwilowo odczuwana poprawa, która sprawia, że czują się oni podleczeni i przestają przyjmować leki (wykres 5).

Wykres 5. Odstawienie leku bez konsultacji z lekarzem.

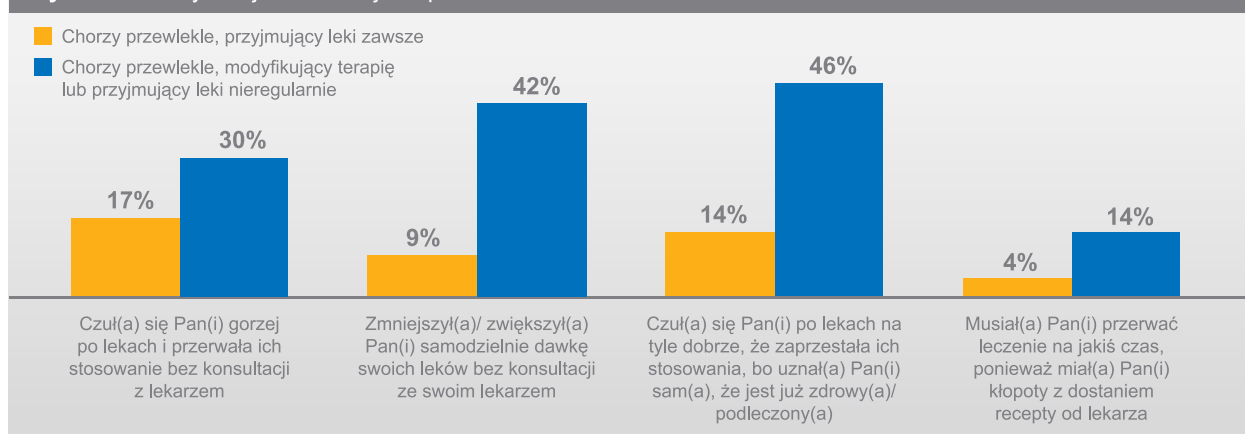
■ Chorzy przewlekle



Niektórzy modyfikują też zaleconą im terapię, tzn. samodzielnie zmniejszają lub zwiększają przepisaną

dawkę, bądź też przerywają leczenie (wykres 6).

Wykres 6. Modyfikacja zalecanej terapii.



KLUCZOWE CZYNNIKI WPŁYWAJĄCE NA COMPLIANCE

To, jak w praktyce przebiega terapia i w jakim stopniu pacjent przestrzega zaleceń lekarza, zależy od kilku kluczowych czynników. Można je podzielić na trzy zasadnicze grupy:

- leżące po stronie pacjenta (np. tryb życia, obecność rodziny, postawa wobec choroby czy osobowość);
- leżące po stronie środowiska medycznego (np. dostęp do lekarza, częstość i czas trwania wizyt, jakość relacji lekarz – pacjent)
- związane z chorobą (np. uciążliwość objawów choroby, efekty leczenia, trudność schematu terapeutycznego)

Rysunek 4. Czynniki, które mają wpływ na stopień stosowania się do zaleceń lekarza.

WŚRÓD CZYNNIKÓW WPŁYWAJĄCYCH NA POSTAWĘ PACJENTA W TERAPII CHOROBY PRZEWLEKŁYCH MOŻNA WYRÓŻNIĆ:



W kontekście compliance ważne są zarówno czynniki racjonalne, jak i emocjonalne.

Świadomość tych czynników, a także ich zrozumienie przez przedstawicieli personelu medycznego,

pozwoli na lepsze poznanie motywacji pacjentów do leczenia, a tym samym przestrzeganie zaleceń terapeutycznych.

CZYNNIKI WPLYWAJĄCE NA COMPLIANCE ZE STRONY CHOREGO

Postawa wobec choroby oraz leczenia

Na podstawie badania, można stwierdzić, że o różnicach w podejściu pacjentów decyduje w głównej mierze ich postawa wobec choroby oraz świadomość długotrwałego leczenia.

Kluczową potrzebą, która motywuje bowiem chorych do leczenia, jest chęć bycia sprawnym, „zdrowym” na dłużej (wykres 7). Dla młodszych chorych oznacza to chęć bycia aktywnym, samodzielnym oraz możliwość realizowania swoich marzeń i zainteresowań. Dla osób starszych – to chęć bycia potrzebnym innym / rodzinie oraz możliwość uczestniczenia w życiu najbliższych / w wydarzeniach rodzinnych.

Wykres 7. Powody regularnego stosowania leków.



Pacjenci zmotywowani pozytywnie charakteryzują się prawidłową postawą wobec leczenia, postrzegają chorobę jako problem do rozwiązania i pokonania, a nie wyrok. W tym kontekście dominuje myślenie racjonalne „jestem chory, więc się lecę”.

Patrząc na problem z drugiej strony, kluczową barierą, która chorych demotywuje jest myślenie o chorobie w kategoriach „wyroku” – obawa, że leczenie będzie trwało do końca życia, a tym samym konieczność podporządkowania całego życia chorobie. Dodatkowo pojawia się strach przed stygmatyzacją przez otoczenie, postrzeganiem jako osoby słabszej, gorszej („do niczego się nie nadaję”). To z kolei pociąga za sobą lęk przed utratą pozycji zawodowej, pracy czy niemożnością wypełniania swojej roli, np. matki, gospodyni, żywiciela rodziny. Przekonanie, że choroba to „wyrok” często prowadzi do rezygnacji, sprzyja pojawieniu się mechanizmów „wyparcia” i bagatelizowania choroby. Chory nie wierzy w skuteczność leczenia.

Pacjent, który postrzega chorobę jako przeszkodę uniemożliwiającą mu „normalne” funkcjonowanie w życiu prywatnym i zawodowym, nie podporządkuje się zaleceniom lekarza lub będzie je modyfikował w wygodny dla niego sposób. Tacy pacjenci zwykle nie rozumieją specyfiki chorób przewlekłych, tj. potrzeby długotrwałej terapii:

- nie dbają o zdrowie;
- nie kontrolują choroby;
- zwykle nie akceptują choroby / nie przyjmują diagnozy.

Osobowość pacjenta

Pozytywna postawa wobec samego siebie wyraża się m.in. w szacunku do własnego zdrowia i sprzyja przestrzeganiu zaleceń w terapii chorób przewlekłych. Leczenie ułatwiają także pewne cechy osobowości, jak dyscyplina i odpowiedzialność. Pacjenci zdyscyplinowani są zwykle dobrze zorganizowani, sumienni, a zatem z łatwością przychodzi im podporządkowanie się zaleceniom lekarza.

Pacjentów z typem osobowości chaotycznym i niesu-
miennym cechuje niedbałość w zachowaniu regu-
larnego schematu przyjmowania leków (np. zwyczajnie
zapominają o dawce leku, zabraniu lekarstw na wyjazd
służbowy), a także nierzetelność w przestrzeganiu
pozostałych zaleceń lekarza.

„Ja wiem, że muszę przyjmować te leki, ale dość często
mi się zdarza zapominać. Wtedy coś, najwyżej wezmę
dwie tabletki.”

Postawa rodziny / bliskich wobec leczenia chorego

Zdaniem lekarzy, ogromne znaczenie odgrywa obec-
ność i pomoc rodziny. Najbliżsi sprzyjają bowiem pozy-
tywnym zachowaniom w czasie terapii. Pacjenci również
przyznają, że rodzina jest istotnym motywatorem do
podjęcia i kontynuacji leczenia.

Rodzina, która jest zaangażowana w chorobę, wspiera
psychicznie pacjenta oraz rozumie specyfikę choroby
(czyli np. ograniczenia z nią związane / dieta), pełni
dwie istotne role:

- motywującą do leczenia, gdyż daje poczucie sensu
życia – „mam dla kogo żyć”; „chciałbym doczekać
wesela wnuczka, który ma teraz 18 lat”; „ja niedługo
zostanę babcią”;
- funkcjonalną – przypomnianie o przyjęciu leków, wi-
zytach kontrolnych, etc. – „Ja mieszkam sama, ale do
mnie codziennie rano dzwoni córka i pyta: mama, leki
połknęłaś?”

Rodzina może jednak tworzyć również bariery w efekty-
wnym leczeniu. Głównym problemem jest tutaj brak

zrozumienia / świadomości wagi pewnych zaleceń leka-
rza / ograniczeń związanych z chorobą.

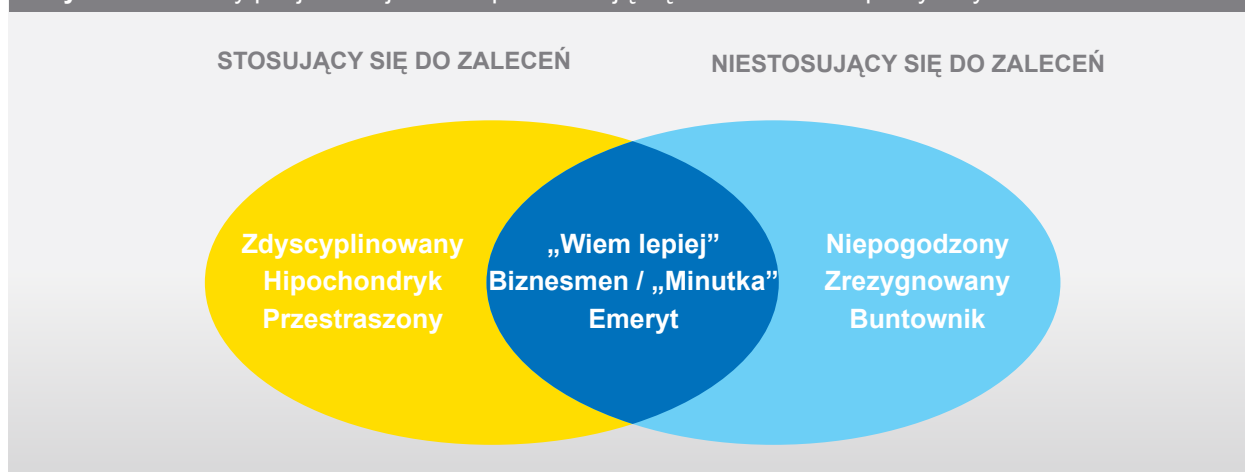
„Co ja mam zrobić, jak w domu gotuje żona i ona mi
daje to, co wszystkim. Nie będzie tylko dla mnie obiadu
specjalnie gotować.”

**W opinii lekarzy i pacjentów, barierą w leczeniu jest
samotność. Zarówno ta fizyczna, jak i psychiczna,
zdecydowanie utrudnia stosowanie się do zaleceń,
osłabia motywację – „nie mam dla kogo żyć”,
„nikt się mną nie interesuje”, „nikogo w domu nie
obchodzi, co się ze mną dzieje”.**

Płeć, wiek i tryb życia

Na stosowanie się do zaleceń mają wpływ również takie
czynniki, jak płeć, wiek oraz prowadzony przez chorego
tryb życia. Aktywność zawodowa oraz towarzyska może
nie sprzyjać regularności leczenia. Pacjenci aktywni
zawodowo zwykle są mniej zaangażowani w terapię,
wśród nich często można zaobserwować postawę
„wypierania” czy też bagatelizowania choroby. Choć
z drugiej strony, w tej grupie motywatorem do leczenia
może być chęć zachowania sprawności. Na poziomie
płci, osobami wykazującymi się mniejszą dyscypliną
są mężczyźni. Nie bez znaczenia są tutaj aspekty kul-
turowe. Mężczyźni postrzegani są bowiem jako silni,
waleczni, żadna choroba nie może ich „złamać”. Ko-
biety zaś, to osoby zdecydowanie bardziej zdyscypli-
nowane, odpowiedzialne, obowiązkowe, dobrze zorga-
nizowane, a tym samym – w lepszym stopniu stosujące
się do zaleceń lekarza.

Rysunek 5. Jacy pacjenci w jakim stopniu stosują się do zaleceń terapeutycznych.



Postawa pacjenta wobec leków

Wśród chorych niestosujących się do zaleceń lekarza, zarówno kobiet, jak i mężczyzn, można zaobserwować świadome odstawianie środków farmakologicznych. Zdaniem takich pacjentów leki to chemia, trzeba je zatem odrzucić: „nie potrzebuję leków”, „leki tylko szkodzą, więc biorę tylko do momentu, kiedy postawią mnie na nogi i odstawiam”. W tym przypadku, paradoksalnie, motywatores niestosowania leków jest chęć dbania o siebie i o swoje zdrowie – „dzięki temu nie obciążam wątroby”.

Mimo że lekarz postrzegany jest przez nich jako autorytet – „chce mnie wyleczyć, chce dla mnie dobrze”, zbyt mocne przekonanie o szkodliwości leków stanowi ogromną barierę w leczeniu.

Wiedza / świadomość konsekwencji choroby

Świadomość konsekwencji choroby może motywować chorego do leczenia i przestrzegania zaleceń lekarza, ale może też być poważną barierą do osiągnięcia dobrej współpracy w terapii chorób przewlekłych.

Większość badanych Polaków potrafi poprawnie wskazać konsekwencje najbardziej popularnych chorób (wykres 8).

Jednak, jak pokazują wyniki badania, w zakresie społecznej wiedzy o chorobach przewlekłych występują trzy istotne problemy:

- wiedza dotyczy głównie najpoważniejszych zagrożeń – a takie najłatwiej „wypierać”, bo są zbyt odległe, pojawiają się tylko w skrajnych przypadkach („a przecież ja do takich nie należę”, „ja wiem, co może się stać, ale mnie to nie dotyczy”);
- brak wiedzy na temat mniej poważnych konsekwencji, postępowania choroby i jej stopniowego wyniszczania organizmu, atakowania kolejnych narządów, a tym samym pogarszania ogólnego funkcjonowania – a co za tym idzie, bagatelizowanie swojego stanu zdrowia czy regularnego leczenia;
- brak świadomości, że właściwe postępowanie / stosowanie się do zaleceń lekarza może poprawić stan zdrowia, ograniczyć postęp choroby; brak powszechnej edukacji na temat pozytywnych skutków stosowania się do zaleceń.

Dlatego tak bardzo ważna jest rozmowa z pacjentem podczas wizyt i uświadamianie mu, że nieleczenie choroby to nie tylko odległe i krańcowe konsekwencje, dzisiaj trudne do zaakceptowania, ale też te bliższe, wpływające na jego codzienne funkcjonowanie.

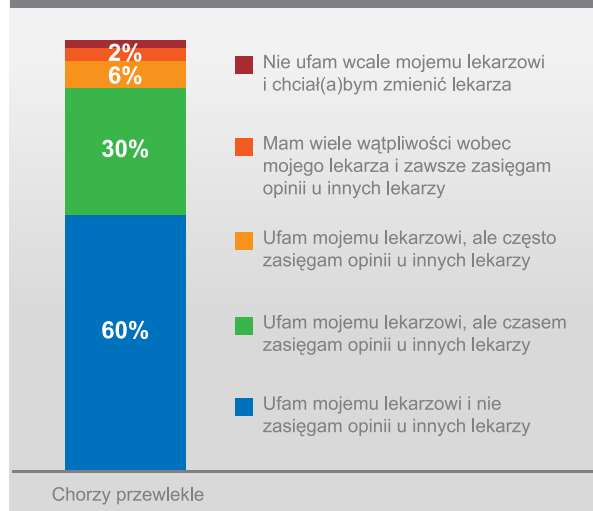
Wykres 8. Konsekwencje nieleczenia chorób przewlekłych wymieniane spontanicznie przez badanych.



Zaufanie do środowiska medycznego

Zaufanie do środowiska medycznego ma istotny wpływ na chęć współpracy podczas terapii. A jak pokazało badanie, średnio co dziesiąty badany (wykres 9) wyraża nieufność w stosunku do środowiska medycznego.

Wykres 9. Stopień zaufania do lekarza oceniany na skali.



Brak zaufania do lekarza może wynikać z kilku czynników:

1. Pierwszym, najważniejszym są złe doświadczenia pacjenta lub jego bliskich z kontaktów ze służbą zdrowia. Mogą to być sprawy nawet sprzed wielu lat, budując jednak poważne bariery we współpracy, niechęć wobec lekarza czy też obawy przed wizytą.

2. Kolejnym jest brak uznania autorytetu lekarza przez pacjenta. Lekarze sami przyznają, że pacjenci często podważają ich argumenty, odwołując się do wiedzy pozyskanej samodzielnie z Internetu czy od znajomych.

Nie bez znaczenia w tym aspekcie jest również współpraca lekarzy z firmami farmaceutycznymi, tendencyjnie, w tonie sensacji, przedstawiana w popularnych mediach. Lekarz często postrzegany jest jako osoba o nieczystych intencjach, kierująca się raczej swoimi korzyściami, a nie dobrem pacjenta (np. przepisuje leki, za które otrzymuje profity).

Zestawienie: Czynniki wpływające na compliance ze strony chorego.

CZNNIK	BARIERA	MOTYWATOR
Postawa wobec choroby	Wypieranie / zaprzeczanie chorobie Bagatelizowanie choroby • brak akceptacji choroby • negatywne nastawienie do leczenia i brak zaangażowania • lekceważenie choroby • brak zrozumienia potrzeby terapii długoterminowej • brak kontroli choroby i stanu zdrowia	Postawa adekwatna: • rozumienie specyfiki choroby przewlekłej i potrzeby długoterminowego leczenia • zaangażowanie w terapię • racjonalny sposób myślenia i postępowania – „jestem chory, więc się leczę”
Osobowość	Chaotyczność Nierzetelność Brak sumienności i systematyczności	Regularność Pedantyczność Sumienność, rzetelność, odpowiedzialność Zdyscyplinowanie, obowiązkowość
Rodzina	Samotność Brak wsparcia najbliższych Nie zrozumienie potrzeb chorego – bagatelizowanie zaleceń (namawianie do nieprzestrzegania diety)	Obecność rodziny Wsparcie fizyczne i psychiczne Wsparcie w pamiętaniu o lekach, wizytach i badaniach kontrolnych Wsparcie w przestrzeganiu zaleceń dietetycznych
Postawa wobec leków Wiedza / świadomość konsekwencji choroby	Postrzeganie leków jako „chemii” Niechęć do przyjmowania leków Brak wiedzy na temat skutków nieleczenia Wiedza ograniczona do najpoważniejszych / odległych zagrożeń choroby, rodząca wyparcie i zaprzeczenie	Postrzeganie leków jako środków pomagających w walce z chorobą Wiedza na temat choroby oraz leczenia – znajomość korzyści wynikających z leczenia
Zaufanie do środowiska medycznego	Brak uznania autorytetu lekarza, brak zaufania do lekarza Nieufność wobec diagnozy i zaleceń Kwestionowanie rekomendacji lekarza	Pacjent darzy lekarza zaufaniem, uznaje jego autorytet Lekarz postrzegany jako sprzymierzeniec w walce z chorobą

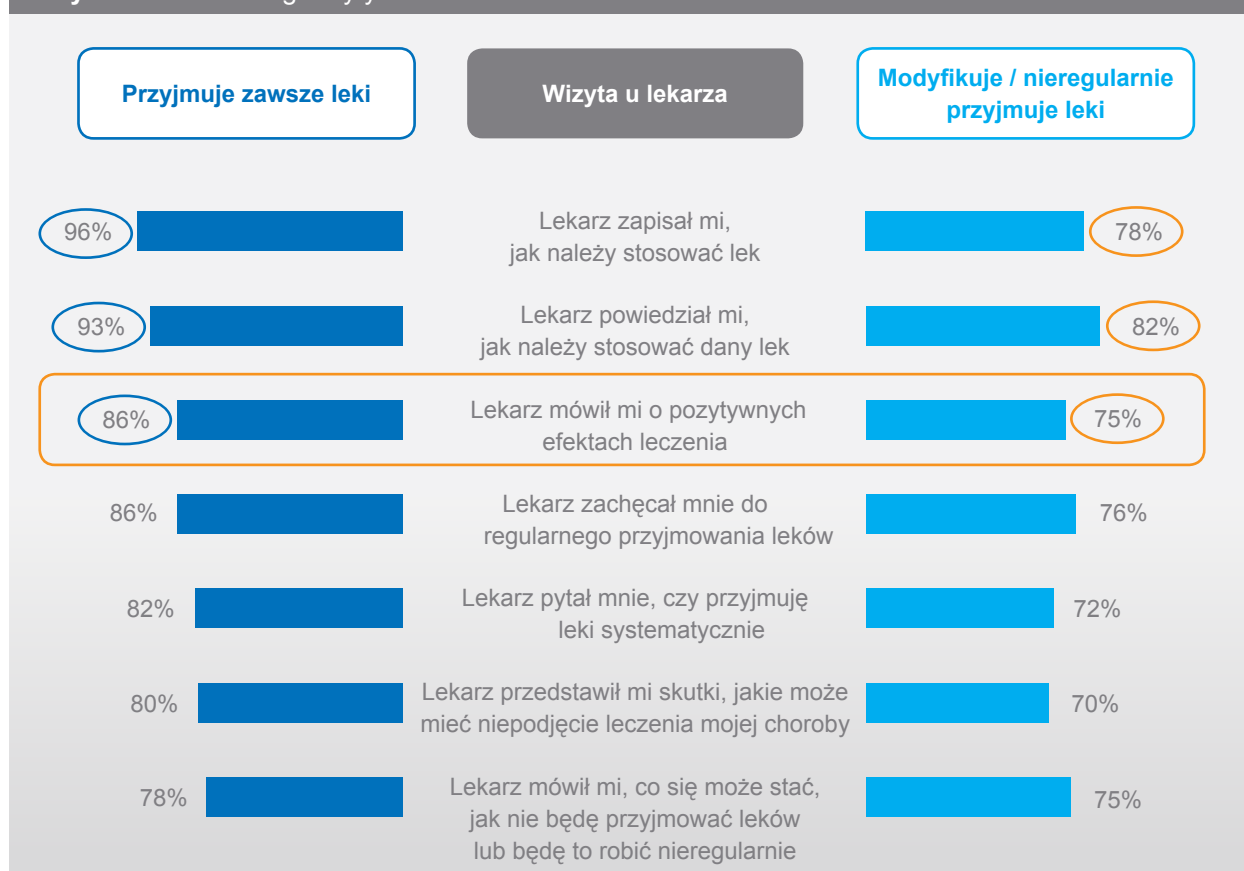
CZYNNIKI WPŁYWAJĄCE NA COMPLIANCE ZE STRONY LEKARZA / ŚRODOWISKA MEDYCZNEGO

Jakość relacji lekarz – pacjent

Jakość relacji lekarz – pacjent jest najważniejszym z czynników wpływających na przebieg terapii chorób przewlekłych. Dobra jakość relacji to umiejętność zaangażowania się lekarza, ale też całego środowiska medycznego w terapię pacjenta. To właśnie lekarz musi chcieć współpracować z pacjentem, jego zadaniem jest zainteresowanie się, czy pacjent stosuje się do zaleceń. Dlatego tak ważne jest, aby w czasie wizyty lekarz ocenił stopień realizowania przez chorego poszczególnych zaleceń terapeutycznych. Tylko wtedy można zauważyć elementy, z którymi pacjent gorzej sobie radzi. Polski pacjent jest na ogół zadowolony z wizyty u lekarza. Zgodnie z deklaracjami, większość chorych prze-

wlekle zazwyczaj otrzymuje wskazówki (pisemnie lub ustnie) o dawkowaniu środków farmaceutycznych, jest zachęcana do przyjmowania leków regularnie, a także informowana przez lekarza o korzyściach płynących z leczenia. Niestety spora część lekarzy koncentruje się na podkreślaniu negatywnych skutków niestosowania się do zaleceń, straszeniu konsekwencjami (wykres 10). **Warto zwrócić tutaj uwagę na fakt, iż nadmierne podkreślanie przez lekarza dramatycznych skutków w przypadku osób cierpiących na choroby przewlekłe, często wywołuje odwrotną reakcję pacjenta, zwiększa lęk, a także powoduje nasilenie mechanizmów wyparcia i zaprzeczania.**

Wykres 10. Przebieg wizyty u lekarza.



różnica istotna statystycznie (niebieskim kolorem oznaczono wynik wyższy, a pomarańczowym niższy)

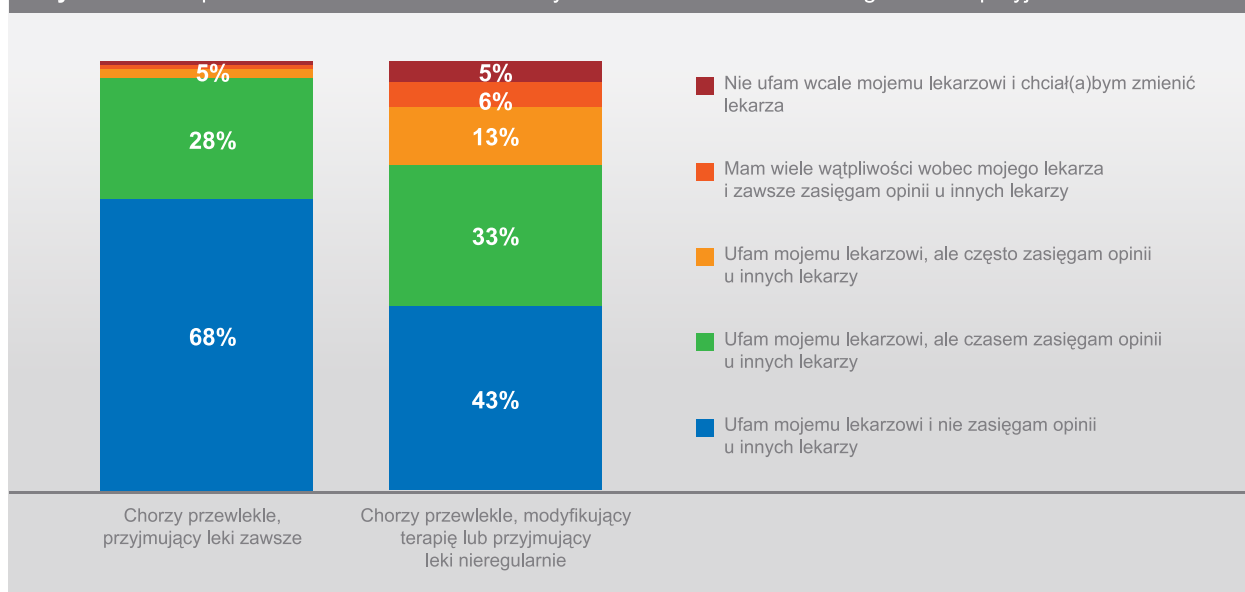
Zaufanie do lekarza jest bardzo ważnym i jednym z kluczowych czynników mających wpływ na przyjmowanie leków regularnie. **Większość Polaków twierdzi, że ufa swojemu lekarzowi i nie konsultuje się z innymi lekarzami (wykres 9). Ale aż 40% pacjentów ma problem z zaufaniem do swojego lekarza.**

Bardzo wyraźnie obrazuje nam to zjawisko wykres 11, pokazując sporą zależność między zaufaniem do lekarza, a stosowaniem się do jego zaleceń. Chorzy przewle-

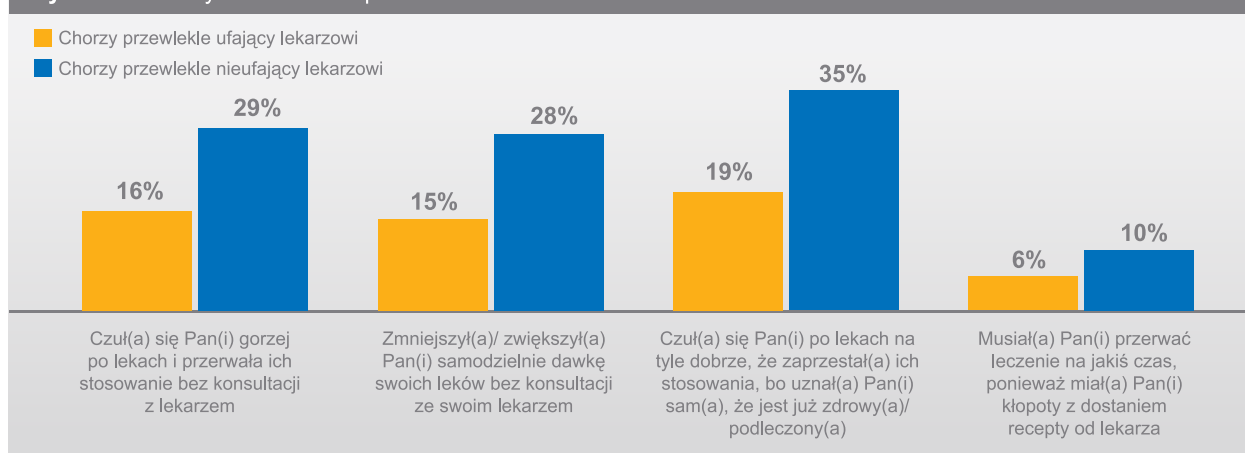
kle, którzy deklarują, że zawsze przyjmują wszystkie zalecane dawki leków, darzą swojego lekarza całkowitym zaufaniem istotnie częściej, niż osoby modyfikujące / nieregularnie przyjmujące leki.

Zaufanie do lekarza przekłada się także na mniejszą skłonność do modyfikowania terapii przez przewlekle chorych (wykres 12). Warto zatem położyć nacisk na ten czynnik i uświadomić lekarzom, jak bardzo ich podejście wpływa na postawę pacjentów.

Wykres 11. Stopień zaufania do lekarza oceniany na skali w zależności od regularności przyjmowania leków.



Wykres 12. Modyfikowanie terapii w zależności od zaufania do lekarza.



Dostęp do lekarza i koszty terapii

Prawdopodobieństwo, że chory będzie stosował się do zaleceń terapeutycznych, wzrasta również, gdy pacjent ma możliwość regularnego odwiedzania lekarza prowadzącego, porozmawiania z nim, a także gdy ma swobodny dostęp do badań kontrolnych.

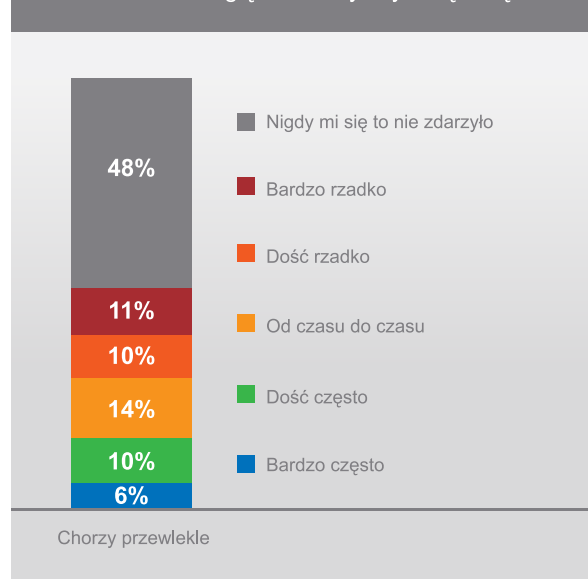
Z badania wynika, że chorzy często deklarują, że realizują przepisane recepty – niemal 2/3 wszystkich chorych zawsze wykupuje wszystkie leki na receptę przepisane im przez lekarza (wykres 13).

Wykres 13. Sposób wykupywania leków na receptę przepisanych przez lekarza.



Mimo wysokich deklaracji pacjentów w realizacji recept, to cena wydaje się największą barierą w wykupywaniu leków – 16% przewlekłych chorych rezygnuje z zakupu leków często lub bardzo często, ponieważ leki były zbyt drogie. Jednocześnie dla połowy przewlekłych chorych nie stanowi ona bariery (wykres 14).

Wykres 14. Odsetek osób chorych przewlekłych, którym zdarzyło się nie wykupić recepty ze względu na zbyt wysoką cenę leków.



Lekarze są zdania, że szeroki asortyment leków dostępnych na rynku pozwala obecnie na dostosowanie leczenia do możliwości finansowych każdego pacjenta. Są oni w stanie dobrać terapię na każdą kieszeń – „można tanio leczyć”.

Istnieje zatem, jak widać, znaczna rozbieżność między postrzeganiem problematyki kosztów terapii przez pacjentów („nie stać mnie na leczenie”) i przez lekarzy. Prawdopodobnie w dużym stopniu jest ona wynikiem braku efektywnej komunikacji. Pacjenci relatywnie rzadko proszą lekarza podczas wizyty o zmianę stosowanych leków na tańsze, czy też po prostu zapisanie na receptę tańszych leków.

Zestawienie: Czynniki wpływające na compliance ze strony lekarza.

CZYNNIK	BARIERA	MOTYWATOR
Jakość relacji lekarz – pacjent	Brak ze strony lekarza: • chęci współpracy z pacjentem • empatii • edukacji pacjenta na temat choroby • zainteresowania kwestią stosowania się do zaleceń • chęci szczerej rozmowy z pacjentem	Zaangażowanie lekarza w terapię: • czas dla pacjenta • chęć niesienia pomocy • wsparcie, empatia, nawiązanie więzi – „poczucie, że lekarz interesuje się pacjentem i jego chorobą” • umiejętność edukacji na temat choroby • wytworzenie poczucia bezpieczeństwa
Dostęp do lekarza i koszty terapii	Utrudniony dostęp do lekarza Brak dostępu do badań specjalistycznych Koszty terapii przewyższające możliwości finansowe chorego	Swobodny dostęp do lekarzy POZ i specjalistów Dostępność specjalistycznego sprzętu do badań Akceptowalne dla pacjenta koszty terapii

CZYNNIKI ZWIĄZANE Z CHOROBA

Czas trwania choroby

O wpływie czasu trwania choroby na zaangażowanie w terapię mówią przede wszystkim lekarze, którzy obserwują swoich pacjentów. W momencie zdiagnozowania choroby pacjenci są wystraszeni swoim stanem zdrowia i obiecują, że „od dzisiaj” zmienią swój styl życia, będą o siebie dbać i przywiązywać wagę do zachowań prozdrowotnych. Często wraz z upływem czasu zapał do leczenia mija.

Wpływ na zaangażowanie w terapię mają również kryzysy – nagle załamania zdrowotne, przebyta hospitalizacja, choroba bliskich – wtedy zwykle postawa chorego wobec konieczności przyjmowania leków zmienia się na plus i rośnie sumienność stosowania się do zaleceń.

Moment wykrycia choroby

Badani przedstawiciele środowiska medycznego oraz pacjenci wyrażają opinię, że terapia osób, u których chorobę zdiagnozowano we wczesnych latach życia (w wieku np. 20-35 lat), często bywa bardziej efektywna. Może to wynikać z przyzwyczajenia pacjenta do choroby, nauczenia się życia z nią i akceptacji ograniczeń, jakie stwarza. Z drugiej strony, młody chory ma poczucie, że przed nim jeszcze wiele lat życia, o które warto walczyć – nie podejmując terapii, może wiele stracić. Tymczasem pacjentom, którzy dowiadują się o chorobie w średnim lub starszym wieku, trudniej zmienić swoje przyzwyczajenia i dostosować je do ograniczeń wynikających z choroby, np. zmiana diety czy zwyczajów związanych z aktywnością fizyczną.

Występowanie odczuwalnych objawów choroby

Czynnikiem, który znacząco wpływa na systematyczność i ciągłość stosowania się do zaleceń lekarza, są objawy choroby. Brak odczuwalnych objawów choroby bywa barierą w stosowaniu się do zaleceń, bo choroba nie przeszkadza w codziennym funkcjonowaniu. Pacjent czuje się dobrze, mimo iż nie przyjmuje leków. To sprawia, że łatwiej też rozwijają się mechanizmy bagatelizowania czy wypierania choroby – „skoro dobrze się czuję, to znaczy, że jestem zdrowy”.

Efekty oraz skutki uboczne terapii

W przypadku chorób, takich jak cukrzyca czy nadciśnienie tętnicze, pacjenci często nie widzą efektów terapii. W ich odczuciu leczenie nie wpływa na ich stan zdrowia, a w niektórych przypadkach czują się wręcz gorzej, ze względu na działania niepożądane leków. Wtedy chorzy tracą poczucie sensu kontynuowania terapii. Zupełnie inaczej wygląda sytuacja u chorych (np. astmatyków), u których wstrzymanie przyjmowania leków powoduje nasilenie objawów choroby.

Skutki uboczne leczenia bywają barierą przy stosowaniu się do zaleceń. Zwykle jednak pacjenci zgłaszają te problemy lekarzowi i starają się dokonać zamiany leku na inny.

Hospitalizacja

Pewien wpływ na compliance ma również hospitalizacja, która zwykle zwiększa zaangażowanie w leczenie, pogłębia wiedzę na temat choroby i świadomość konieczności stosowania się do zaleceń. Podczas pobytu w szpitalu personel medyczny poświęca pacjentowi dużo więcej uwagi i ma czas na wyjaśnienie problematyki związanej z chorobą i jej leczeniem. Dodatkowo, kontakt z innymi chorymi uświadamia skutki zaniedbań w leczeniu, ale też stwarza okazję do wymiany doświadczeń. To sprawia, że chory jest zmotywowany do działania, chce uniknąć powrotu do szpitala.

Szpital jest często początkiem kontaktów i znajomości ułatwiających życie z chorobą – jej objawami i leczeniem.

Schemat leczenia

Na wytrwałość w leczeniu duży wpływ ma liczba przepisanych leków oraz stopień złożoności terapii. **Pacjentowi trudno przyznać się lekarzowi, że nie rozumie schematu, a w praktyce nie wie, jak postąpić, traci panowanie nad procesem terapeutycznym, pomija dawki, zapomina o zaleceniach.** Choremu łatwiej zapytać o szczegóły dawkowania leku osoby trzeciej, np. farmaceutę w aptece, lekarza POZ (w przypadku zaleceń specjalisty) czy innych chorych. Prosty schemat dawkowania oraz ograniczona liczba

leków do przyjęcia w ciągu dnia, z perspektywy pacjenta oznacza wygodę oraz brak konieczności zabierania le-

ków przy wychodzeniu z domu, a tym samym przekłada się na wyższy compliance.

Zestawienie: Czynniki wpływające na compliance związane z chorobą.

CZYNNIK	BARIERA	MOTYWATOR
Czas trwania choroby	Długoletnia choroba – chory uczy się żyć z chorobą, odważniej manipuluje farmakoterapią, mniej obawia się objawów i skutków choroby	Pacjent z chorobą niedawno zdiagnozowaną – zaskoczony, przestraszony swoim stanem zdrowia jest zmotywowany do leczenia
Moment wykrycia choroby	Choroba wykryta u osoby starszej – trudno zmienić nawyki i przyzwyczajenia związane z niezdrową dietą oraz brakiem aktywności fizycznej	Choroba wykryta w dzieciństwie lub wczesnej młodości – zalecenia związane z chorobą wpisane w rutynę i styl życia pacjenta
Występowanie odczuwalnych objawów choroby	Brak odczuwalnych objawów choroby – poczucie bycia zdrowym wzmacnia tendencje do wypierania lub bagatelizowania choroby	Odczuwane objawy choroby motywują do leczenia – przypominają o stanie zdrowia, uświadamiają konsekwencje nieleczenia
Efekty leczenia	Brak odczuwalnych efektów terapii powoduje utratę poczucia sensu leczenia	Widoczne efekty terapii zachęcają do stosowania się do zaleceń, nadają sens działaniom pacjenta
Postawa wobec hospitalizacji / przebyta hospitalizacja		Przebyta hospitalizacja: • uświadamia powagę sytuacji • możliwość zetknięcia się z poważniej chorzy – unaocznienie poważnych skutków choroby • możliwość dokładnej edukacji nt. choroby i leczenia
Schemat leczenia	Trudny schemat terapeutyczny zwiększa ryzyko niezrozumienia zaleceń oraz zapomniania o przyjmowaniu dawek leków	Prosty schemat daje pacjentowi poczucie kontroli nad procesem terapeutycznym Minimalizuje ryzyko popełnienia pomyłek
Skutki uboczne leczenia	Odczuwalne skutki uboczne stosowanej terapii mogą powodować odstawienie leków.	Brak skutków ubocznych to mniejsze ryzyko zaprzestania leczenia.

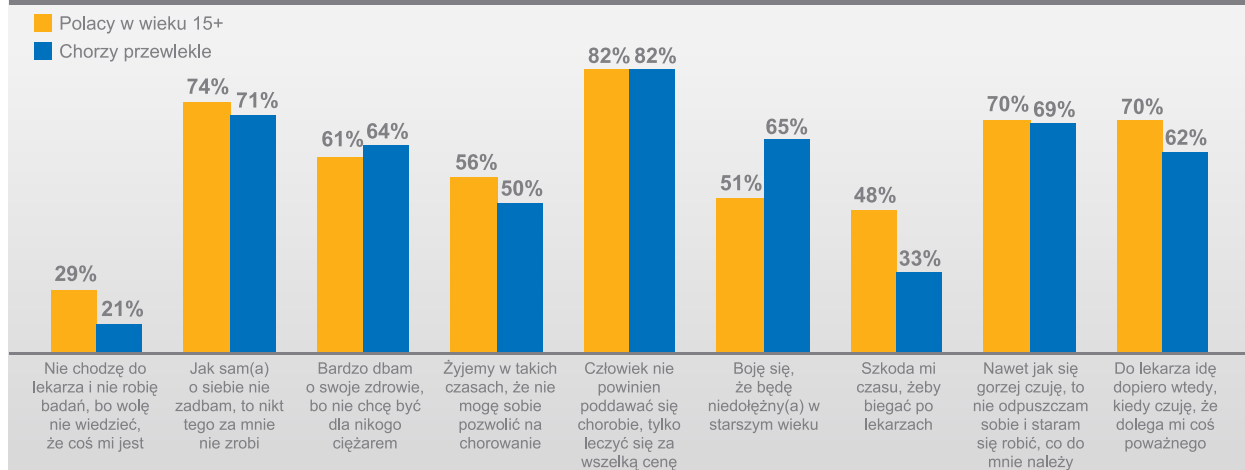
POSTAWY WOBEC CHORÓB I LECZENIA

Kiedy Polak idzie do lekarza

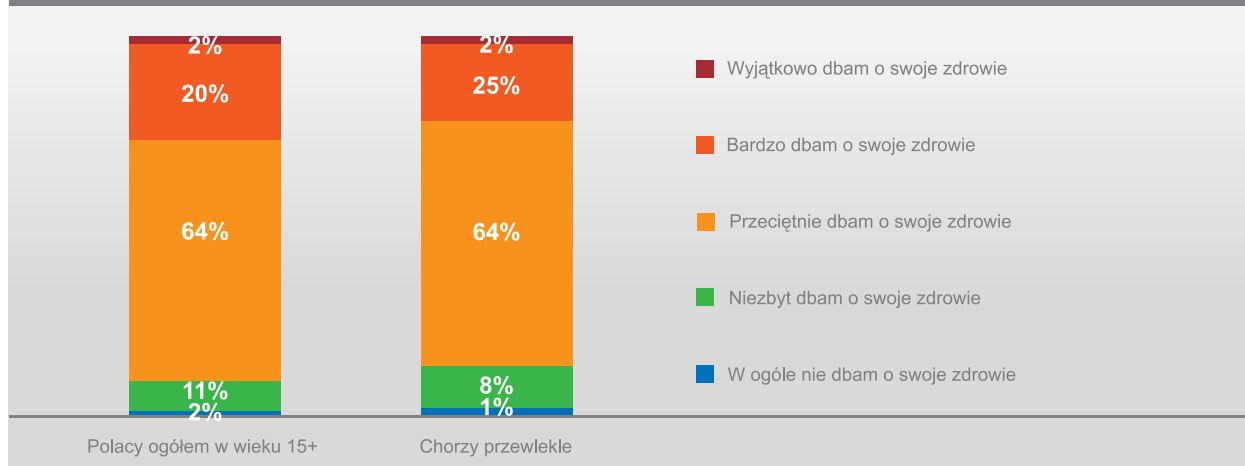
Na podstawie badania można sądzić, że Polacy są społeczeństwem, które „nie ma czasu na choroby”, nie zwraca się do lekarza „z byle czym” (wykres 15) i nie zbyt dba o zdrowie (wykres 16). Co drugi badany uważa bowiem, że żyjemy w takich czasach, że nie można sobie pozwolić na chorowanie i szkoda czasu na „bieganie po lekarzach”. Większość też w sytuacji złego samopoczucia lekceważy objawy choroby i kontynuuje bieżącą aktywność. Do lekarza udajemy się zazwyczaj dopiero wtedy, gdy dolega nam coś poważnego. Niemal co trzeci badany (wśród chorych przewlekłe co piąty) unika wizyt u lekarza i badań, woli nie wiedzieć, że ma problem ze zdrowiem (wykres 15).

Biorąc pod uwagę te wyniki, można stwierdzić, że nasze społeczeństwo nie przywiązuje zbyt dużej wagi do profilaktyki chorób, a wizyta u lekarza jest traktowana jako ostateczność. Polacy są jednak zdania (wykres 15), że sami muszą o siebie zadbać, jeżeli nie chcą być ciężarem dla innych. A jeżeli już zachorują, to deklarują (82%), że się nie poddadzą, tylko będą się leczyć za wszelką cenę.

Wykres 15. Ocena stwierdzeń dotyczących zdrowia, stosunku do choroby i do leczenia. Na wykresie pokazano TOP2BOX (suma odpowiedzi 4+5 na skali od 1 do 5, gdzie 1 oznaczało „zdecydowanie się nie zgadzam”, a 5 „zdecydowanie się zgadzam”).



Wykres 16. Ocena w wymiarze dbania o swoje zdrowie (skala od 1 do 5, gdzie 1 oznaczało „w ogóle nie dbam o zdrowie”, a 5 „wyjątkowo dbam o zdrowie”).



PODSUMOWANIE

Jak pokazują wyniki badania, przestrzeganie przez pacjentów zaleceń terapeutycznych jest w Polsce dużym problemem. Wielu chorych przerywa lub modyfikuje zalecaną terapię farmakologiczną.

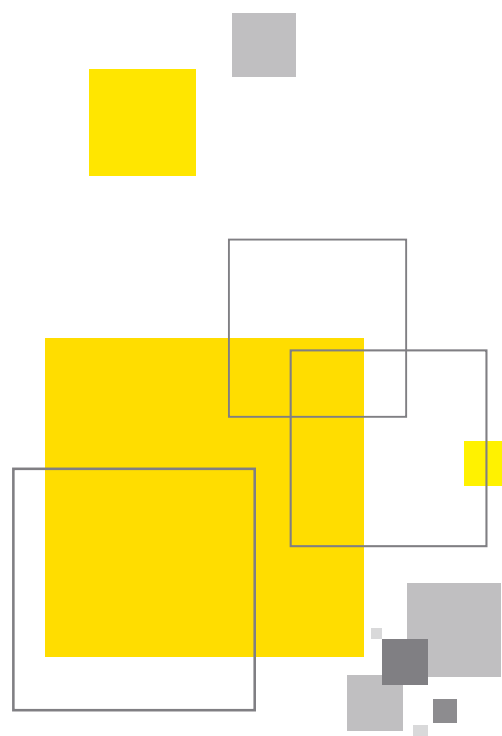
Z drugiej strony, wielu lekarzy bagatelizuje samo zjawisko compliance. Nie dostrzega jego globalnych konsekwencji, zarówno na poziomie medycznym, jak i społecznym. Wykazuje sporą tolerancję wobec pacjentów nie stosujących się do zaleceń lekarza.

Dlatego tak ważne jest podjęcie kluczowych działań zmierzających do poprawy istniejącej w Polsce sytuacji:

1. zrozumienie przez środowisko medyczne, iż warunkiem dobrego compliance jest współpraca trzech zaangażowanych stron: lekarza – pacjenta – rodziny
2. upowszechnienie w społeczeństwie definicji zjawiska (wykracza ona poza najczęściej rozumiane zalecenia farmakologiczne) oraz uświadomienie wagi zagadnienia i konsekwencji bagatelizowania problemu nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych w terapii chorób przewlekłych
3. wskazanie istotnej roli lekarza w procesie zmiany postawy pacjentów wobec choroby i konieczności systematycznego leczenia
 - budowanie dobrych relacji z pacjentem
 - podmiotowe podejście do chorego
 - umiejętność rozmowy z pacjentem zrozumiałym dla niego językiem
 - umiejętność motywowania do leczenia, zachęcanie do przestrzegania zaleceń – odwołując się do korzyści płynących z leczenia (tj. zachowanie sprawności, samodzielności na dłużej), ew. bliskich konsekwencji, a nie tylko skrajnych, najpoważniejszych (rodzących u pacjenta naturalne wyparcie, odrzucenie, zaprzeczenie choroby)
4. uświadomienie roli najbliższych / rodziny w motywowaniu pacjenta do stosowania się do zaleceń lekarza, w podejściu do choroby

Wyniki badania wskazują na konieczność podjęcia działań zarówno po stronie środowiska medycznego, jak i pacjentów, zmierzających do znoszenia barier utrudniających chorym systematyczne leczenie zgodne ze wskazaniami terapeutycznymi. Powszechność problemu braku dobrej współpracy lekarza z pacjentem i konsekwencje tego zjawiska tak medyczne, jak i ekonomiczne, wskazują na pilną potrzebę zmian w systemie kształcenia studentów i absolwentów uczelni medycznych. Dużą rolę mogą też odegrać tu stowarzyszenia i organizacje pacjentów, samorządy lekarskie, pielęgniarskie i aptekarskie, stowarzyszenia naukowe, a także Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia, uczestnicząc w akcjach czy kampaniach społecznych o charakterze edukacyjnym.

NIEPRZESTRZEGANIE ZALECEŃ TERAPEUTYCZNYCH NA ŚWIECIE I W POLSCE



dr hab. n. med. Przemysław Kardas
kierownik I Zakładu Medycyny Rodzinnej
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi



NIEPRZESTRZEGANIE ZALECEŃ TERAPEUTYCZNYCH NA ŚWIECIE I W POLSCE

1. WPROWADZENIE

Problem nieprzestrzegania przez pacjentów zaleceń terapeutycznych jest tak stary, jak sama sztuka leczenia, a obecnie, wraz ze wzrostem skuteczności dostępnych metod leczniczych, nabiera coraz większego znaczenia. Dlatego w niedawnym raporcie na ten temat Światowa Organizacja Zdrowia umieściła nie-

przestrzeganie zaleceń terapeutycznych w gronie **najpoważniejszych problemów zdrowotnych ludzkości**, uznając je **za jedną z najważniejszych barier do osiągnięcia korzyści z terapii opartej na aktualnej wiedzy medycznej** [36].

2. OD RECEPTY DO WYNIKU LECZENIA, CZYLI NIEPRZESTRZEGANIE ZALECEŃ TERAPEUTYCZNYCH

2.1 Definicja i terminologia nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych

Niezgodne z zaleceniami otrzymanymi od lekarza (lub innego pracownika medycznego) stosowanie przez pacjentów leków jest zjawiskiem, które – jak każde z zachowań ludzkich – ma wiele różnych odmian i niełatwo poddaje się opisowi. Bez jednoznacznej terminologii nie można jednak prowadzić precyzyjnej dyskusji, a w szczególności, nie sposób skutecznie porównywać wyników prowadzonych badań naukowych.

W polskiej terminologii medycznej nie ma jednak jednej powszechnie akceptowanej nazwy dla tego zjawiska. Na prawach wzajemnej zamienności stosowane są bowiem terminy:

- nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich
- nieprzestrzeganie zaleceń terapii / leczenia
- nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych
- brak współpracy pacjenta

i wiele innych. Ze względu na brak zabarwienia emocjonalnego oraz niewskazywanie na „winnego” niewłaściwej realizacji zaleceń, najbardziej adekwatny wydaje się termin **nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych**.

Różnorodność terminologii polskojęzycznej znajduje pełne odbicie w terminologii anglojęzycznej. Do najczęściej stosowanych terminów należą:

- *Compliance*
- *Adherence*
- *Concordance*

Termin **compliance** zdefiniowany został przez Sacketta i współpracowników jako „**stopień, do jakiego zachowanie pacjenta (w zakresie przyjmowania leków,**

przestrzegania diety i dokonywania zmian w stylu życia) jest zgodne z zaleceniami medycznymi” [37]. Definicję ograniczoną do farmakoterapii, a uwzględniającą z kolei rolę rozkładu w czasie przyjmowanych dawek leku zaproponował John Urquhart, definiując *compliance* jako „**stopień, do jakiego historia przyjmowania przez pacjenta leków jest zgodna z zaleconym schematem leczenia**” [44].

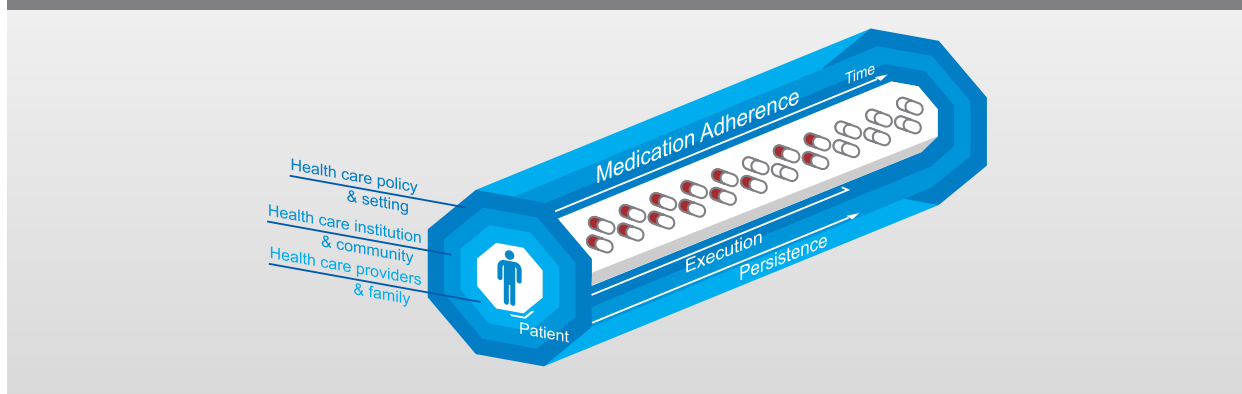
W wielu publikacjach naukowych pojawiły się jednak z czasem sugestie, że termin *compliance* postrzega interakcje pomiędzy lekarzem i pacjentem w sposób zbyt paternalistyczny, a całą winą za nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych przenosi na pacjenta. Tymczasem w rzeczywistości proces ten jest dużo bardziej złożony. Pacjent w pewnym stopniu powinien bowiem uczestniczyć w kształtowaniu zaleceń, na przykład wyrażając swoje preferencje co do formy leku. Nie powinno się więc za nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych winić jedynie pacjenta. Dla przykładu, pacjent nie jest w stanie prawidłowo przyjmować leków, jeśli nie otrzymał od lekarza dokładnych instrukcji na temat sposobu ich przyjmowania.

Rozważania takie doprowadziły do zastąpienia terminu *compliance* coraz częściej obecnie używanym terminem **adherence**. Jest on definiowany jako „**stopień, do jakiego zachowanie pacjenta jest zgodne z uzgodnionymi z pracownikiem medycznym zaleceniami**” [36]. Złożone relacje między terminami, które stosowane są w literaturze naukowej w znacznej mierze zamien-

nie, doprecyzowano ostatnio w ramach finansowanego przez Unię Europejską Projektu ABC. W będącym wynikiem tego projektu europejskim konsensusie na temat terminologii opisującej przestrzeganie zaleceń terapeutycznych zaproponowano termin **medication adherence**, definiowany jako „stopień, do jakiego historia przyjmowania przez pacjenta leku jest zgodna z zaleconym schematem dawkowania leku”. W ramach

medication adherence wyróżniono dwa komponenty: **realizację schematu dawkowania leku** (*execution of the dosing regimen*), opisującą szczegółowo przyjmowanie przez pacjenta kolejnych dawek w trakcie leczenia oraz **wytrwałość w realizacji schematu dawkowania** (*persistence with the dosing regimen*), określającą długość okresu, w którym pacjent nadal realizuje przepisana terapię (Rys. 1).

Rysunek 1. Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych w funkcji czasu: rysunek wskazuje na różnice pomiędzy realizacją schematu dawkowania leku (*execution of the dosing regimen*), opisującą szczegółowo przyjmowanie przez pacjenta kolejnych dawek, a wytrwałością w realizacji schematu dawkowania (*persistence with the dosing regimen*), określającą długość okresu, w którym pacjent nadal realizuje przepisana terapię [35].



2.2 Formy nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych

Na prawidłowe przestrzeganie zaleceń terapeutycznych składają się cztery kolejne kluczowe etapy:

- **Zrozumienie zaleceń otrzymanych przez pacjenta od lekarza** (lub innego pracownika medycznego) **i akceptacja tych zaleceń**
- **Realizacja recept w aptece**
- **Rozpoczęcie terapii**
- **Kontynuacja terapii – bezterminowo lub do czasu wyznaczonego przez lekarza lub innego pracownika medycznego**

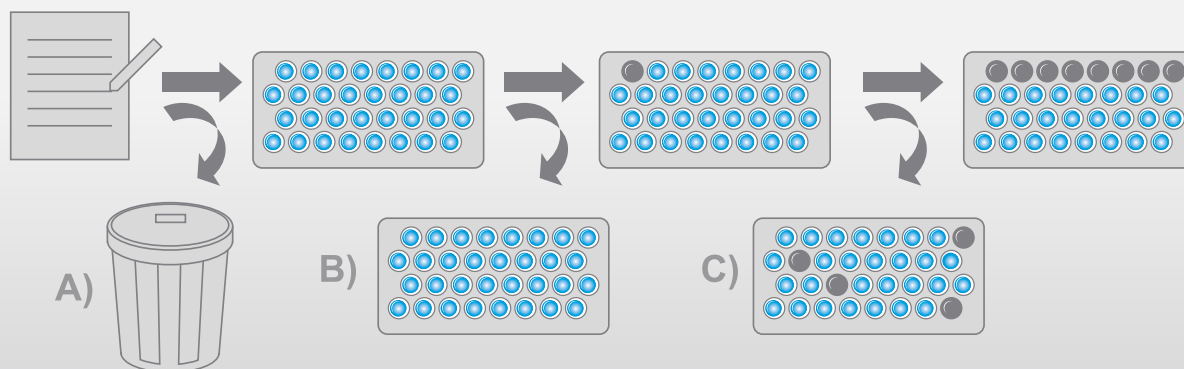
Na każdym z tych etapów pojawić się mogą różne problemy, a w konsekwencji nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych może przyjmować różne formy (Tab. 1, Rys. 2). Po otrzymaniu od lekarza recept pacjenci nie zawsze udają się do apteki w celu ich realizacji – nie akceptując na przykład postawionej diagnozy (częsty problem w chorobach psychicznych) albo nie znajdując w sobie motywacji do podjęcia leczenia, zwłaszcza choroby bezobjawowej (np. nadciśnienia). W aptece pacjenci nierzadko rezygnują z nabycia leków, zwłaszcza gdy są to leki drogocenne [42]. Nawet posiadając

leki, część pacjentów nie rozpoczyna leczenia – np. w związku z treściami zawartymi w ulotkach informacyjnych o leku. **Do najważniejszych, bo najczęstszych form nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych, należy jednak pomijanie pojedynczych dawek leków, w większości przypadków nieświadome oraz przedwczesne kończenie terapii.**

Tabela 1. Najczęstsze formy nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych [wg 21].

- Nierealizowanie recept
- Nierozpoczynanie leczenia
- Opóźnianie rozpoczęcia leczenia
- Nieświadome pomijanie pojedynczych dawek leku
- Świadome pomijanie pojedynczych dawek leku
- Systematyczna zmiana częstości dawkowania leku
- Okresowe przyjmowanie zmniejszonej / zwiększonej liczby dawek leku
- Wakacje od leków
- Przedwczesne kończenie kuracji
- Przerwanie leczenia przewlekłego

Rysunek 2. Kluczowe etapy procesu leczniczego, na których wystąpić może nieprzestrzeganie przez pacjentów zaleceń terapeutycznych: po otrzymaniu recepty część pacjentów nie realizuje jej w aptece (A), po wykupieniu leku część pacjentów nie podejmuje leczenia (B), a spośród pacjentów leczących się, znaczna część przyjmuje leki nieregularnie (C) [22].



2.3 Częstość nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych

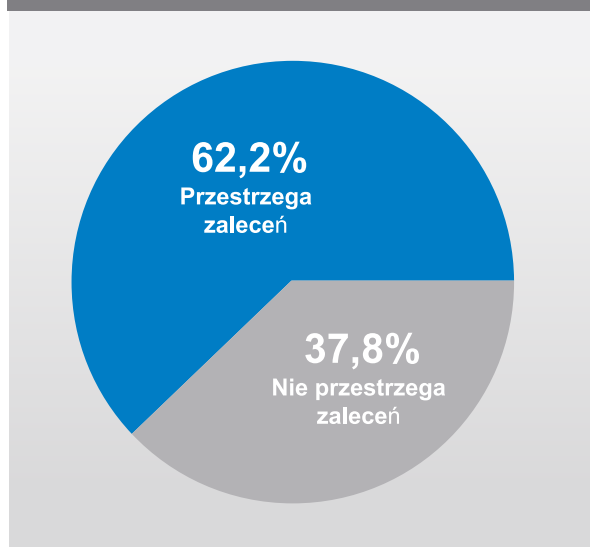
2.3.1 Częstość nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych na świecie

Liczne formy nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych na różnych etapach terapii utrudniają precyzyjne określenie rzeczywistego nasilenia tego zjawiska. Dla przykładu, w oparciu o elektroniczne bazy danych można określić, ilu pacjentów nie wykupiło wystawionych recept, ilu przerywa leczenie przewlekłe oraz ilu realizuje w określonym okresie czasu mniej recept, niż wymagałoby tego systematycznie prowadzona terapia. Często wykorzystywane w badaniach naukowych badania ankietowe obarczone są niestety znacznym błędem wynikającym z niedoszacowania tej części nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych, która popełniana jest przez pacjentów nieświadomie, w wyniku zapomnienia o przyjmowaniu leku. Metody biochemiczne, pozwalające na ocenę obecności leku lub jego metabolitów w płynach ustrojowych, pozwalają na przybliżoną ocenę systematyczności zażywania leku w zaledwie kilku poprzedzających badanie dniach. Elektroniczne urządzenia monitorujące przestrzeganie zaleceń terapeutycznych stwarzają możliwość bardzo precyzyjnego określenia czasu otwarcia pojemnika z lekiem, nie dając jednak stuprocentowej gwarancji przyjęcia go przez pacjenta (przy dłuższej trwających

obserwacjach ten mechanizm ma jednak stosunkowo niewielkie znaczenie, toteż zastosowanie tych urządzeń uznane jest obecnie za metodę referencyjną w badaniach). Jak zatem widać, żadna z obecnie dostępnych metod oceny przestrzegania zaleceń terapeutycznych nie jest wolna od pewnych ograniczeń, natomiast z oczywistych powodów nie można sobie pozwolić na 24-godzinne monitorowanie pacjenta ukrytą kamerą, w celu całkowitego pewnego określenia przestrzegania tych zaleceń.

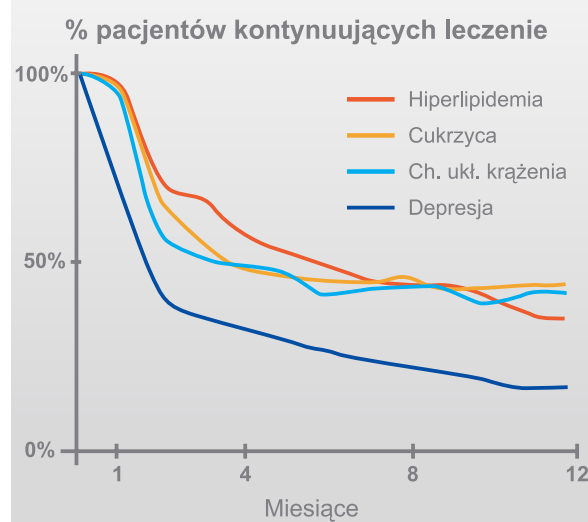
Przy uwzględnieniu wszystkich tych ograniczeń metodologicznych należy stwierdzić, że dysponujemy obecnie szeregiem danych wskazujących na to, jak odległe od zaleceń jest postępowanie pacjentów. Metaanaliza badań dotyczących antybiotykoterapii wykazała, że **blisko 40% pacjentów podczas tego kilkudniowego leczenia czyni odstępstwa od nieskomplikowanego przeciwieństwa reżimu przyjmowania leków** (rys. 3) [11]. Jeszcze gorzej rzecz wygląda w **przypadku chorób przewlekłych**, bowiem podczas ich terapii **zaleceń nie przestrzega w jakimś zakresie około 50% pacjentów** (rys. 3). Jak wykazano, wśród osób chorujących na chorobę wieńcową zaledwie

Rysunek 3. Częstość niestosowania się pacjentów do zaleceń terapeutycznych podczas krótkotrwałej antybiotykoterapii – średnia światowa [11].



21% przyjmuje systematycznie pełen zestaw leków uznany za niezbędny zgodnie z obowiązującymi wytycznymi, a składający się z leku beta-adrenolitycznego, kwasu acetylosalicylowego i leku hipolipemizującego [30]. Co więcej, pacjenci często przerywają leczenie chorób przewlekłych i to stosunkowo krótko po jego rozpoczęciu. Dla przykładu, zarówno **wśród pacjentów przyjmujących leki hipolipemizujące, jak i leczonych z powodu cukrzycy typu 2 za pomocą doustnych leków hipoglikemizujących, w ciągu pierwszego roku przerywa leczenie przynajmniej co trzeci** [9]. W niedawno opublikowanym badaniu zaobserwowano, że spośród blisko 19 tys. chorych ze świeżo rozpoznaniem nadciśnieniem, po 6 miesiącach zaleceń ściśle przestrzegało (tj. przyjmowało leki przez co najmniej 80% dni) zaledwie 8,1% chorych, umiarkowanie (40% do 79% dni) – 40,5% chorych, a słabo (<40% dni) 51,4% chorych [28]. Wyniki sondażu przeprowadzonego przez Amerykański Związek Osób Emerytowych są jeszcze bardziej alarmujące (Rys. 4). W efekcie zasadnie można przyjąć, że po 5 latach terapii leczenie kontynuuje średnio nie więcej niż 10-15% wyjściowych pacjentów [47]. Podsumowując, nie ma takiej choroby, której nie dotyczyłby problem nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych, podobnie jak nie omija on żadnej grupy pacjentów. **Nawet lekarze, gdy z racji swoich chorób przyjdzie im się leczyć, nie są w tym lepsi od „zwykłych” pacjentów** [6].

Rysunek 4. Odsetki pacjentów kontynuujących leczenie chorób przewlekłych w zależności od rozpoznania [Źródło: AARP National Survey, marzec 2002].



Oprócz błędów dotyczących liczby przyjętych dawek, nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych może dotyczyć także czasu ich przyjęcia. Dzięki zastosowaniu oceny elektronicznej wykazano, że zgodność przyjmowania przez pacjentów leków z zaleconym schematem dawkowania spada w chorobach przewlekłych pomiędzy wizytami, by nieco wzrosnąć bezpośrednio przed terminem kolejnej wizyty kontrolnej i utrzymać się na tym poziomie przez pewien czas (zjawisko to określane jest mianem *white coat compliance* – *przestrzeganie zaleceń terapeutycznych „typu białego fartucha”*) [43]. U znacznej części pacjentów występują także kilkudniowe okresy, w których nie przyjmują oni w ogóle zaleconego leku. Te tak zwane *wakacje od leków* (*ang. drug holidays*) związane są zwykle z weekendami lub innymi wydarzeniami, zaburzającymi codzienny rytm życia pacjentów, i występują u co najmniej 20% chorych przynajmniej jeden raz w miesiącu [48].

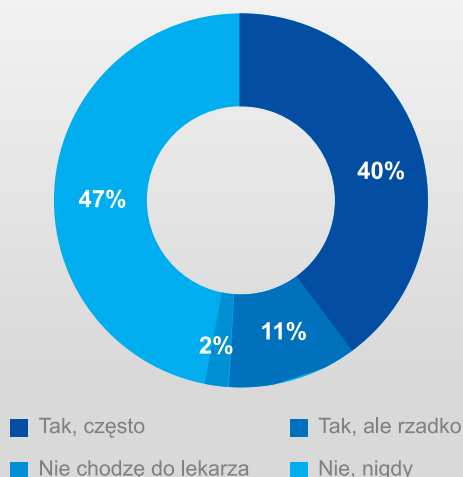
2.3.2 Częstość nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych w Polsce

Problem nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych dopiero od niedawna stał się obiektem zainteresowania naukowców w naszym kraju – pierwsze publikacje na ten temat zaczęły pojawiać się w polskich czasopismach naukowych zaledwie około 10 lat temu, czyli o trzy dekady później niż w Europie Zachodniej

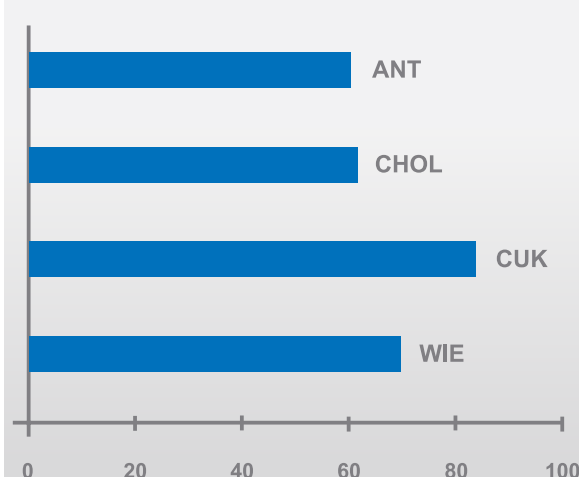
i Stanach Zjednoczonych [14, 18, 19, 20, 23]. Na rys. 5 przedstawiono wyniki przeprowadzonej niedawno sondy na ten temat, a na rys. 6 – wyniki badań klinicznych, dotyczących schorzeń zarówno ostrych, jak i przewlekłych. Jak widać, wyniki dostępnych badań wskazują jednak jednoznacznie, że **sytuacja w Polsce nie różni się na korzyść od tej, która znana jest z innych krajów: pomimo powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, a zatem i powszechnej refundacji leków, systematyczność ich stosowania przez pacjentów pozostawia wiele do życzenia**. Podobnie

jak ma to miejsce w innych krajach, także w Polsce pacjenci szybko rezygnują z leczenia przewlekłego. Dla przykładu, spośród pacjentów leczonych z powodu hiperlipidemii, 10% deklaruje, że w ogóle nie rozpoczyna leczenia, a kolejne 10% przerywa leczenie już po pierwszym miesiącu terapii (rys. 7). Tymczasem zgodnie z wynikami badania WOBASZ, 76% Polaków i 64% Polek w wieku 20-74 lat ma w Polsce podwyższony poziom cholesterolu, co jednoznacznie wskazuje na to schorzenie jako jeden z ważniejszych problemów zdrowia publicznego w naszym kraju [2].

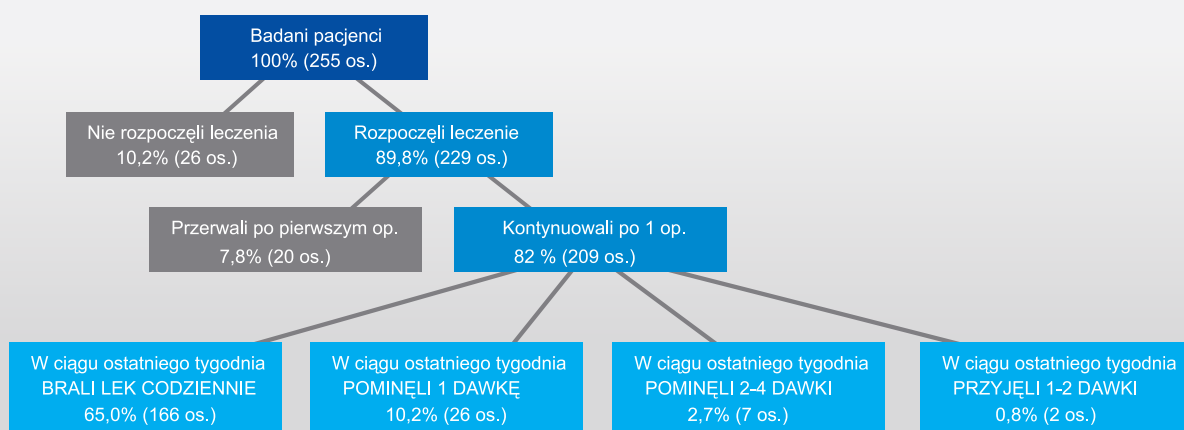
Rysunek 5. „Czy zdarza ci się nie przestrzegać ściśle zaleceń lekarza?” Częstość odpowiedzi na pytanie ankiety prowadzonej w Polsce (w proc.) [źródło: GSK Polonia sonda z 17 lipca 2009, próba 500 osób, cytata za „Rzeczpospolitą” nr 168 (8374) z 20 lipca 2009].



Rysunek 6. Częstość stosowania się polskich pacjentów do zaleceń terapeutycznych podczas terapii infekcji (antybiotyki, ANT) i chorób przewlekłych (hiperlipidemia, CHOL, cukrzyca typu 2, CUK, choroba wieńcowa, WIE) [na podstawie 15, 16, 17, 24, 25, 26].



Rysunek 7. Rozkład przestrzegania przez polskich pacjentów zaleceń terapeutycznych podczas leczenia choroby przewlekłej – hiperlipidemii (podwyższonego poziomu cholesterolu) [24].

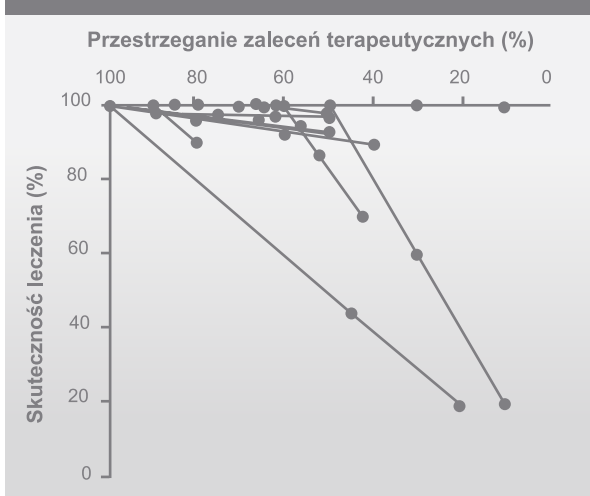


2.4 Konsekwencje nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych

Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych prowadzi do wielu niekorzystnych, a nawet tragicznych następstw. Jego **bezpośrednim skutkiem jest zmniejszona skuteczność leczenia** (rys. 8), pośrednim – szereg konsekwencji zdrowotnych i finansowych.

W zależności od rodzaju prowadzonej terapii, efekt tych samych błędów popełnianych przez pacjenta może być skrajnie odmienny. Dla przykładu, opuszczenie pojedynczej dawki stosowanego profilaktycznie kwasu acetylosalicylowego nie spowoduje istotnego wzrostu ryzyka zawału czy udaru. Błąd tego samego rodzaju może jednak w przypadku doustnych środków antykoncepcyjnych doprowadzić do nieplanowanej ciąży. Niektóre środki lecznicze są szczególnie wrażliwe na odstępstwa od ich prawidłowego dawkowania: opuszczenie nawet pojedynczych dawek leków przeciwkrzepliwych prowadzić może do groźnych dla życia powikłań zatorowych, podczas gdy przyjęcie ich zbyt dużej liczby – do równie groźnych powikłań krwotocznych [27]. Większość terapii lokuje się pomiędzy tymi skrajnościami, regułą jest jednak osiąganie tym gorszych wyników leczenia, im gorzej realizowane są przez pacjenta zalecenia terapeutyczne (rys. 8).

Rysunek 8. Zależność pomiędzy przestrzeganiem zaleceń terapeutycznych a skutecznością leczenia [wg 10].



Nawet w przypadku najczęstszych chorób przewlekłych – nadciśnienia czy cukrzycy typu 2 – opuszczenie, a nawet opóźnienie przyjęcia kolejnych dawek leku prowadzić może do istotnych wahań poziomu ciśnienia

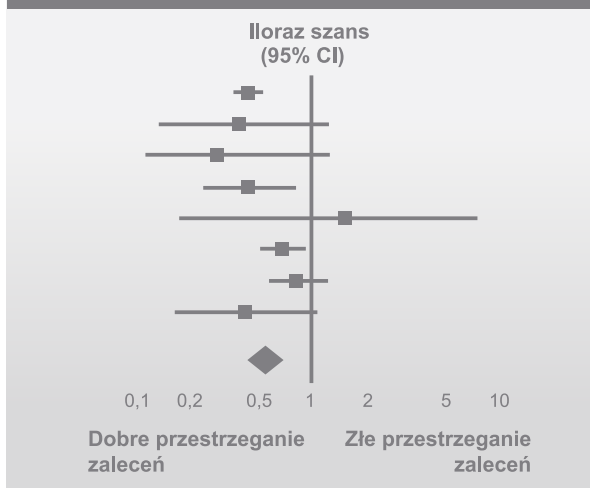
krwi czy glikemii. Analogicznie, o ile nawet krótka przerwa w przyjmowaniu leku obniżającego stężenie cholesterolu nie zmieni istotnie rokowania pacjenta, to wykazano jednak, że dopiero przyjęcie 90% zaleconych dawek statyn prowadzi do pełnego zabezpieczenia przed zaostrzeniami choroby wieńcowej [5]. Oznacza to, że aby nie tracić skuteczności prowadzonego zlecenia, pacjentowi „wolno” w tym przypadku opuścić najwyżej 3 tabletki w ciągu miesiąca.

Dalszymi konsekwencjami nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych jest wzrost zapotrzebowania na porady lekarskie, konieczność wykonania dodatkowych badań diagnostycznych i stosowania dodatkowych leków. Dobrze znany jest też wpływ nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych **na wzrost częstości hospitalizacji**: nieprzestrzegający zaleceń pacjenci chorujący na nadciśnienie oraz hiperlipidemię mają do 50% wyższe ryzyko hospitalizacji [40]. Szacuje się, że co najmniej 10% przyjęć do szpitali wiąże się z tym zjawiskiem. **Badania przeprowadzone wśród osób starszych w Polsce potwierdzają, że do blisko 20% tych hospitalizacji przyczyniać się może istotnie niesystematyczne leczenie** [12, 13].

Do najpoważniejszych konsekwencji zdrowotnych nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych należą zgon. Są one tym bardziej tragiczne, że w pełni możliwe do zapobieżenia, dotyczą bowiem pacjentów zdiagnozowanych i leczonych. Problem ten występuje nawet wśród pacjentów w pełni świadomych potencjalnych konsekwencji niestosowania się do zaleceń terapeutycznych – zjawisko to jest jedną z najczęstszych przyczyn odrzucenia przeszczepów. Związek pomiędzy nieprzestrzeganiem zaleceń terapeutycznych i wzrostem zagrożenia zgonem potwierdzono jednak w wielu chorobach, a przeprowadzona metaanaliza wskazała, że jest to zależność uniwersalna (rys. 9). Szacuje się, że **wśród pacjentów chorujących na choroby układu krążenia w Stanach Zjednoczonych około 125 tys. zgonów rocznie związane jest z niestosowaniem się do zaleceń terapeutycznych** [4].

Wszystkie powyższe konsekwencje zdrowotne dotyczą pojedynczych pacjentów, którzy, chciałoby się rzec, „sami są sobie winni”. W przypadku leczenia przeciwniekcyjnego nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych może mieć jednak także niekorzystny wpływ na całą

Rysunek 9. Wpływ przestrzegania zaleceń terapeutycznych na śmiertelność (wynik przeprowadzonej metaanalizy reprezentuje czarny romb) [wg 39].



populację, prowadząc do powstania wśród zarazków oporności na stosowane leki. Zależność tę zaobserwowano zarówno pośród typowych bakterii chorobotwórczych, jak i prątków gruźlicy, a ostatnio także wśród niektórych szczepów wirusa HIV [1, 34, 46].

Dramatyczne następstwa nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych znajdują swoje odbicie w powodowanych przez to zjawisko wydatkach. Koszty związanych z nim porad lekarskich, badań diagnostycznych, leków, niezdolności do pracy, hospitalizacji i zgonów są trudne do policzenia, ale niewątpliwie ogromne. Skalę tego problemu można oszacować, biorąc pod uwagę, że w przypadku większości chorób, zaleceń terapeutycznych przestrzega zadawalająco zaledwie około 50% pacjentów, podczas gdy 30-40% przestrzega ich częściowo, a 5-10% nie przestrzega ich całkowicie, to jest przyjmuje leki okazjonalnie albo nie przyjmuje ich wcale [45]. Koszty dodatkowych hospitalizacji i porad lekarskich związanych z nieprzestrzeganiem zaleceń terapeutycznych szacuje się w USA na 10 miliardów dolarów rocznie, a wszystkie koszty bezpośrednio i pośrednio związane z nieprzestrzeganiem zaleceń terapeutycznych – na 290 miliardów dolarów rocznie [29, 32]. **Następstwa finansowe nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych dla publicznego systemu opieki zdrowotnej w Polsce szacować można na około 6 mld złotych rocznie, czyli w przybliżeniu tyle, ile wydaje Narodowy Fundusz Zdrowia na zapewnienie opieki lekarzy rodzinnych dla całej populacji kraju.** Zatem również wymiar finansowy tego zjawiska stawia nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych

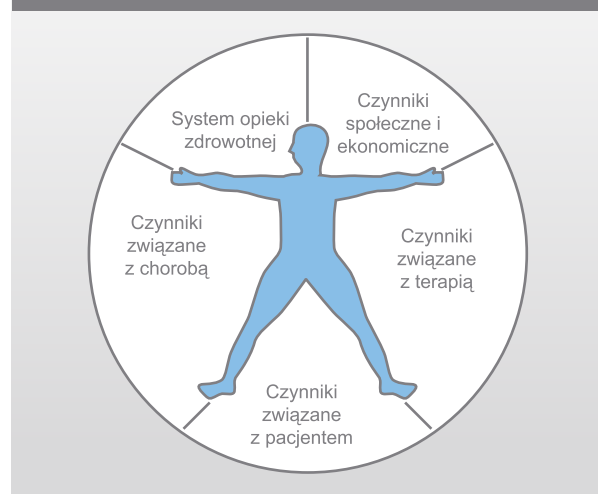
w gronie najpoważniejszych problemów zdrowotnych ludzkości. W tej sytuacji nie dziwią słowa jednego z najbardziej znanych ekspertów w tej dziedzinie, Briana Haynesa, który stwierdził, że „efektywne metody poprawy przestrzegania zaleceń terapeutycznych miałyby znacznie większy wpływ na zdrowie niż jakakolwiek pojedyncza metoda lecznicza” [8].

2.5 Możliwości poprawy stopnia przestrzegania zaleceń terapeutycznych

Wpływ na nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych ma wiele czynników. Do chwili obecnej opisano ich przeszło 200 [45]. Można je pogrupować na związane z pacjentem, lekarzem, leczeniem i systemem opieki medycznej (rys. 10). Wśród najczęstszych barier stojących na drodze do przestrzegania zaleceń terapeutycznych wymienić należy przekonania pacjenta co do celowości leczenia oraz związanego z nim ryzyka, działania niepożądane leków, konieczność częstego przyjmowania leków, wysoki koszt leków, bezobjawową naturę wielu schorzeń przewlekłych, utrudniony dostęp pacjentów do lekarzy oraz brak zaufania ze strony pacjentów do lekarzy, zaburzenia poznawcze i depresję, [39].

Podkreślić warto, że jedynie część odstępstw od zalecanej terapii dokonywanych przez pacjentów popelniana jest świadomie, niemala część ma natomiast charakter nieświadomy. Powodem nieświadomego nieprzestrzegania przez pacjentów zaleceń terapeutycznych, w tym przede wszystkim nieświadomego

Rysunek 10. Uwarunkowania przestrzegania zaleceń terapeutycznych według WHO [36].



pomijania pojedynczych dawek leku, jest zwykle zapomnienie. Sprzyja mu częste przyjmowanie leków oraz niewygodna dla pacjenta pora ich przyjmowania, a także odstępstwa od zwykłego rytmu życia (np. delegacje, spotkania towarzyskie itp.). Z kolei powodem świadomego nieprzestrzegania przez pacjentów zaleceń terapeutycznych jest szeroko pojęty brak motywacji do prowadzenia leczenia. Problem ten dotyczy zwłaszcza chorób przewlekłych, a szczególnie skąpoobjawowych, w których zarówno korzystne efekty leczenia, jak i niezadko negatywne konsekwencje nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych, są odległe w czasie. Brak poczucia choroby jest jednym z ważnych powodów, dla których pacjenci nie podejmują proponowanego leczenia albo też przerywają je wkrótce po rozpoczęciu. Tymczasem na przykład jedna piąta chorych na niewydolność krążenia nie uważa się za chorych przewlekłe i dlatego stosuje się do zaleceń tylko w czasie zaostrzeń choroby [41]. Brak motywacji do kontynuacji leczenia jest także częstą przyczyną przerywania antybiotykoterapii infekcji, gdy w miarę prowadzonego leczenia ustępują ostre objawy choroby, pomimo że antybiotykoterapia ta zaplanowana jest z reguły na zaledwie kilka dni [33].

Proporcjonalnie do liczby poznanych czynników wpływających na przestrzeganie przez pacjentów zaleceń terapeutycznych, nie należy oczekiwać jednego uniwersalnego rozwiązania dla wszystkich problemów prowadzących do nieprzestrzegania tych zaleceń. Wedle obecnego stanu wiedzy, szereg działań wywiera korzystny wpływ na przestrzeganie zaleceń terapeutycznych podczas terapii krótkotrwałych. Większym wyzwaniem są natomiast choroby przewlekłe. Opracowany dla Cochrane Library systematyczny przegląd przyniósł informacje o działaniach, poprawiających w tych schorzeniach przestrzeganie zaleceń terapeutycznych na dłuższą metę, do których należy między innymi uproszczenie stosowanej terapii, edukacja, przypomnienia, samokontrola, poradnictwo, terapia rodzinna, terapia psychologiczna, interwencja kryzysowa, kontrolne kontakty telefoniczne, i inne formy aktywnej pomocy. Pojedyncze interwencje mają jednak skuteczność daleką od oczekiwań, szczególnie na dłuższą metę. Pewnym optymizmem napawa fakt, że działania te można łączyć, zwiększając jednocześnie ich efektywność [7].

Z drugiej strony, dopiero ostatnie lata przyniosły wzrost praktycznego zainteresowania tematyką nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych wśród polityków zdro-

wotnych. Zainteresowanie to przekłada się na język praktyki za pomocą opracowania lokalnych i narodowych strategii radzenia sobie z tym problemem. Cytowany już raport WHO z roku 2003 [36], a także niedawno wydane wytyczne Brytyjskiego National Institute for Health and Clinical Excellence [31] są tego widocznym przykładem. Jeszcze dalej w swoich działaniach posunęła się Komisja Europejska, zamawiając w ramach 7 Programu Ramowego projekt, w ramach którego powstać mają zalecenia poprawy przestrzegania zaleceń terapeutycznych dla całej Zjednoczonej Europy. Działanie to, pod nazwą Projektu ABC, realizowane jest obecnie przez europejskich naukowców pod kierownictwem polskiej instytucji – Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Czy zatem najbliższe lata mogą przynieść przełom w przestrzeganiu przez pacjentów zaleceń terapeutycznych? Miejmy nadzieję, że tak, choć patrząc realnie, czekają nas raczej zmiany ewolucyjne, niż rewolucyjne. Czy jednak możemy sobie pozwolić na oczekiwanie, aż urośnie nowe pokolenie lekarzy i innych pracowników medycznych, którzy problemy przestrzegania zaleceń terapeutycznych będą mieli w centrum swojej uwagi? Tak z punktu widzenia dobra pacjentów, jak i gospodarek całych krajów – nie warto na to czekać. Wprawdzie obowiązujące obecnie przepisy prawne pozwalają lekarzowi odstąpić od leczenia pacjenta, jeśli pacjent nie stosuje się do jego zaleceń [49], poprawa przestrzegania zaleceń terapeutycznych to jednak nie tylko szansa na skuteczniejsze leczenie się wielu pacjentów, ale także dobrze pojęta inwestycja, która przynieść może wymierne zyski dla całych gospodarek. Nawet jeśli na początku w tym celu ponieść należy jakieś koszty, to są to nakłady, które się bardzo szybko zwracają i to z nawiązką (rys. 11).

Rysunek 11. Koszty lekowe i pozalekowe terapii cukrzycy w zależności od stopnia przestrzegania zaleceń terapeutycznych [3].

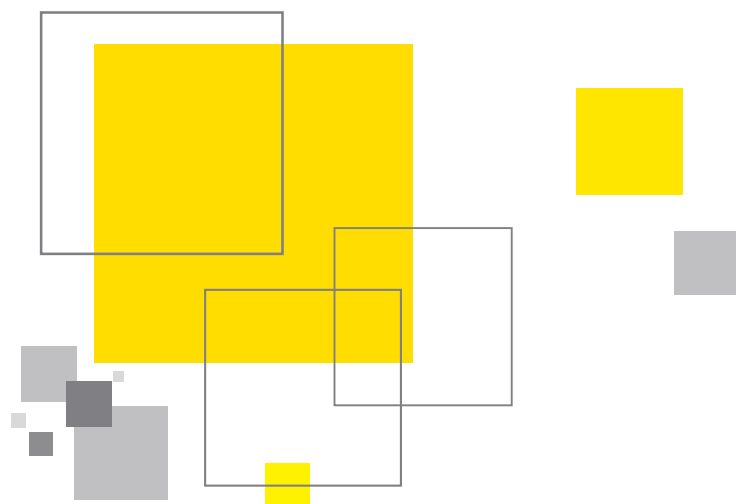


Bibliografia

1. Al-Hajjaj MS, Al-Khatim IM. High rate of non-compliance with anti-tuberculosis treatment despite a retrieval system: a call for implementation of directly observed therapy in Saudi Arabia. *Int J Tuberc Lung Dis* 2000; 4(4): 345-9.
2. Andrzej Pająk, Ewa Wiercińska, Maria Polakowska, Krystyna Kozakiewicz, Krystyna Kaczmarczyk-Chałas, Andrzej Tykarski, Danuta Gaździk, Tomasz Zdrojewski. Rozpowszechnienie dyslipidemii u mężczyzn i kobiet w wieku 20-74 lat w Polsce. Wyniki programu WOBASZ. *Kardiologia Polska* 2005; 63: 6 (supl. 4).
3. Ansell BJ. Not getting to goal: the clinical costs of noncompliance. *J Manag Care Pharm*. 2008 Jul;14(6 Suppl B):9-15.
4. Bond WS, Hussar DA. Detection methods and strategies for improving medication compliance. *Am J Hosp Pharm* 1991, 48, 1978-88.
5. Bouchard MH, Dragomir A, Blais L, Berard A, Pilon D, Perrault S. Impact of adherence to statins on coronary artery disease in primary prevention. *Br J Clin Pharmacol* 2007; 63(6): 698-708.
6. Corda RS, Burke HB, Horowitz HW. Adherence to prescription medications among medical professionals. *South Med J*. 2000; 93(6): 585-9.
7. Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X., Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Apr 16;(2):CD000011.
8. Haynes RB, McKibbon KA, Kanani R. Systematic review of randomised trials of interventions to assist patients to follow prescriptions for medications. *Lancet* 1996; 348(9024): 383-6.
9. Hertz RP, Unger AN, Lustik MB. Adherence with pharmacotherapy for type 2 diabetes: a retrospective cohort study of adults with employer-sponsored health insurance. *Clin Ther* 2005; 27(7): 1064-73.
10. Hughes DA, Bagust A, Haycox A, Walley T. The impact of non-compliance on the cost-effectiveness of pharmaceuticals: a review of the literature. *Health Econ* 2001; 10: 601-15.
11. Kardas P, Devine S., Golembesky A., Roberts R., A Systematic Review and Meta-Analysis of Misuse of Antibiotic Therapies in the Community. *Int J Antimicrob Agents* 2005; 26(2): 106-13.
12. Kardas P, Ratajczyk-Pakalska E. Hospitalizacje osób starszych w Łodzi. Część II. Możliwości zapobiegania hospitalizacjom osób starszych. *Gerontol Pol* 2002; 10: 95-98.
13. Kardas P, Ratajczyk-Pakalska E. Hospitalizacje osób starszych. Część I. Czynniki wpływające na hospitalizacje osób starszych w wielkomiejskiej populacji Łodzi. *Gerontol Pol* 2002; 10: 88-94.
14. Kardas P, Ratajczyk-Pakalska E. Świadomość problemu niestosowania się pacjentów do zaleconej terapii wśród lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej regionu łódzkiego. *Polska Med. Rodzinna* 2000, 2, 151-7.
15. Kardas P. Comparison of once daily versus twice daily oral nitrates in stable angina pectoris. *Am J Cardiol* 2004; 94: 213-6.
16. Kardas P. Comparison of patient compliance with once-daily and twice-daily antibiotic regimens in respiratory tract infections: results of a randomised trial. *J Antimicrob Chemother* 2007; 59(3): 531-6.
17. Kardas P. Compliance, Clinical Outcome, And Quality Of Life Of Patients With Stable Angina Pectoris Receiving Once Daily Betaxolol Versus Twice Daily Metoprolol: A Randomized Controlled Trial. *Vas Health Risk Manag* 2007; 3(2): 235-242.
18. Kardas P. Jak polepszyć przestrzeganie zaleceń lekarskich. *Wiad. Lek.* 2000, LIII, 7-8, 427-433.
19. Kardas P. Nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich przez pacjentów - następstwa, uwarunkowania i metody zapobiegania z punktu widzenia lekarza rodzinnego. *Polska Med. Rodzinna* 2000, 3, 284-6.
20. Kardas P. Nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich przyczyną nieskuteczności terapii. *Pol. Merk. Lek.* 2000, 9, 732-5.
21. Kardas P. Nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich. Dlaczego prawidłowe leczenie nie skutkuje? Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2006.
22. Kardas P. Nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich. *Med po Dypl* 2004; 13(2): 16-25.
23. Kardas P. Przestrzeganie zaleceń lekarskich przez pacjentów leczonych w warunkach ambulatoryjnych antybiotykami z powodu zakażeń dróg oddechowych. *Pneumonol. Alergol. Pol*, 1999, 67, 398-408.
24. Kardas P. Reasons for non-compliance with lipid lowering medication. *J Clin Lipidology* 2008; 2(5S): S70-1.
25. Kardas P. The DIACOM study (effect of Dosing frequency of oral Antidiabetic agents on the COMpliance and biochemical control of type 2 diabetes). *Diabetes Obes Metab* 2005; 7(6): 722-8.
26. Kardas P. The once daily dosage secures better compliance with antibiotic therapy of respiratory tract infections than twice daily dosage. *J Applied Res* 2003; 3(2), 201-6.
27. Kimmel SE, Chen Z, Price M, Parker CS, Metlay JP, Christie JD, Brensinger CM, Newcomb CW, Samaha FF, Gross R. The influence of patient adherence on anticoagulation control with warfarin: results from the International Normalized Ratio Adherence and Genetics (IN-RANGE) Study. *Arch Intern Med* 2007; 167(3): 229-35.
28. Mazzaglia G, Ambrosioni E, Alacqua M, Filippi A, Sessa E, Immordino V, Borghi C, Brignoli O, Caputi AP, Cricelli C, Mantovani LG. Adherence to antihypertensive medications and cardiovascular morbidity among newly diagnosed hypertensive patients. *Circulation*. 2009; 120(16): 1598-605.
29. New England Healthcare Institute. Thinking Outside the Pillbox: A System-wide Approach to Improving Patient Medication Adherence for Chronic Disease. Raport dostępny na stronie <http://www.nehi.net/>

30. Newby LK, LaPointe NM, Chen AY, Kramer JM, Hammill BG, DeLong ER, Muhlbaier LH, Califf RM. Long-term adherence to evidence-based secondary prevention therapies in coronary artery disease. *Circulation* 2006; 113(2): 203-12.
31. Nunes V, Neilson J, O'Flynn N, Calvert N, Kuntze S, Smithson H, Benson J, Blair J, Bowser A, Clyne W, Crome P, Haddad P, Hemingway S, Horne R, Johnson S, Kelly S, Packham B, Patel M, Steel J. Clinical Guidelines and Evidence Review for Medicines Adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. London: National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners, 2009.
32. O'Connor PJ. Improving Medication Adherence Challenges for Physicians, Payers, and Policy Makers. *Arch Intern Med* 2006; 166: 1802-1804.
33. Pechère J-C. Patients' interviews and misuse of antibiotics. *Clin Infect Dis* 2001; 33 Suppl 3: S170-73.
34. Perno CF, Ceccherini-Silberstein F, De Luca A, Cozzi-Lepri A, Gori C, Cingolani A, Bellocchi MC, Trotta MP, Piano P, Forbici F, Scasso A, Vullo V, d'Arminio Monforte A, Antinori A; AdICoNA Study Group. Virologic correlates of adherence to antiretroviral medications and therapeutic failure. *J AIDS* 2002; 31: S118-S122.
35. Projekt ABC – Ascertaining Barriers for Compliance – informacje dostępne na stronie www.abcproject.eu
36. Sabate E (red). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva, World Health Organization, 2003.
37. Sackett DL. Compliance with therapeutic regimens. Baltimore, John's Hopkins University Press 1976.
38. Simpson JR. Challenges to improve medication adherence. *JAMA* 2006; 296(21): 2614-15, Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med* 2005; 353: 487-497.
39. Simpson SH, Eurich DT, Majumdar SR, Padwal RS, Tsuyuki RT, Varney J, Johnson JA. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. *BMJ* 2006; 333: 15.
40. Sokol MC, McGuigan KA, Verbrugge RR, Epstein RS. Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare cost. *Med Care* 2005; 43: 521-530.
41. Stromberg A. Patient-related factors of compliance in heart failure: some new insight into an old problem. *Eur Heart J* 2006; 27: 379-81.
42. Taira DA, Wong KS, Frech-Tamas F, Chung RS. Copayment level and compliance with antihypertensive medication: analysis and policy implications for managed care. *Am J Manag Care* 2006; 12(11): 678-83.
43. Urquhart J. Role of patient compliance in clinical pharmacokinetics. A review of recent research. *Clin Pharmacokinet.* 1994; 27(3): 202-15.
44. Urquhart J. The electronic medication event monitor. Lessons for pharmacotherapy. *Clin Pharmacokinet* 1997, 32, 345-56.
45. Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P, Denekens J. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *J Clin Pharm Ther* 2001; 26: 331-342.
46. Vrijens B, Urquhart J. Patient adherence to prescribed antimicrobial drug dosing regimens. *J Antimicrob Chemother* 2005; 55: 616-27.
47. Vrijens B, Vincze G, Kristanto P, Urquhart J, Burnier M. Adherence to prescribed antihypertensive drug treatments: longitudinal study of electronically compiled dosing histories. *BMJ* 2008; 336(7653): 1114-7.
48. Youssef RM, Moubarak II. Patterns and determinants of treatment compliance among hypertensive patients. *East Mediterr Health J.* 2002; 8(4-5): 579-92.
49. Zajdel J. Obowiązek udzielania pomocy. Kiedy lekarz może odstąpić od leczenia? *Gaz. Lekarska* 1 (229), 2010: 26-7.

ADHERENCE, COMPLIANCE, PERSISTENCE
– WSPÓŁPRACA, ZGODNOŚĆ I WYTRWAŁOŚĆ
– PODSTAWOWY WARUNEK SUKCESU TERAPII



prof. dr hab. med. Zbigniew Gaciong
Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych,
Nadciśnienia Tętniczego i Angiologii
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

prof. dr hab. med. Piotr Kuna
Klinika Chorób Wewnętrznych Astmy i Alergii,
Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. N. Barlickiego,
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

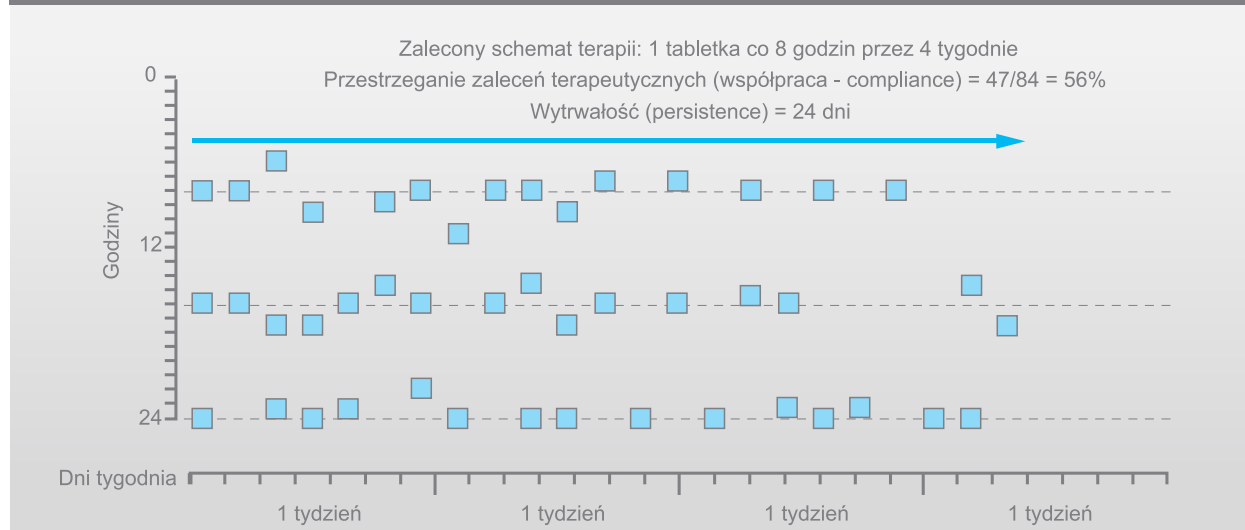
Leki nie działają u chorych, którzy ich nie biorą. Większość naszych pacjentów ma problemy ze stosowaniem się do zaleceń lekarskich, w tym także z systematycznym przyjmowaniem ordynowanych preparatów. Od kilkunastu lat podejmuje się próby naukowego opisu tego zjawiska, jego epidemiologii, patogenezy, znaczenia dla skuteczności terapii oraz poszukuje się sposobów poprawy [1,2]. Przybliżając powyższe zagadnienie polskiemu czytelnikowi już na początku stajemy wobec problemu braku powszechnie przyjętych terminów. Współpracę chorego z jego lekarzem najczęściej określa się definicją zaproponowaną przez Briana Haynesa jako „zakres, do jakiego zachowanie pacjenta w odniesieniu do przyjmowania leków, przestrzegania diety i modyfikacji stylu życia pozostaje zgodny z zaakceptowanymi przez chorego zaleceniami medycznymi”. W języku angielskim dla stopnia przestrzegania zaleceń lekarskich używa się terminu compliance lub adherence. Zazwyczaj powyższych określeń używa się w odniesieniu do stopnia przestrzegania zaleceń terapeutycznych, czyli zgodności przyjmowania leków przez chorego z przepisany schemat terapeutycznym, które łatwiej opisać językiem liczb. W takim ujęciu compliance to „zakres, w jakim pacjent przestrzega dawki i czasu przyjęcia leku zgodnie ze zleconym schematem”. Zwykle jako miarę podaje się odsetek tabletek, które pacjent rzeczywiście przyjął w odniesieniu do liczby, którą powinien był wziąć w określonym czasie. W badaniach naukowych wartość tę oblicza się, stosując leki w opakowaniach, które posiadają elektroniczne urządzenia monitorujące fakt otwarcia pojemni-

ka. Inna metoda, stosowana w próbach klinicznych, polega na liczeniu tabletek w opakowaniach leków zwróconych przez pacjenta (pill count). Ich nadmiar świadczy o gorszym przestrzeganiu zaleceń i pozwala wyliczyć odsetek przyjętych dawek.

Oczywiście wskaźnik ten może być obliczony tylko wtedy, gdy chory kontynuuje terapię; jej przerwanie powoduje spadek przestrzegania zaleceń terapeutycznych do zera. Z tego względu kolejną miarą oceniającą stopień przestrzegania zaleceń jest czas, przez jaki chory przyjmuje leki, określany terminem persistence (wytrwałość) – zwykle definiowany jako czas od rozpoczęcia zaleconej terapii do chwili jej przerwania. Sposób obliczania obu tych wartości pokazano na rycinie 1 na przykładzie chorego, który miał przyjmować 1 tabletkę co 8 godzin przez 4 tygodnie. Niektórzy autorzy odnoszą termin adherence do szerokiego pojęcia przestrzegania zaleceń, obejmującego zarówno compliance, jak i persistence.

W systemach opieki zdrowotnej, które odnotowują wystawienie i realizację recepty, istnieje możliwość oceny przestrzegania zaleceń z wykorzystaniem rejestrów aptecznych. W retrospektywnej analizie pozwalają one ocenić przestrzeganie zaleceń terapeutycznych poprzez obliczenie „wskaźnika posiadania leku” (medication possession ratio, MPR), oznaczającego liczbę dni, w które chory posiadał niezbędny dla kuracji lek w stosunku do czasu trwania terapii. Powyższy współczynnik oddaje systematyczność w realizacji recept i porównuje czas, na jaki zostały przepisane z czasem pomiędzy

Rycina 1. Przestrzeganie zaleceń przez chorego, któremu zlecono 4-tygodniową kurację lekiem dawkowanym 3 razy na dobę.



realizacją recept. Na przykład: na jednej receptce lekarz zapisuje ilość leku wystarczającą na 30 dni terapii oraz daje pacjentowi 2 kolejne identyczne recepty, które ma zrealizować po 30 i 60 dniach. Zatem pacjent ma zapewnione posiadanie leku przez 90 dni – zakładając, że w dniu 0, 30 i 60 kuracji zrealizuje w aptece recepty. Jeśli z kolejną receptą chory zgłosi się 40 dnia, to wskaźnik MPR wyniesie $30 \text{ (dni na które otrzymał leki)} / 40 \text{ (dni przez które przyjmował zalecone leki)} = 75\%$.

Ocena oparta na ankietach wypełnianych przez chorych zawyża rzeczywistą wartość przestrzegania zaleceń terapeutycznych. Już Hipokrates kazał „uważać na pacjentów, którzy często kłamią, że przyjmują przepisane im leki”. Najczęściej jednak przyczyna tkwi nie w świadomym modyfikowaniu zleconej terapii i oszukiwaniu lekarza (dolegliwość często przebiegająca pod rozpoznaniem rentitis), ale w zapomnieniu [3]. A chory, który zapomniał przyjąć lek, nie pamięta także o tym, że zapomniał. Istnieją kwestionariusze, które pozwalają oszacować stopień przestrzegania zaleceń przez chorego (tab. 1), a jednocześnie zwracają uwagę i pacjenta, i lekarza na ten problem [4].

Publikowany w tym wydawnictwie raport firmy Pen-

Tabela 1. Test Morisky’ego-Greena dla samooceny stopnia współpracy.

Odpowiedź na następujące pytania:

1. Czy kiedykolwiek zapomniałeś wziąć swoje lekarstwo?
2. Czy zdarza Ci się nie przestrzegać godzin przyjmowania leków?
3. Czy pomijasz kolejną dawkę leku, jeśli się dobrze czujesz?
4. Kiedy czujesz się źle i wiążesz to z lekiem czy pomijasz kolejną dawkę?

tor pokazuje, że 35% chorych deklaruje niedostateczne przestrzeganie zaleceń lekarskich (compliance). Uzyskane w trakcie badania informacje pozwalają na zidentyfikowanie przyczyn tego zjawiska, które leżą po stronie samych chorych, jak i lekarzy. Pacjenci nie rozumieją istoty terapii i konieczności jej kontynuacji, niejednokrotnie przyczyną odstawienia czy przerwania leczenia są działania niepożądane, czy trudność w uzyskaniu porady lekarskiej czy recepty. Przyczyną niesystematyczności ze strony pacjentów bywa niewłaściwa informacja lub jej brak ze strony lekarza, jak również niedostateczna więź pomiędzy nim a chorym, czego wyrazem jest brak zaufania.

Piśmiennictwo

1. Haynes RB, McDonald HP, Garg AX. Helping patients follow prescribed treatment. Clinical applications. JAMA 2002;288:2880-3.
2. Halpern MT, Khan ZM, Schmier JK, et al. Recommendations for evaluating compliance and persistence with hypertension therapy using retrospective data. Hypertension 2006;47:1039-48.
3. Kardas P. Nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich przyczyną nieskuteczności terapii. Pol Merk Lek 2003;9:732-5.
4. Morisky DE, Green LW, Levine M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care 1986;24:67-73.



SŁOWNICZEK TERMINÓW STOSOWANYCH W BADANIACH DOTYCZĄCYCH PRZESTRZEGANIA ZALECEŃ TERAPEUTYCZNYCH

opracował dr hab. n. med. Przemysław Kardas

- **adherence** – ang. termin oznaczający przestrzeganie zaleceń terapeutycznych, wypierający ostatnio z publikacji naukowych *compliance*, ze względu na sugerowany przez niego paternalistyczny schemat relacji pomiędzy lekarzem i pacjentem (lekarz „każe”, pacjent „musi”)
- **compliance** – ang. oznacza przestrzeganie zaleceń terapeutycznych
- **execution** (*of dosing regimen*) – ang. termin oznaczający realizację schematu dawkowania leku
- **medication adherence** – ang. termin oznaczający czas, w jakim pacjent przyjmował leki zgodnie z zaleconym schematem dawkowania tych leków, w chwili obecnej brak wersji polskiej tego terminu, rozsądną propozycją wydaje się *przestrzeganie zaleceń farmakoterapeutycznych*
- **nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych** (używane są również określenia *nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich*, *nieprzestrzeganie zaleceń terapii / leczenia*, rzadziej – *brak współpracy pacjenta*) – zakres, do jakiego zachowanie pacjenta odbiega od uzgodnionych zaleceń z pracownikiem medycznym
- **non-compliance** – ang. termin oznaczający nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych
- **persistence** (*with dosing regimen*) – ang. termin oznaczający wytrwałość (w realizacji schematu dawkowania)
- **przestrzeganie zaleceń terapeutycznych** (używane są również określenia *przestrzeganie zaleceń lekarskich*, *przestrzeganie zaleceń terapii / leczenia*, rzadziej – *współpraca pacjenta*) – zakres, do jakiego zachowanie pacjenta jest zgodne z uzgodnionymi z pracownikiem medycznym zaleceniami
- **realizacja schematu dawkowania leku** (*ang. execution of the dosing regimen*), szczegółowa historia przyjmowania przez pacjenta kolejnych dawek leku, podczas kontynuowania leczenia tym lekiem
- **wytrwałość (w realizacji schematu dawkowania)** (*ang. persistence with dosing regimen*) – długość okresu czasu, w którym pacjent nadal realizuje przepisaną terapię



Fundacja

Na Rzecz Wspierania Rozwoju
Polskiej Farmacji i Medycyny

Fundacja na rzecz Wspierania Rozwoju Polskiej Farmacji i Medycyny

ul. Pelplińska 19

83-200 Starogard Gd.

Sekretariat Fundacji

ul. Bobrowiecka 6

00-728 Warszawa

tel. (22) 364 63 13

e-mail: fundacja@polpharma.com



Fundacja na rzecz Wspierania Rozwoju Polskiej Farmacji i Medycyny

ul. Pelplińska 19, 83-200 Starogard Gdański
Sekretariat: ul. Bobrowiecka 6, 00-728 Warszawa
tel. (22) 364 63 13
e-mail: fundacja@polpharma.com

www.polpharma.pl