Medycyna po Dyplomie

Wydanie specjalne
Marzec 2008 / Supl. nr 03/08

PISMO ZALECANE LEKARZOM SPECJALIZUJĄCYM SIĘ W CHOROBACH WEWNĘTRZNYCH

WSPÓŁPRACA LEKARZA Z PACJENTEM W CHOROBACH PRZEWLEKŁYCH – COMPLIANCE, ADHERENCE, PERSISTENCE. STAN OBECNY I MOŻLIWOŚCI POPRAWY

pod redakcją prof. dr. hab. n. med. Zbigniewa Gacionga
i prof. dr. hab. n. med. Piotra Kuny

Fundacja
Na Rzecz Wspierania Rozwoju
Polskiej Farmacji i Medycyny

ISSN 1231-1812

MEDICAL TRIBUNE POLSKA

Tematem suplementu jest problem współpracy lekarza z pacjentem w leczeniu i w profilaktyce chorób przewlekłych. Prof. Zbigniew Gaciong i prof. Piotr Kuna, redaktorzy prowadzący, oddają go Państwu z nadzieją, że ta publikacja nie tylko poszerzy wiedzę, ale i dostarczy lekarzom różnych specjalności przydatnych narzędzi. Liczą też, że uda się wprowadzić polskie nazwy do literatury przedmiotu.

Fundacja na rzecz Wspierania Rozwoju Polskiej Farmacji i Medycyny
ogłasza konkurs pod hasłem

Zostań autorem

polskiego odpowiednika angielskich wyrazów adherence, compliance i persistence.

Na najlepszych tłumaczy czekają nagrody: torby lekarskie i angielsko-polskie słowniki medyczne.

Informacje o konkursie na stronie www.polpharma.pl/fundacja

Wszystkich zainteresowanych problematyką adherence, compliance, persistence – zachęcamy do odwiedzenia strony:

www.polpharma.pl/fundacja

Wydanie specjalne sponsorowane przez

Fundacja
Na Rzecz Wspierania Rozwoju
Polskiej Farmacji i Medycyny

polpharma

© 2008 Medical Tribune Sp. z o.o.

Wydawca i redakcja nie ponoszą odpowiedzialności za treść reklam i ogłoszeń. Publikacja ta jest przeznaczona tylko dla osób uprawnionych do wystawiania recept oraz osób prowadzących obrót produktami leczniczymi w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz.U. Nr 126, poz.1381, z późn. zmianami i rozporządzeniami).

Wydawca: Medical Tribune Polska Sp. z o.o.
00-465 Warszawa, ul. 29 Listopada 10, tel. (22) 444 24 00, faks (22) 832 10 77
Redakcja: Izabela Zdolińska
Rycina okładce: Maciej Jarema Fudali, **skład i łamanie:** Rafał Pierzchała, Sebastian Kowalski
Druk: Drukarnia LCL, ul. Dąbrowskiego 247/249. 93-231 Łódź

Jakiekolwiek kopiowanie w części lub w całości bez uprzedniego pisemnego zezwolenia Medical Tribune Polska Sp. z o.o. jest całkowicie zabronione.

Opinie wyrażone w przedstawionych artykułach są opiniami ich autorów i nie mogą być przypisywane wydawcy, redaktorom ani członkom Komitetu Redakcyjnego „Medycyny po Dyplomie".

Każdy lekarz powinien kierować się własnym doświadczeniem klinicznym przy podejmowaniu decyzji o przewadze korzyści z leczenia nad ryzykiem toksyczności. Lekarze proszeni są o zapoznanie się z pełną informacją o preparatach wymienionych w artykułach, zamieszczoną na opakowaniach leków lub w materiałach promocyjnych producentów.

Medycyna po Dyplomie

ADHERENCE, COMPLIANCE, PERSISTENCE – WSPÓŁPRACA, ZGODNOŚĆ I WYTRWAŁOŚĆ – PODSTAWOWY WARUNEK SUKCESU TERAPII 2

SYSTEMATYCZNE STOSOWANIE LEKU – NAJWAŻNIEJSZY ELEMENT TERAPII 4

WSPÓŁPRACA Z PACJENTEM W LECZENIU NADCIŚNIENIA TĘTNICZEGO 8

PRZESTRZEGANIE ZALECEŃ LEKARSKICH (COMPLIANCE) JAKO ELEMENT LECZENIA CUKRZYCY . 13

WSPÓŁPRACA Z PACJENTEM LECZONYM PRZECIWZAKRZEPOWO 17

WSPÓŁPRACA PACJENTA W LECZENIU CHORÓB PRZEWODU POKARMOWEGO 21

PROBLEM WSPÓŁPRACY LEKARZ-PACJENT U CHORYCH NA ASTMĘ OSKRZELOWĄ 25

PROBLEMY WSPÓŁPRACY LEKARZ-PACJENT U CHORYCH NA PRZEWLEKŁĄ OBTURACYJNĄ CHOROBĘ PŁUC (POCHP) 31

WSPÓŁPRACA CHORYCH W LECZENIU ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH 34

CZYNNIKI WPŁYWAJĄCE NA PRZESTRZEGANIE ZASAD TERAPII I EFEKTYWNOŚĆ LECZENIA OSTEOPOROZY – ROLA WSPÓŁPRACY LEKARZ-PACJENT 39

PROBLEM WSPÓŁPRACY Z PACJENTEM PEDIATRYCZNYM W LECZENIU CHORÓB PRZEWLEKŁYCH 42

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

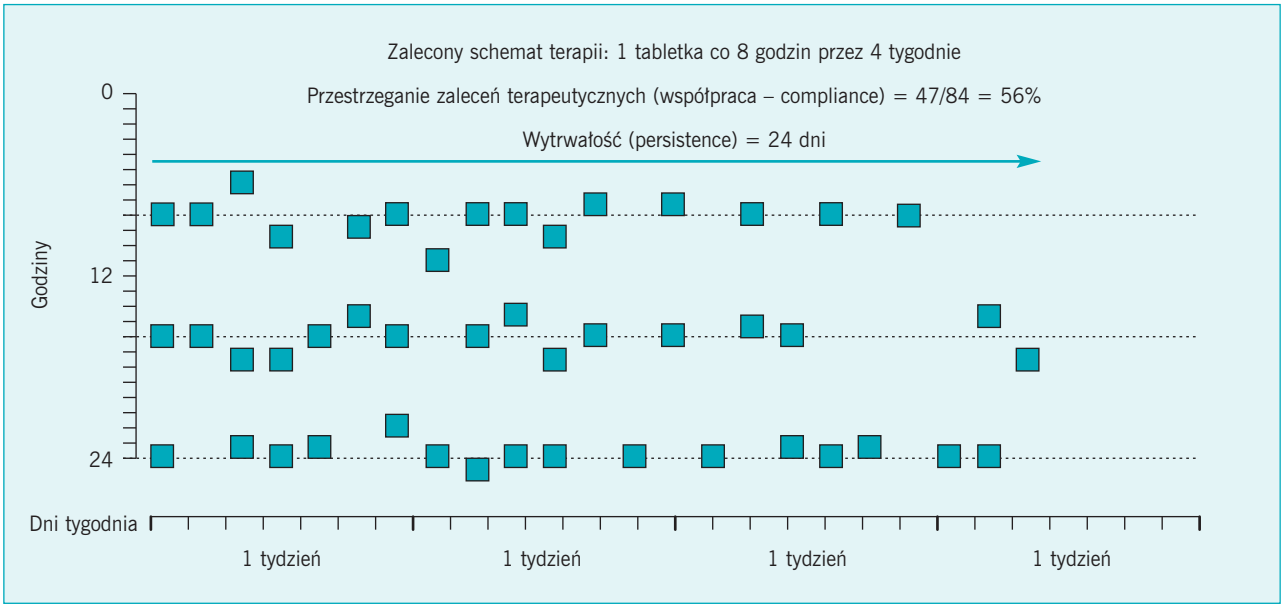
prof. dr hab. med. Piotr Kuna

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 adeherence. Zazwyczaj powyższych określeń używa się w odniesieniu do stopnia przestrzegania zaleceń terapeutycznych, czyli zgodności przyjmowanie leków przez chorego z przepisanym schematem 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 pojemnika. 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 compliance do zera. Z tego względu kolejną miarą oceniającą stopień przestrzegania zaleceń jest czas, przez jaki chory przyjmuje leki, określany terminem persistence – 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 persitence.

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 compliance (adherence) poprzez obliczenie „wskaźnika posiadania leku" (medication posession 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



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

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

Odpowiedz 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?

czas, na jaki zostały przepisane z czasem pomiędzy realizacją recept. Na przykład: na jednej recepcie 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 (dni na które otrzymał leki)/40 (dni przez które przyjmował zalecone leki) = 75%.

Ocena oparta na ankietach wypełnianych przez chorych zawyża rzeczywistą wielkość adherence. 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 zapominaniu.[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]

Oczywiście, stopień przestrzegania zaleceń można także określać metodami bezpośrednimi, poprzez ocenę efektu działania leku czy oznaczanie jego postaci w płynach biologicznych.

Niniejsze wydanie specjalne Medycyny po Dyplomie jest w całości poświęcone zagadnieniu przestrzegania zaleceń przez pacjenta. Bodźcem do jego powstania był konkurs ogłoszony przez Fundację Na Rzecz Wspierania Rozwoju Polskiej Farmacji i Medycyny, mający na celu analizę tego zjawiska w Polsce oraz poszukiwanie propozycji poprawy. Załączone artykuły przedstawiają ten problem w różnych specjalnościach medycznych. Pomimo pewnych odrębności w wielu chorobach przewlekłych brak współpracy chorego staje się jednym z najważniejszych czynników powodujących małą skuteczność terapii. Mamy nadzieję, że powyższa publikacja nie tylko zwiększy stan wiedzy, ale także dostarczy lekarzom różnych specjalności przydatnych narzędzi. Liczymy, że może uda się także wprowadzić polskie nazwy do literatury przedmiotu, czyli: współpraca zamiast adherence, zgodność (postępowanie pacjenta zgodnie z zaleceniami) zamiast compliance, wytrwałość zamiast persistence.

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. Recommedntations for evaluating compliance and persistence with hypertension therapy using retrospective data. Hypertension 2006;47:1039-48.
3. Kardas P. Nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich przyczyna 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.

Systematyczne stosowanie leku – najważniejszy element terapii

prof. dr hab. med. Jacek Spławiński

Narodowy Instytut Leków, Warszawa

mgr farm. Grzegorz Cessak

Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych

Celem artykułu jest pokazanie, jak ważna i dlaczego jest adherence w stosowaniu leków. Znaczenie adherence dla skuteczności danego leku wyjaśnia każdy podręcznik farmakologii. Ale wyjaśnienie to jest tylko z pozoru łatwe – w artykule położono nacisk na tajemnicze strony zjawiska adherence, aby postawić delikatny znak zapytania przy podstawach medycyny opartej na faktach – królowej racjonalnego sposób myślenia w medycynie.

Ojcowie współczesnej farmakologii, Ehrlich i Langley (pierwszy zauroczony wysoką chemiczną swoistością trucizn, drugi zdziwiony utratą odpowiedzi mięśnia na nikotynę po zastosowaniu kurary), wymyślili receptory i dzisiaj obowiązujący kanon, że skutek działania leku wynika z pobudzenia receptora, przełożonego następnie drogą skomplikowanych szlaków na korzystną odpowiedź organizmu. Innymi słowy, cząsteczki chemiczne leku łączą się z cząsteczkami chemicznymi komórki bądź na jej powierzchni, bądź w jej wnętrzu, i w wyniku tego połączenia dochodzi do reakcji chemicznej, najczęściej zgodnej z prawem działania mas. Nie jest to więc żaden magnetyzm czy wyższa siła, jak sądzono pod koniec XIX w., ale reakcja chemiczna, która decyduje o odpowiedzi organizmu na lek – tak korzystnej, jak i niekorzystnej. Efekt leczniczy wynika z przewagi pierwszej reakcji nad drugą. Jakikolwiek jest to efekt, jest zrozumiałe, że zależy on od obecności cząsteczki leku w okolicach struktur organizmu na ten lek wrażliwych. Takie twierdzenie jest zgodne z powszechnie znaną obserwacją, że skutek zależy od wielkości dawki, czyli od ilości cząsteczek leku wprowadzonych do organizmu. Najczęściej obserwuje się liniową zależność dawka-efekt leczniczy, poprzedzoną (lub nie) stężeniem progowym. Często też obserwuje się korzystne działanie leku, które wraz ze wzrostem dawki zmienia się w niekorzystne. Utrzymanie efektu korzystnego zależy – jak podpowiada intuicja – od stałej obecności leku w okolicy receptora. Łatwo zrozumiałym przykładem jest zmniejszenie ryzyka zawału serca i zgonu z powodu powikłań sercowo-naczyniowych przez systematyczne picie dużego kieliszka wina dziennie. Z kolei systematyczne spożywanie kilku butelek wina dziennie wyraźnie zwiększa wspomniane ryzyko. W obu przypadkach warunkiem koniecznym do wystąpienia tej zależności jest systematyczność – jednorazowa konsumpcja kieliszka wina nie przedłuży życia, a jednorazowa konsumpcja butelki wina nie zabije. Podobnie jest w przypadku leków: warunkiem powodzenia leczenia jest systematyczne ich stosowanie zgodnie ze wskazaniami lekarza, czyli adherence. Mówiąc inaczej – bez stałej obecności cząsteczek leku w strukturach wrażliwych na ten lek nie można liczyć na jego działanie. Wysoką adherence, czyli systematyczność w przestrzeganiu wskazań, uzyskuje się w próbach klinicznych, najczęściej przeprowadzanych na oddziałach klinicznych i szpitalnych, na których obowiązuje rytuał codziennego zażywania leków otrzymywanych bezpłatnie, a procedura z tym związana (zlecenie, wpisanie leku do karty, wydawanie leku, sprawdzanie w czasie wizyt lekarskich) uniemożliwia pominięcie dawki. W tych warunkach adherence jest wysoka, nierzadko dochodzi do 100%. Inaczej jest w przypadku chorych zażywających leki w domu. Tysiące drobiazgów, z których złożone jest codzienne życie, brak schematu i specjalnej procedury, brak stałej pory zażywania powodują, że zapomina się o jednej, potem o drugiej dawce leku, aż wreszcie w ogóle przerywa się jego stosowanie, a z czasem nawet nie wykupuje z apteki. Wykazano, że po 6 miesiącach leczenia mniej niż połowa chorych zgłasza się po leki w aptece.[1] W krajach rozwiniętych adherence w leczeniu przewlekłym wynosi ok. 50%.[2] W USA odsetek chorych systematycznie stosujących się do zaleceń wynosi 51%.[3] W Australii natomiast stwierdzono, że w leczeniu zapobiegawczym adherence wynosi zaledwie 28%.[4] Szczególnie niska jest adherence w przypadku leczenia depresji – może sięgać zaledwie 40%.[5] Dokładna wielkość adherence

może różnić się między badaniami, ponieważ jej obliczenie jest trudne. Warto dodać, że prognozy na przyszłość pod tym względem nie są optymistyczne. W populacji szybko zwiększa się odsetek osób >65 r.ż. dotkniętych chorobami podeszłego wieku, przede wszystkim depresją starczą i chorobą Alzheimera, które nie sprzyjają systematycznemu zażywaniu leków.

W porównaniu do kontrolowanych warunków leczenia w szpitalu, warunków idealnych, leczenie pozaszpitalne charakteryzuje się niską adherence. Anglicy odróżniają skuteczność leku w warunkach idealnych, wykazaną w próbach klinicznych, od skuteczności obserwowanej w warunkach pozaszpitalnych („real life"). Tę pierwszą nazywają efficacy, tę drugą effectiveness, a różnica między nimi spowodowana różnym stopniem adherence może być bardzo duża. Lek o znacznej efficacy może mieć bardzo małą effectiveness, co ma oczywiście olbrzymie znaczenie dla leczenia. Obecnie uważa się, że zła adherence jest wtedy, kiedy sięga 40-75%. W próbach klinicznych, w których od pewnego czasu mierzy się adherence, przy podliczaniu wyników oddziela się chorych z niską adherence (np. do 80%) od chorych z wysoką adherence (>80%).

Dowiedziono, że zmniejszenie częstości podawania leku zwiększa adherence, dlatego każdy lek o przedłużonym działaniu z punktu widzenia jego skuteczności ma kolosalną przewagę nad tym, który musi być podawany kilkakrotnie na dobę.[6] Biorąc pod uwagę jeszcze inne, nadzwyczaj ważne elementy terapii, takie jak bezpośrednie koszty źle leczonej choroby (dodatkowe hospitalizacje, inwalidztwo, zgony, itd.), a także jeszcze większe koszty pośrednie (obniżenie jakości życia, straty w produkcji wynikające z choroby pracownika, czy luki w wykształceniu spowodowane opuszczonymi zajęciami)[7] dochodzi się do wniosku, że społeczeństwo płaci olbrzymią cenę za niską adherence. Aż 64% przyjęć do szpitala z powodu niewydolności serca wynika z braku adherence do zaleconego leczenia.[8] Z tego względu w piśmiennictwie światowym popiera się te formy leczenia, które zwiększają adherence, np. łączenie dwóch leków przeciwnadciśnieniowych (inhibitor ACE z diuretykiem) w jednej tabletce, czy łączenie wziewnych kortykosteroidów z β_2-mimetykami w jednym inhalatorze do leczenia astmy, czy wreszcie (to najbliższa przyszłość) podawanie bisfosfonianów w osteoporozie raz na rok. Badania przeprowadzone w USA, Kanadzie i Australii[10] wykazują, że około połowa chorych przyjmuje 30-50% zapisanych leków.

Warto na marginesie wspomnieć, że łączenie leków w jedną postać (polski system refundacyjny nie promuje takich leków) ma jeszcze inne dwie ważne zalety. Oto dwa przykłady. Ramipril i hydrocholorotiazyd podane razem mają działanie synergistyczne.[9,11] Synergizm zaś oznacza, że łączny skutek działania jest większy od sumy poszczególnych efektów. Leki te można podawać razem w formie oddzielnych tabletek, ale adherence takiego leczenia jest dużo niższa od tej, kiedy obydwie substancje aktywne są połączone w jednej pastylce. Drugi przykład to astma. Zgodnie z zaleceniami GINA[12] kortykosteroid jest lekiem pierwszej linii, a stosowanie β_2-mimetyków powinno być oszczędne ze względu na potencjalne zagrożenia związane z ich nadużywaniem. Tymczasem choremu o konieczności zastosowania leku najczęściej przypomina atak duszności i dopiero wtedy sięga po lek, który przynosi mu natychmiastową ulgę, czyli po β_2-mimetyk, zapominając o kortykosteroidzie. Połączenie β_2-mimetyku z kortykosteroidem ma więc dla dalszych losów chorego wielkie znaczenie.

Już w 1980 r. stwierdzono, że wysoka adherence w leczeniu klofibratem wysoce znamiennie statystycznie ($p=0{,}00011$) zmniejsza ryzyko zgonu,[13] a w 1990 r. wykazano, że wysoka adherence w leczeniu propranololem zmniejsza ryzyko wystąpienia zawału mięśnia sercowego.[14] Stwierdzenie istotności statystycznej połączonej z dużą znamiennością kliniczną skutku leczniczego nie dowodzi jednak jeszcze związku przyczynowego-skutkowego. Celem wspomnianych badań nie było bowiem zbadanie wpływu systematyczności stosowania leku na wynik leczniczy; adherence pomierzono przy okazji. Dla potwierdzenia przypadkowej obserwacji konieczna jest jeszcze hipoteza naukowa, która obok właściwej logiki badania musi jeszcze spełniać warunek zgodności z wiedzą dotychczas zgromadzoną. Czy gdyby na sali wykładowej wszyscy łysi usiedli od strony okna, to mielibyśmy podstawy do twierdzenia, że „łysi ciągną do światła"? Na takie twierdzenie potrzebna jest odpowiednia hipoteza robocza, której nikt przy zdrowych zmysłach nie postawi, ponieważ nie ma ona racjonalnych przesłanek.

W przeciwieństwie do powyższego przykładu hipoteza o wpływie adherence na wynik terapii jest dobrze uzasadniona. Tę hipotezę bardzo rygorystycznie sprawdzono w badaniu CHARM,[15] którego wyniki dowiodły, że śmiertelność wśród chorych stosujących kandesartan niesystematycznie była istotnie wyższa ($p<1{,}0 \times 10^{-4}$). Również znamienność kliniczna tej różnicy była znaczna: śmiertelność wśród chorych z niską adherence była o ponad 30% wyższa. Adherence wpływała również na skuteczność amiodaronu w prewencji nagłego zgonu sercowego – względne ryzyko nagłego zgonu było znamiennie większe ($p<0{,}01$) wśród chorych z niską adherence. Znamienny był również efekt kliniczny: u chorych z niską adherence śmiertelność była ponadtrzykrotnie większa.[16] Przeprowadzone następnie liczne badania,[17,18,19,20] a szczególnie metaanaliza obejmująca 21 badań,[1] potwierdziły poprzednie obserwacje: wysoka adherence jest odpowiedzialna za wielokrotnie lepszy wynik leczenia, w tym także mniejszą śmiertelność. Innymi słowy – chory, który stosuje systematycznie zalecony lek ma kilkakrotnie większe szanse na dłuższe życie w porównaniu do tego chorego, który leczy się nieregularnie. Sposoby na zwiększenie adherence są niewystarczające i niewątpliwie odkrycie skutecznych metod zwiększających ją będzie miało w przyszłości większy wpływ na zdrowie całych populacji aniżeli postęp w leczeniu chorób.

Tak więc rygorystyczne badania doprowadziły do stwierdzenia zgodnego z intuicją każdego praktyka: systematyczne zażywanie leku warunkuje jego skuteczność. Można powiedzieć, że EBM i racjonalne myślenie tryumfuje – teraz trzeba tylko wymyślić metody zwiększające systematyczność leczenia.

We wspomnianych badaniach w celu spełnienia warunków stawianych przez EBM obok aktywnego leczenia stosowano placebo. Dzięki zastosowaniu placebo odkryto zjawisko, nad którym niechętnie zatrzymują się naukowcy i które trudno znaleźć w ka-

nonach EBM. Kto wie – może jesteśmy na końcu drogi, której apogeum w klinicznej farmakologii stanowi EBM – mur, za którym nic nie widać? Może EBM to już wyschnięty dogmat i warto zapytać (nawet, gdyby miało to być głupie pytanie), czy nie nadchodzą czasy, w których proste linie i kąty wyznaczone przez nasz racjonalizm przestają obowiązywać, chociaż nie wiemy, kiedy i czym zostaną zastąpione?

Oto okazało się, że adherence w przyjmowaniu placebo daje podobnie dobry skutek leczniczy jak adherence w stosowaniu aktywnego leku.[13,14] Ryzyko zgonu u chorych systematycznie stosujących placebo było prawie o połowę mniejsze (iloraz szans z 95% granicami ufności: 0,56; 0,43-0,74) aniżeli u tych, którzy stosowali placebo „w kratkę" i bardzo podobne do wpływu aktywnego leku: ryzyko zgonu także było zmniejszone o połowę (iloraz szans: 0,56; 0,50-0,63) – wnioski wyciągnięto na podstawie 8 badań, w których uczestniczyło ponad 45 000 chorych zażywających aktywny lek i prawie 20 000 zażywających placebo.[1] W sumie adherence w przypadku placebo daje podobny wynik jak adherence w przypadku aktywnego leku. Na przykład w badaniu CHARM u chorych należących do grupy systematycznie stosujących placebo (adherence >80%) zaobserwowano 3,5 razy większe zmniejszenie śmiertelności aniżeli w połączonej grupie chorych (grupa z wysoką i grupa z niską adherence) zażywających kandesartan.[21] Tę wysoką skuteczność leczniczą placebo (pod warunkiem, że jest stosowana systematycznie) próbuje się tłumaczyć tzw. efektem placebo.[21] Przytoczone badania wskazują jednak, że po pierwsze nie jest istotne samo placebo, ale systematyczność jego (adherence) stosowania, po drugie – w dużej metaanalizie obejmującej 114 prób klinicznych i ok. 8 000 chorych wykazano, że efekt placebo w porównaniu z nieleczeniem jest niewielki, ogranicza się do zmiennych ciągłych odbieranych subiektywnie, w tym bólu i zanika wraz z zwiększeniem liczby badanych.[22]

Fascynująca obserwacja, że sama systematyczność stosowania – bez względu na to, czy to jest aktywny lek, czy placebo – wpływa na wynik leczenia, wymaga dalszych badań. Okazuje się, że stosunek pacjenta do wskazań lekarskich decyduje o powodzeniu leczenia.[23] Istnieją dwie sprzeczne koncepcje. Jedna z nich wiąże efekt adherence z klasą leku, a nie typem zachowania pacjenta. Koncepcja ta wywodzi się z obserwacji, że wśród chorych po zawale serca wpływ adherence na śmiertelność był najsilniejszy u chorych zażywających statyny, słabszy u chorych zażywających beta-adrenolityki i nieobecny u stosujących inhibitory kanałów wapniowych.[17] Niestety, w tym badaniu obserwacyjnym nie uwzględniono placebo, a korzystny wpływ samej adherence w przypadku inhibitorów kanału wapniowego mógł być równoważony niekorzystnym wpływem leku.

Druga koncepcja sugeruje, że korzystny wpływ adherence na śmiertelność nie jest związany ze stosowanym lekiem, skoro jest obecny w grupie placebo, ale wynika z osobowości pacjenta, jego stanu emocjonalnego i percepcji samego siebie („opiekowanie się samym sobą"). Taki pacjent może przypisywać dużą rolę zachowaniom prozdrowotnym, co może stanowić klucz dla oddziaływania centralnego systemu nerwowego na organizm i w rezultacie na wynik leczenia.[24] Słuszność tej koncepcji sugerują dane pokazujące, że efekt adherence w przypadku placebo jest silniejszy w prewencji wtórnej aniżeli pierwotnej, a wielkość efektu adherence może zależeć od edukacji pacjenta, stanu finansowego i wieku.[21] Rzeczywiście, niska adherence jest charakterystyczna dla palaczy (nie zależy im na zdrowiu) i prawdopodobnie tych, którzy nie uprawiają sportu – jeśli tak rozumieć silny związek pomiędzy wysoką adherence a wolnym rytmem serca.[15] Wydaje się także, iż samotność zmniejsza adherence.[14] Być może najważniejszym argumentem za drugą koncepcją jest fakt, że depresja silnie negatywnie wpływa na adherence.[23] Obok trudności w pamiętaniu o przyjmowaniu leku u chorych z depresją dochodzi uczucie beznadziejności i niewiary w skuteczność leczenia.[25] Chorzy z ostrym zespołem wieńcowym i depresją mają wielkie trudności w utrzymaniu adherence.[26] Wiadomo również, że u tych chorych depresja zwiększa śmiertelność.[23] Do typowych objawów zespołu depresyjnego należą: obniżony nastrój i napęd psychoruchowy, utrata zainteresowań, niska samoocena i pesymizm. Epizod depresji (u co piątej osoby występuje jeden epizod w ciągu życia) zwiększa trzykrotnie ryzyko zgonu z przyczyn kardiologicznych, zwiększa także ryzyko udaru mózgu.[27] Być może brak właściwej adherence w leczeniu odgrywa także jakąś rolę.

W nauce, jak wiadomo, zdziwienie jest ważniejsze od samych danych. Można mieć nadzieję, że intrygujący wpływ samej systematyczności zażywania na pozytywny skutek działania leku pobudzi uczonych do postawienia właściwych pytań i wyjaśnienia tego zjawiska. Szczególnie ważne jest znalezienie odpowiedzi na pytanie, jak ocenić skuteczność aktywnego leku u osób ściśle przestrzegających adherence, skoro u takich placebo działa równie skutecznie? Wykazano, że osoby z wysoką adherence znamiennie częściej wykonują badania dodatkowe (dbają o swoje zdrowie).[18] Jak więc planować badanie, aby ominąć ów błąd („healthy user bias")?

Niezależnie od różnych pytań i pomysłów, jakie nasuwają się po odkryciu efektu adherence, nie ulega wątpliwości, że udoskonalenie metod prowadzących do wysokiej adherence w każdej terapii będzie miało olbrzymi wpływ na zdrowie społeczeństwa. Może nawet większy aniżeli odkrycia nowych leków. To nieprawdopodobne, ale mniej prawdziwe – długość życia osób chorych może bardziej zależeć od systematycznego stosowania leków, a mniej od rodzaju terapii.

Piśmiennictwo

1. Simpson SH, et al. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. BMJ 2006;333:15-18
2. Sackett D, et al. Patient compliance with antihypertensive regimens. Patient Counseling & Health Education 1978;11:18-21
3. Anonim. Critical overview of antihypertensive therapies: what is preventing us from getting there? Am J Managed Care 2000;6 (4 Suppl):S211-S221
4. Reid D, et al. Management and treatment perception among young adults with asthma in Melbourne: the Australian experience from the European Community Respiratory Health Survey. Respirology 2000;5:281-287
5. Demyttenaere K. Noncompliance with antidepressants: who is to blame? Int Clin Psychopharm 1998;13 (Suppl 2):S19-S25
6. Sackett DL I, Haynes RB. Compliance with therapeutic regimens. Baltimore John Hopkins University Press, 1976
7. Baena-Cagnani BE. Global burden of asthma and allergic diseases: the challenge for the

new century. Curr Allergy & Asthma Rep 2001;1:298-292
8. Ghali JK, et al. Precipitating factors leading to decompensation of heart failure: traits among urban blacks. Arch Int Med 1988;148:2013-2016
9. Sica DE. Rationale for fixed-dose combinations in the treatment of hypertension. Drugs 2002;62:443-462
10. Yeung M, et al. Compliance with prescribed drug therapy in asthma. Res Med 1994;88:31-35
11. Scholze J, et al. Short report: ramipril and hydrochlorotiazide combination therapy in hypertension: a clinical trial of factorial design. J Hyperterns 1993;11:217-221
12. GINA, Global Initiative for Asthma, www.ginasthma.com
13. Anonim: Influence of adherence to treatment and response of cholesterol on mortality in the coronary drug project. NEJM 1980;303:1038-1041
14. Horwitz RI, et al. Treatment adherence and risk of death after a myocardial infarction. Lancet 1990;336:542-545
15. Granger BB, et al. Adherence to candesartan and placebo and outcomes in chronic heart failure in the CHARM programme: double-blind, randomized, controlled clinical trial. The Lancet 2005;366:2005-2011
16. Irvine J, et al. Poor adherence to placebo or amiodarone therapy predicts mortality: results from the CAMIAT study. Psychosom Med 1999;61:566-575
17. Rasmussen JN, et al. Relationship between adherence to evidence-based pharmacotherapy and long term mortality after acute myocardial infarction. JAMA 2007; 297:177-186
18. Brookhart MA, et al. Adherence to lipid-lowering therapy and the use of preventive health services: an investigation of the healthy user effect. Am J Epidemiol 2007;166:348-354
19. Gislason GH, et al. Persistent use of evidence-based pharmacotherapy in heart failure is associated with improved outcomes. Circulation 2007;116:737-744
20. Gehi AK, et al. Self-reported medication adherence and cardiovascular events in patients with stable coronary heart disease. Arch Inter Med 2007;167:1798-1803
21. White HD. Adherence ad outcomes: it's more than taking the pills. The Lancet 2005;366:1989-1991
22. Hrobjartsson A, Gotzsche PC. Is the placebo powerless? NEJM 2001;344:1594-1602
23. Ziegelstein RC, Miller SD. Just a spoonful of sugar. J Am Coll Cardiol 2006;48:2223-2224
24. Chewning B. The healthy adherer and the placebo effect. BMJ 2006;333:18-19
25. DiMatteo MR, et al. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment. Arch Intern Med 2000;160:2101-2107
26. Rieckmann N, et al. Course of depressive symptoms and medication adherence after acute coronary syndromes. J Am Coll Cardiol 2006;48:2218-2222
27. Kramer PD. Czym jest depresja. Dom Wydawniczy REBIS, Warszawa 2007

Współpraca z pacjentem w leczeniu nadciśnienia tętniczego

prof. dr hab. med. Zbigniew Gaciong

Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Nadciśnienia Tętniczego i Angiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Opublikowany pod koniec 2002 r. raport WHO wskazuje na nadciśnienie tętnicze jako najważniejszy czynnik ryzyka nadmiernej umieralności mieszkańców naszego globu.[1] Jednak pomimo ogromnego znaczenia dla zdrowia publicznego jedynie niewielki odsetek pacjentów z nadciśnieniem uzyskuje zakładaną kontrolę ciśnienia tętniczego. Wyniki badania NATPOL przeprowadzonego w Polsce w 2002 r. wskazują, że 26,7% leczonych – czyli 12% wszystkich badanych chorych z nadciśnieniem – osiąga zadawalającą wartość ciśnienia tętniczego (<140/90 mmHg). Podobne dane pochodzą z wielu krajów i nawet w USA – gdzie świadomość zagrożeń związanych z ciśnieniem tętniczym wydaje się największa zarówno wśród lekarzy, jak i chorych – ostatnie badania wskazują na dobrą kontrolę ciśnienia tętniczego u tylko 64% pacjentów. W grupach zwiększonego ryzyka, takich jak chorzy z przebytymi powikłaniami narządowymi, wyniki terapii są jeszcze gorsze i zakładane wartości ciśnienia osiąga 23,2-49,3% leczonych.[3]

Wskazuje się na 3 podstawowe przyczyny niepowodzenia leczenia nadciśnienia tętniczego:

- niedostateczną współpracę ze strony chorego (non-adherence)
- brak modyfikacji leczenia przez lekarza pomimo nieosiągnięcia celu terapeutycznego (inercja terapeutyczna)
- oporne nadciśnienie tętnicze.

Zjawisko współpracy pacjenta (adherence) obejmuje zarówno sam fakt stałego przyjmowania leków (wytrwałość – persistence), jak i stopień zgodności z zaleceniami medycznymi (zgodność – compliance). Najczęściej używaną miarą wytrwałości jest czas, przez jaki pacjent stosuje się do zaleceń, zakończony przerwaniem terapii. Zgodność natomiast określa się poprzez liczbę tabletek, które chory przyjął w porównaniu do całkowitej należnej liczby leków i zwykle wyraża się ją w procentach. Należy jednak zauważyć, że tak wyliczany wskaźnik pomija przestrzeganie należnego czasu przyjęcia leku.

Bez wątpienia najrzadziej przyczyną niedostatecznej odpowiedzi na terapię jest sama choroba. Oporne nadciśnienie tętnicze rozpoznaje się, gdy wartość ciśnienia tętniczego przekracza 140/90 mmHg (>130/80 mmHg w grupach dużego ryzyka) pomimo terapii co najmniej trzema lekami, w tym diuretykiem, w odpowiednim skojarzeniu i dawkach, przez czas wystarczający dla rozwinięcia maksymalnego efektu terapeutycznego.[4] Szacuje się, że prawdziwie oporne nadciśnienie, pod postacią którego może ukrywać się nierozpoznana postać wtórna, dotyczy nie więcej niż kilkunastu procent chorych kierowanych do ośrodków referencyjnych.

Z tego względu za główną przyczynę niepowodzenia terapii hipotensyjnej należy przyjąć czynnik ludzki, chociaż często trudno określić, kto ponosi większą winę za brak sukcesu leczenia – pacjent czy jego lekarz. W ostatniej ocenie obejmującej 410 chorych z „opornym" nadciśnieniem tętniczym, Rose i wsp. ustalili, że błędy lekarzy były przyczyną 72% niepowodzeń, natomiast niedostateczna współpraca ze strony chorego jedynie 13%. Dane innych badaczy dostarczają zbliżonych wartości i wszystkie analizy zgodnie wskazują na non-adherence jako drugą najważniejszą przyczynę braku kontroli ciśnienia tętniczego. Należy jednak podkreślić, że powyższe prace mogą zaniżać wskaźnik współpracy, ponieważ uwzględniają wyłącznie pacjentów wytrwale przestrzegających zaleceń (o dużej persistance). W dalszej części artykułu zostanie znajdą się dane o epidemiologii non-adherence w terapii hipotensyjnej, podstawowe mechanizmy leżące u podłoża tego zjawiska i metody, które mogą je korzystnie zmienić.

Brak współpracy pacjenta jako przyczyna nieskuteczności terapii hipotensyjnej – epidemiologia

Dane dotyczące wymienionych zjawisk pochodzą z badań klinicznych nad skutecznością różnych rodzajów leków hipotensyjnych lub opierają się na źródłach pozwalających oszacować wytrwałość i zgodność. W badaniach klinicznych wytrwałość – określana liczbą chorych pozostałych po odjęciu pacjentów, którzy wypadli z obserwacji (lost to follow up) – wynosi zwykle nie więcej niż kilka do kilkunastu procent, natomiast zgodność przekracza 80%.

Należy jednak zauważyć, że do udziału w próbach klinicznych zwykle wybierana jest szczególna grupa chorych, którzy nie tylko spełniają określone kryteria włączenia i wyłączenia, ale także bardzo dobrze współpracują z lekarzem. Zatem już z założenia należy oczekiwać gorszej współpracy w codziennym życiu.

Wybór metody oceny wskaźników współpracy rzutuje na uzyskane wyniki: zwykle lepsze rezultaty otrzymuje się stosując elektroniczne urządzenia monitorujące, gorsze – korzystając z ankiet prowadzonych wśród chorych, a najgorzej wskaźniki współpracy wypadają, jeśli oblicza się je wykorzystując apteczne rejestry realizacji recept. W pierwszych wypadkach chorzy zdają sobie sprawę, że ich zachowanie podlega ocenie i odpowiednio je modyfikują.

Metaanaliza podsumowująca wyniki badań prowadzonych z zastosowaniem elektronicznych urządzeń rejestrujących wskazuje, że niedostateczną współpracę wykrywa się u 9-37% pacjentów,[5] podczas gdy dane oparte na wynikach ankiet prowadzonych wśród chorych identyfikowały 15-47% chorych (średnio 24%) jako osoby niewspółpracujące.[6] W ramach wspomnianego powyżej projektu NATPOL wszystkie osoby biorące udział w badaniu, którym lekarz zapisał leki przeciwnadciśnieniowe, zapytano w kwestionariuszu, czy regularnie przyjmują zapisane farmaceutyki. 19% z tych osób deklarowało, że wcale nie przyjmuje leków, tyle samo badanych twierdziło, że leki przyjmuje nieregularnie.[2]

Obserwowane różnice mogą wynikać nie tylko z odmiennej metodologii, ale również wiązać się z odmiennymi przyczynami niedostatecznej współpracy w badanych populacjach (tab. 1).

Analizy oparte na danych aptecznych, czyli najbliższe codziennemu życiu, wskazują na znaczny spadek wytrwałości w pierwszych 6 miesiącach terapii i następnie powolny spadek w czasie kolejnych lat obserwacji. Wśród pacjentów ze świeżo rozpoznanym nadciśnieniem 78% kontynuowało w terapię po roku, natomiast po 4 latach już tylko 48%. Osoby, u których chorobę rozpoznano wcześniej, wykazywały znacznie lepszą wytrwałość – odpowiednio 97% i 82%. Szacuje się, że połowa chorych zaprzestaje przyjmowania leków hipotensyjnych w ciągu roku prowadzenia terapii.

Dane oparte na ankietach przeprowadzonych wśród pacjentów i badania wykorzystujące elektroniczne urządzenia rejestrujące pozwalają ocenić stopień zgodności. Należy jednak zawsze pamiętać, że prawdopodobnie powyższe dane są zawyżone albo poprzez samoocenę chorych (ankiety), albo dodatnią selekcję osób współpracujących (rejestratory elektroniczne). Oczywiście wszystkie te badania dotyczą osób, które wykazują bardzo dobrą wytrwałość.

Tabela 1. Czynniki wpływające na gorszy stopień współpracy chorego w trakcie terapii hipotensyjnej (zmodyfikowane wg. Bunier 2006[7])

Ze strony lekarza i chorego
Duży koszt leków i procedur medycznych
Trudny dostęp do lekarza
Instrukcje niezrozumiałe lub nieczytelne dla pacjenta
Brak zaangażowania chorego w terapię
Brak wsparcia ze strony rodziny/otoczenia pacjenta
Niedostateczna wiedza pacjenta o istocie choroby (?)
Brak uwagi lekarza na zagadnienia współpracy
Mała częstość wizyt
Płeć męska (?)
Współistniejące uzależnienia
Współistniejące zaburzenia psychiczne
Otyłość
Związane z chorobą
Świeżo rozpoznane nadciśnienie
Wystąpienie działań niepożądanych leków
Złożone schematy terapeutyczne

Podsumowując: badania prowadzone przy użyciu monitorowania elektronicznego wskazują, że średni stopień zgodności mierzony liczbą przyjętych w tygodniu tabletek wynosi 75%, przy czym w 60% przypadków leki przyjmowane są o zalecanej porze. We wszystkich tych badaniach chorzy wiedzieli, że są obiektem próby oceniającej ich systematyczność w stosowaniu się do zaleceń lekarskich. W klasycznych już badaniach grupy Sacketta, której członkowie przeprowadzali niezapowiedziane „kontrole" w domach u kanadyjskich hutników leczonych z powodu nadciśnienia, uzyskane wskaźniki były znacząco mniejsze.[8]

Następstwa niedostatecznej współpracy

Bez wątpienia najlepszą metodą zapobiegania powikłaniom narządowym u pacjenta z nadciśnieniem tętniczym jest skuteczna i długotrwała redukcja ciśnienia tętniczego. Wyniki rozlicznych badań klinicznych wskazują na przewagę tych sposobów terapii, które prowadzą do większego jego obniżenia. W najnowszych europejskich wytycznych podkreśla się, że podstawowym celem jest obniżenie ciśnienia tętniczego, a wybór określonych preparatów ma znaczenie drugorzędne. Można zatem oczekiwać, że większy stopień współpracy zapewni lepszą kontrolę ciśnienia tętniczego, co powinno przełożyć się na bardziej skuteczna ochronę narządową.

Oczywiście również i w odniesieniu do analiz, które oceniają związek pomiędzy wskaźnikami współpracy pacjenta a kontrolą ciśnienia tętniczego, należy uwzględnić wpływ metodologii na wyniki. Elzubir i wsp.[9] wykorzystując metodę liczenia zwróconych opakowań stwierdzili, że jedynie 18% chorych o słabym współczynniku zgodności osiągnęło zakładane wartości ciśnienia tętniczego, podczas gdy wśród dobrze współpracujących wartość ta wynosiła 92%. W innych badaniach nie znaleziono aż takich dużych

różnic w stopniu kontroli ciśnienia tętniczego pomiędzy grupami różniącymi się stopniem współpracy, ale zawsze populacja o lepszych wskaźnikach współpracy uzyskiwała niższe wartości ciśnienia tętniczego.

Bramley i wsp.,[10] którzy wykorzystali dane pochodzące z rejestrów aptecznych, stwierdzili, że kontrola ciśnienia tętniczego wykazuje zależność z wielkością współpracy, określaną jako czas posiadania leków (MPR, medical posession rate). W grupie o najlepszym wskaźniku współpracy (MPR ≥80%) odsetek chorych o dobrej kontroli ciśnienia w oparciu o kryteria JNC VI był o 10% większy niż u pacjentów niewspółpracujących (MPR<50%).

Obecnie dysponujemy jedynie wstępnymi wynikami prac, w których analizowano związek pomiędzy stopniem współpracy a ryzykiem powikłań narządowych nadciśnienia tętniczego. Chorzy, których współpracę określano jako dobrą (MPR wynosiła ≥80%, a wytrwałość ponad rok), znacząco rzadziej doświadczali typowych powikłań narządowych nadciśnienia.[11] W innej analizie, obejmującej 98 485 osób, ryzyko zawału serca i udaru u pacjentów, których wytrwałość przekraczała 2 lata, było o 13% mniejsze.[12] Przerwanie leczenia wiąże się z ryzykiem hospitalizacji i zwiększa koszty medyczne o dodatkowe 873$ (dane z pierwszej połowy lat 90.) na pacjenta znajdującego się pod opieką systemu Medicaid.[13] Podobną liniową zależność obserwuje się pomiędzy wskaźnikami zgodności (compliance) a ryzykiem hospitalizacji.[14] Ekonomiczne skutki niedostatecznej współpracy pacjentów z nadciśnieniem przekładają się na utratę 3,5 dnia roboczego rocznie i podwajają koszty uzyskanych lat życia (QALY).[15]

Czynniki wpływające na stopień współpracy, wytrwałość i zgodność

Nadciśnienie tętnicze jest chorobą przewlekłą, w której współpraca pacjenta obejmuje nie tylko farmakoterapię, ale także redukcję ryzyka poprzez modyfikacje stylu życia, co wymaga stałego i regularnego monitorowania przebiegu terapii oraz jej skutków. Korzyści z leczenia dotyczą zwykle odległego ryzyka powikłań, przy jednoczesnym braku absolutnej gwarancji, że nawet najbardziej skuteczna terapia pozwoli na uniknięcie chorób takich jak zawał serca czy udar. Pomimo małego prawdopodobieństwa nie można całkowicie wyeliminować objawów niepożądanych terapii, a często sam pacjent zauważa, że przerwanie leczenia nie pociąga za sobą natychmiastowych szkodliwych skutków. Wymienione właściwości choroby nadciśnieniowej utrudniają utrzymanie odpowiedniej *zgodności* i *wytrwałości* pacjenta przekładającej się na dobrą *współpracę*.[16]

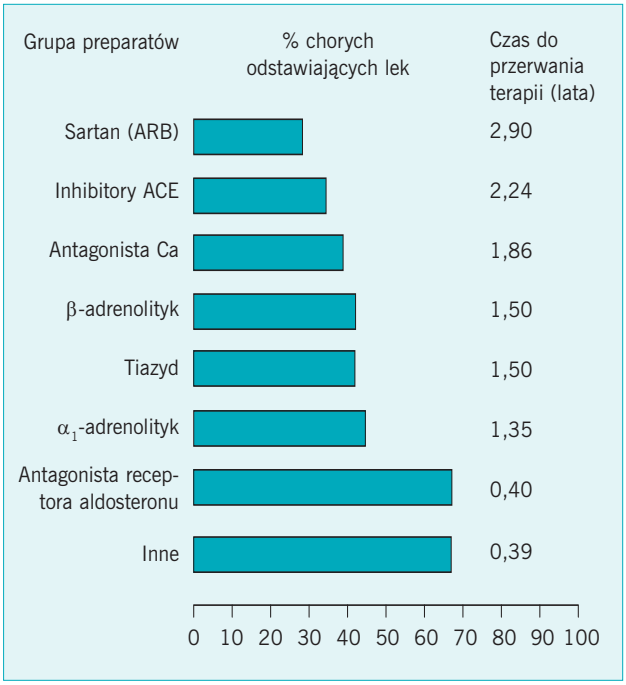
W tabeli 1 wymieniono czynniki, które wpływają na przestrzeganie zaleceń lekarskich. W badaniu NATPOL u kobiet istotnie częściej niż u mężczyzn obserwowano dobrą współpracę z lekarzem w leczeniu nadciśnienia tętniczego – kobiety dwukrotnie rzadziej odstawiały przepisane leki. Powyższych obserwacji nie potwierdzają jednak badania innych autorów, zwłaszcza stosujących odmienne metody oceny (rejestry apteczne, elektroniczne urządzenia monitorujące). Sugeruje się, że czynnikiem, z którym wiąże się z gorsza współpraca, jest otyłość.

Można przypuszczać, że wiedza pacjenta na temat choroby powinna zwiększać jego motywację do systematycznego leczenia i przestrzegania zaleceń. Mimo licznych prac poświęconych efektom edukacji chorego na skutki leczenia trudno jednak o jednoznacznie przekonujące wyniki. Należy pamiętać, że w programie edukacyjnym mogą chętniej uczestniczyć osoby o większej świadomości prozdrowotnej, bardziej zmotywowane do przestrzegania zaleceń lekarskich. Właściwością wszelkich programów edukacyjnych jest duża liczba chorych, którzy nie kończą edukacji (lost to follow-up), dlatego analiza wyników obejmuje jedynie grupę, która wzięła udział w całym programie, czyli wyjściowo już wykazuje wysoką wytrwałość i zgodność. David Sackett, pionier badań nad współpracą pacjenta, twierdzi, że chorzy, którzy przeszli edukację, mają zdecydowanie większą wiedzę na temat choroby, ale stopień ich współpracy jest podobny. Obawa przed ujawnieniem się objawów niepożądanych stanowi istotny czynnik negatywnie wpływający na stopień współpracy.

Czynnikiem, który poprawia współpracę, jest długi czas trwania choroby i dołączenie się powikłań. Mimo że osoby w starszym wieku przywiązują większą wagę do swojego zdrowia, to pogarszająca się sprawność intelektualna może znacząco zmniejszać ich zdolność do przestrzegania zaleceń lekarskich. Kwestią szeroko badaną i dyskutowaną jest związek pomiędzy rodzajem leku hipotensyjnego a wskaźnikami współpracy chorego. Prace prowadzone w sposób kontrolowany wskazują na pewne różnice wskaźników współpracy przy stosowaniu różnych klas leków hipotensyjnych. W próbie klinicznej TOHMS (Treatment of Mild Hypertension Study) brało udział 902 pacjentów z łagodnym nadciśnieniem tętniczym, którzy otrzymywali losowo placebo lub jeden z leków hipotensyjnych: amlodypinę, acebutolol, chlortalidon, doksazosynę albo enalapryl.[17] Po 48 miesiącach leczenia odsetek pacjentów pozostających w wybranej pierwotnie terapii wynosił dla amlodypiny 82,5%, dla acebutololu – 77,8%, dla chlortalidonu – 67,5%, dla doksazosyny – 66,1%, a dla enalaprylu – 68,1%. Kolejne duże badania kliniczne prowadzone w sposób kontrolowany i porównujące różne klasy leków hipotensyjnych (ALLHAT, ASCOT, NORDIL, STOP-2, VALUE) nie wskazują na znaczące różnice we współpracy w zależności od grupy stosowanych preparatów. Wydaje się jednak, że inaczej przebiega przestrzeganie zaleceń lekarskich w codziennym życiu. Dane oparte na rejestrach aptecznych wskazują na znaczące różnice pomiędzy poszczególnymi grupami. Wykorzystując UK General Practice Research Database badacze wyliczyli, że w grupie 109 454 pacjentów obserwowanych przez 10 lat przerwanie terapii hipotensyjnej miało miejsce w 223 228 razy.[18] Okazało się, że najrzadziej fakt ten miał miejsce przy rozpoczęciu leczenia sartanami – chorzy najdłużej kontynuowali terapię tą klasą leków (ryc. 1).

Jak poprawić stopień przestrzegania zaleceń przez pacjenta z nadciśnieniem tętniczym?

Niektóre czynniki rzutujące na stopień współpracy mogą być modyfikowane przez lekarza. Powszechnie podkreśla się lepszą zgodność przy ograniczeniu liczby przepisywanych leków. Wiele badań



Rycina 1. Przerwanie terapii hipotensyjnej w zależności od pierwszego wyboru leku.[18]

Tabela 2. Metody poprawy współpracy pacjenta w terapii hipotensyjnej

Czytelne pisemne instrukcje
Uproszczenie schematu terapeutycznego (dawkowanie raz na dobę, gotowe połączenia leków)
Organizacja grup wsparcia
Edukacja
Wcześniejsze rozkładanie/pakowanie leków zgodnie ze schematem dawkowania
Przypominanie o wzięciu leku
Dostosowanie schematu dawkowania do czynności dnia codziennego
Podkreślanie korzyści z systematycznego leczenia
Samokontrola ciśnienia tętniczego
Zwiększenie częstości wizyt (?)
Monitorowanie częstości wizyt i realizacji recept
Zaangażowanie członków rodziny/opiekunów

wskazuje na związek pomiędzy compliance a liczbą tabletek, które pacjent musi przyjmować na dobę.[16] Powyższe wyniki zostały uwzględnione w najnowszych wytycznych, które zalecają preferencje preparatów długo działających, podawanych raz na dobę, i możliwość używania gotowych połączeń nawet w początkowym okresie terapii.[19] Dane z rejestrów aptecznych wskazują na lepszą wytrwałość i zgodność chorych, jeśli otrzymują oni gotowe połączenie dwóch leków hipotensyjnych w porównaniu do sytuacji, gdy oba preparaty są w postaci oddzielnych tabletek.[20] Analiza innych metod, które mogą zwiększać stopień współpracy chorego, nie pozwala na wskazanie sposobów o udokumentowanej przez odpowiednie badania skuteczności,[21] co nie oznacza, że należy uznać je za całkowicie nieskuteczne.

Podstawowym zadaniem lekarza i innych pracowników opieki medycznej jest zwrócenie uwagi na kwestie przestrzegania zaleceń. Ważne jest, aby nie straszyć chorego konsekwencjami nieprzestrzegania zaleceń, ale podkreślać korzyści ze stosowania się do nich. Podejmuje się próby włączenia schematów terapeutycznych w cykl stałych czynności życiowych chorego (np. mycie zębów, posiłki), aby wytworzyć rodzaj odruchu warunkowego, skłaniającego do przyjęcia leku. Należy pamiętać, że osoby w wieku podeszłym obciążone wieloma schorzeniami muszą uzyskać pomoc swojego otoczenia, aby móc podołać wyzwaniom złożonej terapii.[22,23]

Samodzielne pomiary ciśnienia tętniczego mogą generować niepotrzebny stres, ale stosowane w określonych porach doby, zwykle przed przyjęciem leku, mogą stanowić kolejny bodziec wzmacniający współpracę pacjenta. Pomocne mogą być specjalne opakowania na leki, które zawierają urządzenia przypominające o wzięciu tabletki. W niektórych krajach uruchamia się usługę powiadamiania o konieczności przyjęcia kolejnej dawki poprzez SMSy. Wybrane apteki pakują leki indywidualnie dla każdego pacjenta, w „blistry" zawierające różne preparaty przyjmowane tego samego dnia o tej samej porze.

Kwestią sporną pozostaje częstość wizyt. Nie stwierdzono odmiennych wyników terapii, jeśli pacjent pojawiał się w gabinecie co 3 lub 6 miesięcy.[24] Sześć miesięcy to najdłuższy dopuszczalny okres pomiędzy kolejnymi wizytami zalecany przez wytyczne i to tylko dla chorych stabilnych, z dobrą kontrolą ciśnienia tętniczego. Zasady realizacji recept w naszym kraju pozwalają na wydanie recepty pokrywającej zapotrzebowanie najdłużej na 3 miesiące terapii. Bez wątpienia większa częstość wizyt jest wskazana u pacjentów obciążonych powikłaniami czy nieuzyskujących docelowych wartości ciśnienia tętniczego. Czy u pacjentów stabilnych zwiększenie liczby wizyt prowadzi do lepszej kontroli ciśnienia, czy też staje się dodatkowym, obojętnym dla skutku terapii obowiązkiem dla chorego – pozostaje chwilowo bez odpowiedzi.

Podsumowanie

Nadciśnienie tętnicze jest chorobą przewlekłą, która wymaga opieki medycznej do końca życia pacjenta. Badania ostatnich lat wskazują, że podstawowym warunkiem skutecznej terapii jest przyjmowanie leków przez chorego. Znalezienie metody, która pozwoli skutecznie utrzymać pacjenta w terapii i zwiększy jego stopień przestrzegania zaleceń, ma większe znaczenie niż poszukiwanie nieistniejącego idealnego leku hipotensyjnego.

Adres do korespondencji:
ul. Banacha 1a, 02-097 Warszawa
tel. (22) 599 28 28, faks (22) 599 18 28
e-mail: zgaciong@hotmail.com

Piśmiennictwo

1. Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, et al and the Comparative Risk Assessment Collaborating Group. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. Lancet 2002;360:1347-60.
2. Zdrojewski T, Szpakowski P, Bandosz P, et al. Arterial hypertension in Poland in 2002. J Hum Hypertens. 2004 Aug;18 (8):557-62.
3. Womg ND, Lopez VA, L'Italien, et al. Inadequate control of hypertension in US adults with cardiovascular disease comorbidities in 2003-2004. Arch Int Med 2007;167:2431-2436.
4. Moser M, JF Setaro. Resistant or difficult-to-control hypertension. N Eng J Med 2006;355:385-92.
5. Wetzels GEC, Nelemans P, Schouten JS, et al. Facts and fiction of poor compliance as a cause of inadequate blood pressure control: a systematic review. J Hypertens 2004;22:1849-55.
6. Cramer JA. Consequenses of intermittent treatment for hypertension: the case for medication compliance and persistence. Am J Managed Care 1998;4:1563-8.
7. Bunier M. Medication adherence and persistence as the corerstone of effective antihypertensive therapy. Amer J Hypertens 2006;19:1190-6.
8. Haynes RB, Sackett DL, Gibson ES, et al. Improvement of medication compliance in uncontrolled hypertension. Lancet 1976;1 (7972):1265-8.
9. Elzubier AG, Husain AA, Suleimna IA, et al. Drug comopliance among hypertensive patients in kassala, eastern Sudan. East Mediterr Health J 2000;6:100-5.
10. Bramley TJ, Gerbino PP, Nightengale BS, et al. Relationship of blood pressure control to adherence with antihypertensive monotherapy in 13 managed care organizations. J Manag Care Pharm 2006;12:239-45.
11. Halpern MT, et al. Kongres ESH, Madryt 2006.
12. Breekveldt-Postma NS, et al. Non-persistent use of anti-hypertensive drugs leads to increased risk of hospitalizations for acute myocardial infarction or stroke. Value Health 2006;8:A339.
13. McCombs JS, Nichol MB, Newman MB, et al. The costs of interrupting antihypertensive drug therapy in a Medicaid population. Med care 1994;32:214-26.
14. Sokol MC, McGuigan KA, Verbrugge RR, et al. Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare cost. Med Care 2005;43:521-30.
15. Drummond M, Coyle D. Assessing economic value of antihypertensive medicines. J Human Hypertens 1992;6:495-501.
16. Claxton AJ, Cramer J, Pierce C. A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. Clin Ther 2001;23;1296-1310.
17. Lewis CE, Grandits A, Flack J, et al. Efficacy and tolerance of antihypertensive treatment in men and women with stage 1 diastolic hypertension. Results of the Treatment of Mild Hypertension Study. Arch Intern Med 1996;156:377-85.
18. Burke TA, Sturkenboom MC, Lu SE, et al. Discontinuation of antihypertensive drugs among newly diagnosed hypertensive patients in UK general practice. J Hypertens 2006;24:1201-1208.
19. 2007 ESH-ESC Practice Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: ESH-ESC Task Force on the Management of Arterial Hypertension. J Hypertens 2007;25:1751-63.
20. Dezii CM A retrospective study of persistence with single-pill combination therapy vs.concurrent two-pill therapy in patients with hypertension. Manag Care. 2000;9 (Suppl):2-6
21. Schroeder K, Fahet T, Ebrahim S. Interventions for improving adherence to teeatment in patients with high blood pressure in ambulatory settings. The Cochrane Library 2008,1:1-26.
22. Birtwhistle RV, Godwin MS, Delva MD, et al. Randomised equivalence trial comparing three month and six month follow up of patients with hypertension by family practitioners. BMJ 2004;328:205-210.
23. Kardas P. Nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich przyczyna nieskuteczności terapii. Pol Merk Lek 2000;9:732-5.
24. Haynes RB, McDonald HP, Garg AX. Helping patients follow prescribed treatment. Clinical applications. JAMA 2002;288:2880-3.

Przestrzeganie zaleceń lekarskich (compliance) jako element leczenia cukrzycy

dr n. med. Marta Wróbel,

dr n. med. Aleksandra Szymborska-Kajanek,

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Strojek

Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Diabetologii i Nefrologii ŚUM, Zabrze

Cukrzyca, będąc chorobą przewlekłą, obarczona jest ryzykiem wystąpienia późnych powikłań, co wobec stale narastającej liczby chorych na świecie stanowi poważny problem współczesnej medycyny. Szacuje się, że retinopatia cukrzycowa jest najczęstszą przyczyną ślepoty, nefropatia cukrzycowa – schyłkowej niewydolności nerek, a neuropatia – nieurazowej amputacji kończyn dolnych. Cukrzyca wiąże się również ze zwiększonym ryzykiem rozwoju powikłań sercowo-naczyniowych pod postacią m. in. zawału serca czy udaru mózgu. W Polsce cukrzyca dotyczy około 2 mln osób, przy czym typ 1 choroby stanowi – podobnie jak w innych krajach – niewiele, bo 5-10% wszystkich przypadków. Szczególnym problemem cukrzycy jako choroby przewlekłej jest fakt, że towarzyszy ona choremu do końca życia i źle leczona grozi kalectwem, a nawet śmiercią. Chorzy na cukrzycę nierzadko nie zdają sobie sprawy z powagi sytuacji. Co więcej, cukrzyca typu 2 może przebiegać przez wiele lat w sposób utajony i pacjent, który trafia do lekarza, ma już późne powikłania. Istnieją również przypadki, gdy dopiero dolegliwości w przebiegu powikłań choroby skłaniają chorych do wizyty w gabinecie lekarskim. Zarówno w prewencji cukrzycy, jak i jej leczeniu czynnikiem niezwykle istotnym – o ile nie najważniejszym – jest dobra współpraca chorego z lekarzem. Jak wiadomo, osiągnięcie i utrzymanie prawidłowego wyrównania glikemii warunkuje zmniejszenie ryzyka powikłań, które obok skrócenia oczekiwanego czasu przeżycia chorych istotnie pogarszają jakość ich życia.

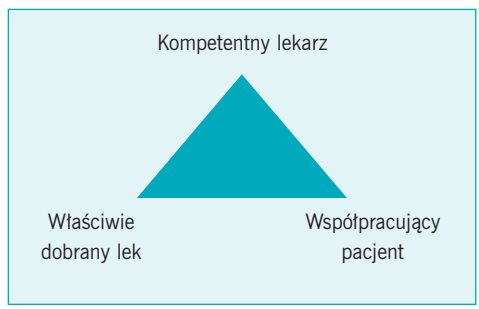
Cele w leczeniu cukrzycy

Nowoczesne skuteczne leczenie cukrzycy musi składać się z trzech elementów (ryc.1). Zadaniem lekarza jest dobranie właściwego leku oraz przekazanie choremu zaleceń, które ten na podstawie uzyskanej wiedzy będzie realizował w codziennym życiu. Obejmują one:

- leczenie behawioralne (m.in. zwiększenie aktywności fizycznej, dieta redukująca masę ciała, zaprzestanie palenia tytoniu)
- monitorowanie glikemii oraz ciśnienia tętniczego
- modyfikowanie dawek leków hipoglikemizujących i hipotensyjnych w zależności od wartości pomiarów, tak aby stale utrzymać normoglikemię i normotensję.

Przestrzeganie zaleceń lekarskich – stan obecny

Według raportu WHO jedynie 26% dzieci i młodzieży i 40% dorosłych z cukrzycą typu 1 wykonuje oznaczenia glikemii w samokontroli zgodnie z zaleceniami (3-4 razy dziennie). Około 20% dostosowuje dawki insuliny na bieżąco w zależności od wyniku. Około 6-7% deklaruje, że nie oznacza w ogóle glikemii. Należy mieć również na uwadze, że część pacjentów, zwłaszcza młodszych, fałszuje własne wyniki, jednak wprowadzenie na rynek w ostatnich latach glukometrów z wbudowanym systemem pamięci znacznie utrudnia taki proceder. Około 70% pacjentów z cukrzycą typu 2 nie oznacza glikemii w domu. Około 84% chorych na cukrzycę typu 1 deklaruje, że przyjmuje wszystkie zalecone dawki insuliny codziennie. Ominięcie dawki w ciągu 10 dni przed wizytą u lekarza deklaruje około 25% nastolatków.



Rycina 1. Trójkąt nowoczesnego leczenia cukrzycy

Oprócz błędów wynikających z nieumiejętnego dopasowania dawki w jednym z badań wykazano, że ok. 30% dziewcząt świadomie omija wstrzyknięcia insuliny, aby kontrolować masę ciała. W populacji chorych z cukrzycą typu 2 ok. 77% stosuje zalecone ilości insuliny. Przyjmowanie doustnych leków hipoglikemizujących kształtuje się na podobnym poziomie, aczkolwiek w jednym z badań w populacji chorych przyjmujących pochodną sulfonylomocznika lub metforminę w monoterapii właściwe stosowanie leku stwierdzono odpowiednio u 31% i 34%. W przypadku leków doustnych najczęstszym przejawem braku współpracy ze strony chorych jest ominięcie dawki, ale ponad 1/3 chorych zdarza się zażywać leki częściej niż zalecono. W badaniu oceniającym współpracę kobiet ciężarnych z cukrzycą typu 1 lub 2 insulinę zgodnie z zaleceniem przyjmowało 86-88% kobiet, a 94-96% oznaczało regularnie glikemię w ramach samokontroli.

Zaleceń dietetycznych przestrzega według różnych danych 30-70% chorych z cukrzycą typu 1 i średnio 40% z cukrzycą typu 2. W codziennej praktyce obserwuje się rozbieżność pomiędzy deklaratywnością przestrzegania zaleceń dietetycznych a ich rzeczywistą realizacją, co łatwo zweryfikować przez dokonywanie pomiaru masy ciała na kolejnych wizytach. Ponadto dość często określenie „dieta" nie jest właściwie rozumiane przez chorych. Pacjenci niejednokrotnie realizują zalecenia typowe dla diety wątrobowej (unikanie potraw smażonych, pieczonych albo ostro przyprawionych), podczas gdy w rzeczywistości istotą diety w cukrzycy jest ograniczenie podaży kalorii. Zaobserwowano również, że chorzy z typem 2 tracą na wadze w znacznie mniejszym stopniu niż ich małżonkowie bez cukrzycy. Dane odnośnie podejmowanej aktywności fizycznej są dość skąpe, aczkolwiek w typie 1 oceniono, że ćwiczenia z różną częstotliwością podejmuje ok. 2/3 chorych.

Stosowanie się chorych do zaleceń lekarskich ma również ogromne znaczenie w profilaktyce cukrzycy typu 2. Duże wieloośrodkowe badanie, kontrolowane placebo, dotyczące prewencji cukrzycy typu 2 (DPP – Diabetes Prevention Program) u 3234 chorych z nieprawidłową tolerancją glukozy w trzyletniej obserwacji, wykazało, że intensywna zmiana stylu życia wiązała się z 55% redukcją ryzyka wystąpienia cukrzycy typu 2, a w grupie chorych stosujących metforminę ryzyko to było mniejsze jedynie o 30%.

Edukacja

Cukrzyca typu 2 pojawia się zazwyczaj w momencie, kiedy pacjent ma już pewne nawyki. W codziennej praktyce wielkim trudem jest zatem przekonanie chorego do terapii niefarmakologicznej, która ma prowadzić przede wszystkim do redukcji masy ciała bądź utrzymania jej na odpowiednim poziomie. Edukacja jest bardzo ważnym elementem opieki diabetologicznej nad chorym i powinna być prowadzona przez osobę dobrze do tej roli przygotowaną. Należy się jednak liczyć z tym, że nie zawsze zdobyta wiedza zostanie wykorzystana przez pacjentów w praktyce. Chorzy na cukrzycę mają różną świadomość swojej choroby. Wykazano, że im jest ona wyższa, tym większa jest motywacja do leczenia i przestrzegania zaleceń lekarskich. Innego zdania są badacze z Duke Clinical Reaserch Institute, którzy postulują istnienie niewielkiej zależności pomiędzy wiedzą chorego na temat cukrzycy a prawidłową kontrolą glikemii, masy ciała i czynników ryzyka powikłań sercowo-naczyniowych.

Samodzielne prowadzenie cukrzycy (adherence to self-care) definiowane jest m.in. jako aktywny, odpowiedzialny i elastyczny proces samodzielnego prowadzenia własnej choroby, w którym chory dąży do osiągnięcia dobrego stanu zdrowia we współpracy z zespołem medycznym, a nie ślepo wypełnia jego sztywne zalecenia. Ważne, by w czasie wizyty lekarz ocenił stopień realizowania przez chorego osobno poszczególnych składowych samokontroli cukrzycy (monitorowanie glikemii, dieta, modyfikacja dawek insuliny itd). Tylko w ten sposób można wychwycić elementy, z którymi pacjent gorzej sobie radzi, co skutkuje gorszym wyrównaniem metabolicznym choroby. Taka weryfikacja pozwala zatem na uzupełnianie konkretnych braków w wiedzy o prowadzeniu choroby (bądź jej odświeżenie) bez przeładowywania chorego nadmiarem informacji.

Czynniki wpływające na przestrzeganie zaleceń w prowadzeniu cukrzycy

Istotnymi czynnikami wpływającymi na samokontrolę cukrzycy są czas trwania choroby, złożoność terapii oraz rodzaj opieki medycznej. Wykazano, że z czasem trwania cukrzycy chorzy coraz gorzej przestrzegają zaleceń dietetycznych oraz rzadziej podejmują aktywność fizyczną. W miarę upływu czasu chorym z typem 1 coraz częściej zdarza się omijać wstrzyknięcia insuliny. Podobnie jak w innych chorobach przewlekłych, również w cukrzycy na przestrzeganie zaleceń (a tym samym skuteczność terapii) wpływa liczba dawek leku w ciągu dnia – bardziej regularnie stosowane są doustne leki hipoglikemizujace, które chory przyjmuje raz dziennie. Wpływ na przestrzeganie przez chorych zaleconego schematu leczenia ma również występowanie objawów niepożądanych. W przypadku metforminy są to najczęściej zaburzenia żołądkowo-jelitowe, będące najczęstszą przyczyną przerwania terapii. W przypadku pochodnych sulfonylomocznika i insuliny głównym problem jest ich działanie hipoglikemizujące. Część chorych z obawy przed niedocukrzeniem celowo niedoszacowuje dawek insuliny. Zaobserwowano również, że korzystniej wpływa na wyrównanie cukrzycy opieka wykwalifikowanego zespołu medycznego (lekarz, pielęgniarka, edukator, dietetyk). Nie bez znaczenia są również tzw. czynniki osobnicze, takie jak wiek, płeć, samoocena, stres, depresja czy nadużywanie alkoholu. Stwierdzono, że pacjenci cukrzycą typu 1 powyżej 25 r.ż. rzadziej oznaczają glikemię i rzadziej podejmują aktywność fizyczną oraz częściej zapominają o podaniu insuliny niż osoby młodsze. Chorzy płci męskiej częściej podejmują aktywność fizyczną, natomiast kobiety lepiej radzą sobie z przestrzeganiem zaleceń dietetycznych. Korzystny wpływ na przestrzeganie zaleceń lekarskich ma wyższa samoocena chorych, co oceniono na podstawie podejmowania aktywności fizycznej i dopasowywania dawek insuliny. Istotnymi czynnikami są również stres i problemy natury emocjonalnej. Osoby będący pod wpływem stresu mają przede wszystkim trudności z prze-

strzeganiem zaleceń dietetycznych. W populacji chorych na cukrzycę występowanie depresji jest dwukrotnie większe w porównaniu z populacją ogólną. U pacjentów z depresją wyrównanie metaboliczne jest gorsze. Osoby te są bardziej narażone na powikłania cukrzycy oraz mniej skrupulatnie przestrzegają wszystkich elementów samokontroli choroby. Niekorzystny wpływ na jakość samokontroli cukrzycy ma również niski status socjoekonomiczny oraz nadużywanie alkoholu.

Mimo ustawicznej edukacji stopień samokontroli u poszczególnych chorych jest różny. Wydaje się, że znaczenie ma nie tylko wiek, edukacja, status socjoekonomiczny czy inne wymienione powyżej czynniki, ale również jakość relacji między chorym a zespołem medycznym.

Relacja pacjent-lekarz

Jednym z najistotniejszych czynników wpływających na stosowanie się chorych do zaleceń i tym samym osiągnięcie optymalnej kontroli cukrzycy jest jakość relacji pacjent-lekarz. Wydaje się, że na stopień samokontroli cukrzycy korzystnie wpływa okazanie choremu współczucia oraz zrozumienia. Znaczenie ma również stosunek do potrzeb i wartości ważnych dla chorego oraz jego udział w podejmowaniu decyzji terapeutycznych. Podkreśla się w ten sposób centralną rolę chorego w procesie leczenia, co w rezultacie przekłada się na lepsze efekty terapeutyczne. Aby skutecznie wdrażać tego rodzaju opiekę, konieczne jest ustalenie rodzaju relacji interpersonalnych, jaki reprezentuje konkretny pacjent. Stworzona przez Johna Bowlby teoria relacji (attachment theory), dotycząca zależności międzyludzkich, zakłada, że jakość wcześniejszych kontaktów ma wpływ na sposób, w jaki człowiek postrzega i angażuje się w następne relacje. Można to odnieść również do relacji pacjent-lekarz.

Istnieją 4 główne typy relacji interpersonalnych u osób dorosłych:

- postawa poczucia bezpieczeństwa (secure)
- postawa unikająca (dismissing)
- postawa zależna (preoccupied)
- postawa lękowa (fearful).

Spośród wymienionych największe znaczenie w odniesieniu prowadzenia choroby przewlekłej ma typ unikający. Osoba taka w wyniku ubogiej relacji z lekarzem w przeszłości staje się kompulsywnie zależna tylko od siebie (pozytywny obraz siebie) i czuje się źle w otoczeniu innych bądź ufając innym (negatywny obraz otoczenia). Wykazano, że postawa unikająca wiąże się z gorszym przestrzeganiem zaleceń dotyczących diety, aktywności ruchowej, pielęgnacji stóp oraz stosowania leków doustnych. Ponadto pacjenci ci częściej palą papierosy i gorzej oceniają jakość relacji lekarz-pacjent w porównaniu do osób z postawą poczucia bezpieczeństwa, jakkolwiek nie wykazano zależności między typem postawy a częstością oznaczeń glikemii w samokontroli. Według innych badaczy pacjenci z postawą unikającą rzadziej zgłaszają się na wizyty i generalnie gorzej stosują się do zaleceń. Wyniki badań nad wpływem typu relacji na odsetek hemoglobiny glikowanej nie są do końca spójne. W badaniu dużej grupy chorych z cukrzycą typu 1 i 2 wykazano, że u pacjentów, którzy prezentowali ten rodzaj relacji interpersonalnej, wartości hemoglobiny glikowanej były znacznie większe, przy czym były one jeszcze większe w grupie chorych, którzy jakość komunikacji z lekarzem określali jako powierzchowną. Chorzy ostatni rzadziej wykonywali oznaczenia glikemii oraz częściej przerywali terapię doustną. U chorych z cukrzycą typu 1 stwierdzono silną zależność pomiędzy postawą unikającą a wyższymi wartościami HbA_{1C}.[14] W innym badaniu u chorych z cukrzycą typu 2 nie zaobserwowano znamiennej różnicy w tym zakresie.[15] Brak zgodności pomiędzy badaniami może wynikać z faktu, że bezwzględny brak insuliny w cukrzycy typu 1 wiąże się z większą chwiejnością w zależności od czynników emocjonalnych niż ma to miejsce w typie 2 tej choroby. Należy mieć jednak na uwadze, że na jakość relacji lekarz-pacjent może negatywnie wpływać również frustracja lekarza wynikająca z braku współpracy ze strony chorego. Szacuje się, że odsetek osób w populacji amerykańskiej, które przyjmują postawę unikającą w relacjach interpersonalnych wynosi ok. 25%, a w populacji chorych na cukrzycę sięga 35%. Postawa unikająca w relacjach interpersonalnych nie tylko wpływa niekorzystnie na prowadzenie cukrzycy, ale również wiąże się zwiększeniem ryzyka rozwoju cukrzycy typu 2 w związku z przywiązaniem do „toksycznego" stylu życia (wysokokaloryczna dieta, siedzący tryb życia) sprzyjającego rozwojowi tego schorzenia. Podobny wpływ wykazano również w przypadku towarzyszących cukrzycy zaburzeń depresyjnych.

Typ osobowości

Różnice pomiędzy pacjentami w podejściu do własnej choroby i sposobu jej leczenia mogą wynikać również z typu osobowości chorego. W badaniu przeprowadzonym u 41 chorych z cukrzycą typu 2 zaobserwowano, że chorzy neurotyczni, niesumienni i nieugodowi osiągają gorsze wyrównanie metaboliczne choroby. Chorych neurotycznych i niesumiennych cechują również wyższe wartości wskaźnika BMI, który jest bardzo dobrym markerem współpracy pacjenta w zakresie terapii niefarmakologicznej (dieta, aktywność fizyczna). Neurotyczność w psychologii oznacza silne niezrównoważenie emocjonalne o charakterze nerwicowym, niską odporność na stres i skłonność do popadania w stany lękowe. Osoby takie nie radzą sobie z sytuacjami trudnymi, a fakt pojawienia się cukrzycy niezależnie od wieku w chwili rozpoznania stanowi zawsze sytuację stresową. Uwzględnienie wiedzy psychologicznej wydaje się zatem celowe w nowocześnie pojętym prowadzeniu chorych na cukrzycę.

Czynniki środowiskowe

Ogromne znaczenie we właściwym prowadzeniu cukrzycy mają również czynniki środowiskowe. Różne rodzaje aktywności, takie jak praca, pobyt w domu czy spotkania towarzyskie, związane są z koniecznością modyfikacji zachowania w zależności od bieżącej sytuacji. Chorzy są stale narażeni na dokonywanie wyboru między poświęcaniem czasu i uwagi swojej chorobie lub innym sferom życia. Życie w biegu i brak regularności utrudniają przestrzeganie zaleceń dietetycznych, nie wspominając o wykonywaniu pomia-

rów glikemii czy pełnej analizie uzyskanych wyników. Częste spożywanie produktów typu fast food (charakteryzujących się nie tylko nadmierną zawartością tłuszczu, soli i kalorii, ale również niską ceną) sprzyja występowaniu otyłości, która często idzie w parze z cukrzycą typu 2. Nie bez znaczenia w tym względzie są również miliardy dolarów, które producenci tego rodzaju pożywienia wydają rocznie na reklamę swoich produktów. Ponadto coraz więcej osób spędza swój czas wolny na czynnościach niewymagających aktywności fizycznej (oglądanie telewizji, korzystanie z Internetu itp). Co gorsza, przekłada się to na coraz częstsze występowanie otyłości i cukrzycy typu 2 również u dzieci.

Należy mieć również na uwadze, że brak współpracy chorych na typ 2 cukrzycy w kwestii stosowania doustnych leków hipoglikemizujacych i wynikający z tego brak wyrównania metabolicznego może być mylnie uznawany za wtórną nieskuteczność terapii doustnej w wyniku postępującej dysfunkcji komórek beta trzustki. To z kolei może się wiązać z wcześniejszym włączeniem insuliny. Nie potwierdzają tego jednak wyniki badania, w którym w analizowanej grupie chorych stosujących leki doustne na poziomie poniżej optymalnego wykazano brak związku z momentem włączenia insuliny. Co więcej, zaobserwowano, że pacjenci po dołączeniu do terapii insuliny zaczęli regularnie przyjmować zalecane dawki pochodnych sulfonylomocznika, co mogło wynikać z większej świadomości objawów hiperglikemi bądź częstszych wizyt w gabinecie lekarskim w celu dopasowania insulinoterapii, bądź ze strachu przed iniekcjami insuliny.

Podsumowanie

Właściwe prowadzenie cukrzycy wymaga stałego przestrzegania zaleceń odnośnie diety, aktywności fizycznej, monitorowania wartości glikemii oraz stosowania zaleconej farmakoterapii. Tylko w taki sposób możliwie jest osiągnięcie i utrzymanie prawidłowego wyrównania glikemii oraz – co najważniejsze – uniknięcie powikłań. Wiele przeprowadzonych dotychczas badań wykazało, że duży odsetek chorych na cukrzycę nie tylko nie przyjmuje regularnie leków hipoglikemizujących (zarówno preparatów doustnych, jak i insuliny), ale również nie przestrzega innych elementów samokontroli. Nie ulega wątpliwości, że opieka nad chorym na cukrzycę powinna być kompleksowa i prowadzona przez wykwalifikowany zespół, w skład którego wchodzi lekarz, pielęgniarka, edukator i dietetyk. W trakcie wizyty lekarskiej powinno się oceniać stopień realizowania przez chorego osobno poszczególnych składowych samokontroli cukrzycy (monitorowanie glikemii, dieta, modyfikacja dawek insuliny itd.). Choremu należy jasno w sposób zrozumiały sprecyzować cele leczenia. Przedstawić korzyści oraz ewentualne efekty uboczne terapii. Naturalne jest bowiem, że brak zrozumienia rodzi obawy. Edukacja, której elementy powinny się znaleźć w czasie każdej wizyty, jest tylko jednym z czynników, które wpływają na prowadzenie cukrzycy. Wydaje się, że istotna jest również interwencja behawioralna i motywacyjna oraz ocena psychologicznych potrzeb chorych. Być może zastosowanie prostego kwestionariusza oceniającego relacje interpersonalne pozwoliłoby lekarzom na szybkie wyodrębnienie osób przyjmujących postawę unikającą, które wymagają szczególnej uwagi. Kluczowa cecha postawy unikającej, jaką jest silne poczucie samowystarczalności (self-sufficiency), jest w zasadzie zaletą w społeczności zachodniej, jednak w kwestii współpracy z lekarzem czy rodziną taka postawa nastręcza poważnych trudności (negocjacje z bliskimi dotyczące zaleceń dietetycznych, aktywności fizycznej itp.). We współczesnym rozumieniu za leczenie cukrzycy w głównej mierze odpowiada pacjent jako osoba prowadząca, mająca poczucie wpływu na przebieg własnej choroby, a lekarz powinien być bardziej doradcą, partnerem wskazującym sposób postępowania aniżeli mentorem dyktującym sposób dawkowania leków. Kluczowym elementem leczenia tej przewlekłej, ciężkiej choroby jest zbudowanie prawidłowych relacji interpersonalnych pomiędzy lekarzem a prowadzonym przez niego chorym.

Adres do korespondencji:
prof. Krzysztof Strojek
Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Diabetologii i Nefrologii ŚUM
ul. 3 maja 13/15 41-800 Zabrze
tel. (32) 3704415

Piśmiennictwo

1. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). Lancet 1998;352 (9131):837-53
2. The Diabetes Control and Complications Trial Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. N Engl J Med 1993;29 (14):977-86
3. Adherence to Long-Term Therapies – Evidence for Action. World Health Organization 2003 www.who.int/medicinedocs
4. Bryden K, Neil A, Mayou RA, et al. Eating habits, body weight and insulin misuse. Diabetes Care 1999,22:1959-1960
5. Cramer JA. A systematic review adherence with medications for diabetes. Diabetes Care 2004;27:1218-1224
6. Paes AH, Bakker A, Soe-Agnie CJ. Impact of dosage frequency on patient compliance. Diabetes Care 1997,20:1512-1517
7. Walker AE, Molitch M, Kramer MK. Adherence to Preventive Medications Predictors and outcomes in the Diabetes Prevention Program. Diabetes Care 2006;29 (9):1997-2002
8. Diabetes knowledge has little effect on improving outcomes. Duke Clinical Research Institute. www.dukemednews.org
9. Jarosz-Chobot P, Guthrie DW, Otto-Buczkowska E, Koehler B. Self care of young diabetics in practice. Medical Science Monitor 2000;6:129-132
10. Cramer JA, Pugh MJ. The influence of insulin use on glycemic control: How well do adults follow prescriptions for insulin? Diabetes Care 2005;28 (1):78-83
11. Donnan PT, MacDonald TM, Morris AD. Adherence to prescribed oral hypoglycaemic medication in a population of patients with Type 2 diabetes: a retrospective cohort study. Diabet Med 2002;Apr;19 (4):279-84
12. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. J Pers Soc Psychol 1991;61 (2):226-44
13. Von Korff M, Gruman J, Schaefer J, et al. Collaborative management of chronic illness. Ann Intern Med 1997;127 (12):1097-102
14. Ciechanowski PS, Hirsch IB, Katon WJ. Interpersonal predictors of HbA (1c) in patients with type 1 diabetes. Diabetes Care 2002; 25 (4):731-6
15. Ciechanowski P, Russo J, Katon W, et al. Influence of patient attachment style on self-care and outcomes in diabetes. Psychosom Med 2004;66 (5):720-8
16. Ciechanowski P, Russo J, Katon W, et al. The patient–provider relationship:attachement theory and adherence to treatment in diabetes. Am j Psychiatry 2001;158:29-35
17. Evans JM, Donnan PT, Morris AD. Adherence to oral hypoglycaemic agents prior to insulin therapy in Type 2 diabetes. Diabet Med 2002;19 (8):685-8
18. Szymborska-Kajanek A, Wróbel M, Cichocka M, et al. The assessment of influence of personality type on metabolic control and compliance with physitian's instructions in type 2 diabetic patients. DdiK 2006,6 (1):11-15

Współpraca z pacjentem leczonym przeciwzakrzepowo

dr hab. med. Janina Stępińska

Klinka Wad Serca
I Oddział Intensywnej Terapii Kardiologicznej
Instytut Kardiologii, Warszawa

Leki przeciwzakrzepowe i antyagregacyjne są bardzo szeroko stosowane we współczesnej kardiologii.[1] Leczenie antyagregacyjne jest stosowane u wszystkich chorych z ostrymi zespołami wieńcowymi (OZW). Najszersze zastosowanie ma kwas acetylosalicylowy (ASA), który poza OZW zalecany jest u części mniej zagrożonych chorych z migotaniem przedsionków (AF). Spośród tienopirydn udowodnioną skuteczność u chorych z OZW ma klopidogrel. Czas stosowania podwójnego leczenia antyagregacyjnego po OZW zależny jest od tego, czy jest to OZW z uniesieniem (STEMI), czy bez uniesienia ST (NSTEMI), i od metody leczenia. Jeśli jest to leczenie interwencyjne polegające na założeniu stentu, długość zalecanego leczenia zależy od tego, czy jest to stent metalowy, czy pokrywany lekiem. Inne leki antyagregacyjne – antagoniści receptorów pyłkowych IIb/IIIa – stosowane są jedynie w czasie interwencji.

Wśród leków przeciwzakrzepowych wyróżnia się leki przeciwtrombinowe i doustne antykoagulanty (ryc. 1).

Większość leków przeciwtrombinowych stosowana jest w warunkach szpitalnych. Przewlekle w warunkach domowych stosowane są heparyny drobnocząsteczkowe (LMWH) i bezpośredni inhibitor trombiny – fondaparinuks. Obie grupy leków w formie zastrzyków podskórnych zalecane są w sytuacji doraźnego zagrożenia powikłaniami zakrzepowo-zatorowymi. Sama forma stosowania leków powoduje, że w podawanie leku często jest zaangażowany ktoś z rodziny lub pielęgniarka, co dodatkowo poprawia przestrzeganie zalecenia.

W artykule ograniczam się do współpracy lekarza z pacjentem w czasie leczenia doustnymi antykoagulantami (DA). Jest wiele powodów, dla których w trakcie tego leczenia ma ona szczególne znaczenie.

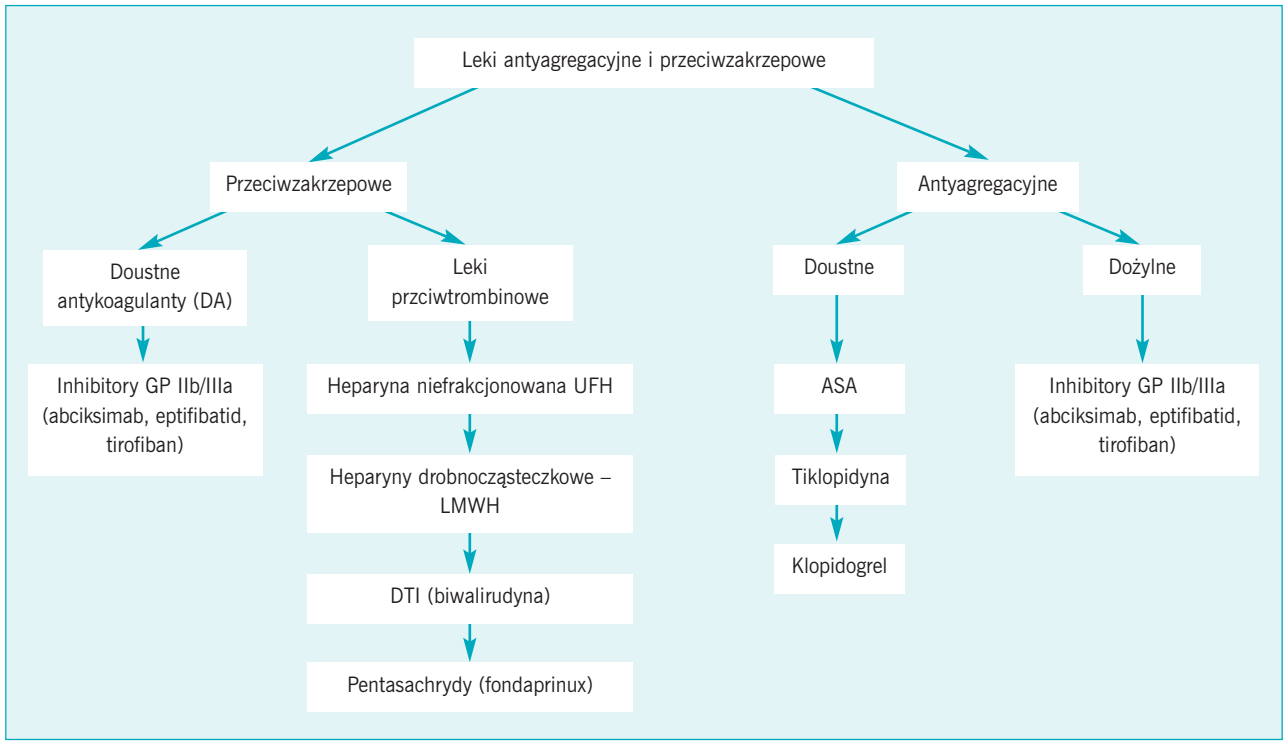
Wskazania do stosowania DA

Doustne antykoagulanty są antagonistami witaminy K. Wskazania do przewlekłego leczenia DA są dość szerokie. Najczęstszym zaleceniem jest migotanie przedsionków (AF) niespowodowane wadą serca.[2] Z rejestru Euro Hart Survey on Atrial Fibrillation wynika, że 80% chorych z przetrwałym AF i 50% z napadowym AF zalecono leczenie DA. Drugą grupą są chorzy z wszczepioną zastawką mechaniczną, którzy powinni przyjmować DA przez całe życie[13]. Wśród chorych z wszczepionymi zastawkami powikłania zakrzepowe – zakrzepica zastawki i powikłania krwotoczne – stanowią 75% powikłań po wszczepieniu. Nie wszystkie zależą oczywiście od wszczepionej zastawki. Ryzyko udaru, przemijającego niedokrwienia mózgu i krwawień rośnie z wiekiem, ale u chorych poddawanych przewlekłej terapii przeciwzakrzepowej najczęściej związane jest z niewłaściwym dawkowaniem DA. Ryzyko powikłań zwiększają nie tylko zbyt małe lub zbyt duże dawki leku; niezależnym czynnikiem ryzyka są również wahania międzynarodowego współczynnika znormalizowanego (INR).

Przyjmowanie DA zaleca się również przez co najmniej trzy miesiące po wszczepieniu zastawki biologicznej, a w przypadku towarzyszącego migotania przedsionków – przez całe życie.

Zgodnie z zaleceniami Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) leczenie DA należy rozpocząć u chorych z wadami serca w momencie wystąpienia napadowego lub utrwalonego migotania przedsionków. U chorych ze zwężeniem zastawki mitralnej wskazaniem może być powiększenie lewego przedsionka i obecność skrzepliny.

DA stosuje się w żylnej chorobie zatorowo-zakrzepowej, w zatorowości płucnej, w której leczenie zaczyna się prawie równolegle z LMWH. Z rejestrów wynika, że kilka procent chorych po OZW przy wypisie ze szpitala otrzymuje DA. Coraz częściej stosuje się DA u chorych z niewydolnością serca, zwłaszcza u chorych z powiększoną lewą komorą i istotnie zmniejszoną frakcją wyrzucania.



Rycina 1. Leki antyagregacyjne i przeciwzakrzepowe.

Dlaczego współpraca lekarza z pacjentem w czasie leczenia doustnymi koagulantami ma znaczenie szczególne?

Leczenie DA jest trudne i niebezpieczne. Współpraca nie ogranicza się, jak w przypadku wielu leków, do przyjmowania lub nieprzyjmowania leku. Pierwsza trudność, która wiąże się z rozpoczęciem leczenia DA, wynika ze szczególnych właściwości farmakologicznych tej grupy leków – każdy chory wymaga indywidualnego ustalenia dawki. Zbyt małe wiążą się z ryzykiem powikłań zakrzepowo-zatorowych wynikających z choroby, która jest wskazaniem do leczenia; zbyt duże grożą powikłaniami krwotocznymi. Zalecenie stosowania DA jest jednoznaczne ze stwierdzeniem, że ryzyko powikłań zatorowych jest duże i większe niż ryzyko wynikające z leczenia przeciwzakrzepowego.

Od momentu rozpoczęcia leczenia DA niezbędna jest ścisła współpraca z lekarzem (tab. 1). Lekarz powinien powiedzieć pacjentowi o przyczynie rozpoczęcia terapii DA, potencjalnych efektach ubocznych tego leczenia i określić cel, czyli zalecany INR. Najczęściej zaleca się utrzymywanie INR w granicach 2,0-3,0, lub 2,5-3,5, rzadziej 3,0-4,0. Ryzyko powikłań zakrzepowych rośnie przy INR <2,0, a powikłań krwotocznych – przy INR >4,5. U chorych z INR >6,0 ryzyko krwawień jest duże.[4]

Leczenie DA rozpoczyna się stosując jednocześnie LMWH lub UFH aż do osiągnięcia stężenia terapeutycznego. Wynika to z faktu, że w początkowym okresie (przez pierwsze 2-3 doby) dominuje działanie prokoagulacyjne, związane z białkami C i S. Po około dwóch dniach zmniejsza się stężenie czynnika VII i IX, a pełen efekt przeciwzakrzepowy osiąga się po około sześciu dniach, kiedy dochodzi do zmniejszenia się stężenia również czynnika II i X. Obecnie nie zaleca się stosowania dawek nasycających. DA cechuje duża dostępność biologiczna – w 100% wchłaniają się z przewodu pokarmowego. Maksymalne stężenie we krwi osiągają po 90 minutach. Okres półtrwania wynosi 34-42 godziny.

Najważniejszym czynnikiem modyfikowanym przez antagonistów witaminy K jest czynnik II, czyli protrombina. Jej stężenie koreluje z aktywnością leku; okres półtrwania protrombiny wynosi 60-72 godzin.

Rozpoczęcie leczenia wiąże się z bardzo częstymi, niekiedy codziennymi oznaczeniami wskaźnika INR, na podstawie których lekarz ustala dawkę DA. Pacjenci powinni przyjmować stale ten sam preparat. Spośród doustnych antykoagulantów w USA i Europie Zachodniej najczęściej stosowana jest warfaryna. W Polsce podaje się najczęściej acenokumarol i sintrom; warfaryna jest dostępna od niedawna, a wiedza na temat zasad jej stosowania – niewielka. Po osiągnięciu stałego INR kontrole mogą być wykonywane rzadziej (nawet raz w miesiącu), pod warunkiem, że chorzy wiedzą, w jakich sytuacjach kontrole powinny być częstsze.

Kolejna trudność wynika z faktu, że siłę działania DA zmienia wiele czynników: dieta, inne leki, aktywność fizyczna, stany chorobowe, a także czynniki genetyczne (najczęściej mutacje w genie kodującym cytochrom P450, powodujące powikłania krwotoczne, oraz mutacja peptydu czynnika IX). Stosunkowo rzadko stwierdza się wrodzoną oporność na pochodne kumaryny. U osób z wrodzoną opornością mimo stosowania wielokrotnie wyższych dawek leku często występują powikłania zatorowo-zakrzepowe.[5] Zdarza się więc, że

Tabela 1. Powody, dla których leczenie przeciwzakrzepowe doustnymi antykoagulantami wymaga szczególnej współpracy pacjentów z lekarzami

- indywidualny dobór dawki
- opóźnione działanie leku (dawka wpływa na INR po 48-72 h od przyjęcia leku)
- interakcja z innymi lekami
- zmienność działania zależnie od diety, trybu życia
- poważne powikłania zarówno zbyt intensywnego, jak i niewystarczającego leczenia
- konieczność utrzymywania możliwie stałego INR – wahania zwiększają ryzyko powikłań
- konieczność zmiany dawkowania w razie zabiegów chirurgicznych lub stomatologicznych
- częstość kontroli ustalana indywidualnie i zależnie od wielu okoliczności (dieta, tryb życia, choroby współistniejące)
- konieczność edukacji pacjentów
- potencjalne działania teratogenne i zwiększające ryzyko poronień – lekarz powinien być poinformowany o planowanej ciąży

ten sam chory – zależnie różnych okoliczności – musi przyjmować różne dawki leku. Powinien więc częściej oznaczać wskaźnik INR, gdy przyjmuje nowe leki, zmienia dietę lub tryb życia.

Wiele leków może nasilać lub osłabiać działanie DA. Niektóre, np. kwas acetylosalicylowy, tienopirydyny, niesterydowe leki przeciwzapalne, pewne antybiotyki, mogą być szczególnie groźne. Na lekarzu prowadzącym leczenie przeciwzakrzepowe spoczywa konieczność edukacji pacjentów w tym zakresie, ale to pacjenci powinni informować innych lekarzy o tym, że są leczeni przeciwzakrzepowo i sami nie mogą decydować o dołączaniu nowych leków, nawet dostępnych bez recepty.

U chorych ze wskazaniami do jednoczesnego leczenia DA i kwasem acetylosalicylowym rygorystyczna kontrola wskaźnika INR gwarantuje bezpieczeństwo leczenia. Coraz większy problem stwarza konieczność leczenia dwoma lekami antyagregacyjnymi w połączeniu z DA. Dotyczy to wszystkich chorych, u których występują wskazania do przewlekłego przyjmowania DA, a z powodu interwencji w OZW muszą otrzymywać ASA i klopidogrel. Dawka ASA w leczeniu łączonym nie może być wyższa niż 100 mg/24h. Leczenie dwoma lekami antyagregacyjnymi i DA wymaga bardzo częstej kontroli INR i utrzymywania go na możliwie najniższym poziomie.

Leczenie przeciwzakrzepowe zwiększa ryzyko krwawień w razie interwencji stomatologicznych czy chirurgicznych. Pacjent musi pamiętać o informowaniu wszystkich lekarzy o stosowanym leczeniu. Wprawdzie ostatnie zalecenia są dość tolerancyjne i dopuszczają leczenie przy INR ≤2,0, ale prawie żaden stomatolog ani chirurg nie chce wykonywać zabiegu przy INR >1,5.[6] Pacjenci muszą wiedzieć, że przerwanie leku może wiązać się z nasilonym wykrzepianiem.

Przewlekłe leczenie kobiet w wieku rozrodczym niesie ze sobą jeszcze jedno niebezpieczeństwo. DA stosowane w pierwszym trymestrze ciąży zwiększają ryzyko embriopatii i samoistnych poronień. Młode kobiety leczone przewlekle np. z powodu wszczepienia sztucznej zastawki serca powinny planować ciążę lub poinformować o niej jak najszybciej lekarza prowadzącego.

Wszystkie wymienione elementy potwierdzają konieczność edukacji pacjentów leczonych przeciwzakrzepowo. Nie ma wątpliwości, że pacjent wyedukowany lepiej będzie współpracował od tego, który nie wie, na czym polega leczenie DA. Pacjenci muszą również wiedzieć, jak się zachować, jeśli INR przekracza zalecane wartości i kiedy zgłaszać się do szpitala. Muszą znać wszystkie objawy przedawkowania leku.

Niestety, jest jeszcze jeden problem wpływający na współpracę lekarzy z pacjentami. Nie wszyscy lekarze – a co za tym idzie nie wszyscy pacjenci – posługują się wskaźnikiem INR. Ciągle zdarza się, że dawki zalecane są na podstawie wskaźnika Quicka. Jak wiadomo, oznaczenie wskaźnika Quicka nie uwzględnia czułości preparatów tromboplastyny, która jest różna i której wartość podana jest na każdym opakowaniu.

Według wielu autorów leczenie przeciwzakrzepowe prowadzone jest skutecznie u 42-64% chorych. Wynika to m.in. z częstości kontroli INR. Jeśli oznaczenie INR wykonywane jest raz w miesiącu, skutecznie leczy się ok. 48% chorych. Kontrola co dwa dni powoduje, że właściwy INR ma 98% leczonych.

Optymalne więc wydaje się oznaczanie INR raz w tygodniu; jest to realne jedynie po wprowadzeniu systemu samokontroli.[7,8,9] Do samodzielnego prowadzenia leczenia przeciwzakrzepowego niezbędne jest oczywiście szkolenie pacjentów, a także – a może przede wszystkim – dostęp do aparatów i pasków umożliwiających oznaczenie INR w warunkach domowych. Szkolenia dla chorych są w Polsce ciągle rzadkością, a ceny aparatów i pasków są bardzo wysokie. Wiele krajów europejskich po analizie korzyści i kosztów refunduje zakup pasków, podobnie jak w leczeniu cukrzycy. Kontrola wykonywana w domu raz w tygodniu wydaje się być idealnym rozwiązaniem. Pozwala uniknąć dużych wahań INR, które są niezależnym czynnikiem ryzyka powikłań.

Czy skuteczność i bezpieczeństwo leczenia DA zależy od współpracy pacjentów z lekarzami?

Ze względu na tak szczególne znaczenie współpracy lekarzy z pacjentami leczonymi przeciwzakrzepowo przeprowadzono kilka badań, które miały ocenić, co jest przyczyną nie zawsze właściwie prowadzonego leczenia. Miernikiem prawidłowości prowadzenia terapii jest procent czasu, w którym INR mieści się w zalecanych granicach. Można uznać, że chory, u którego INR przez cały czas mieści się w zalecanych granicach (np. 2,0-3,0), jest skutecznie i bezpiecznie leczony. Im mniej pomiarów zawiera się w tym przedziale, tym potencjalnie większe ryzyko. Sprawdzano, czy właściwa współpraca wpływa na zwiększenie liczby pomiarów, w których INR jest zgodny z zaleceniem. Wyniki badań nie są spójne. Kumar i wsp. uważają, że brak współpracy i nieregularne przyjmowanie leku jest główną przyczyną niestabilności wskaźni-

ka INR.[10] Sam fakt włączenia do badania i monitorowania chorych wcześniej źle leczonych zmienił według autorów ich zachowanie i spowodował poprawę skuteczności leczenia.[11] Van der Meer i wsp. nie znaleźli zależności między współpracą pacjentów z lekarzami a skutecznością leczenia.[10] Laporte i wsp. stwierdzili zależność u leczonych acenokumarolem, podczas gdy u leczonych warfaryną takiej zależności nie odnotowali.[12] Współpracę oceniano na podstawie częstości otwierania opakowania leku zaopatrzonego w odpowiednie czujniki. Chorzy byli leczeni warfaryną lub acenokumarolem. Niestabilność INR była porównywalna w obu grupach. Jedynie w grupie leczonej acenokumarolem systematyczność otwierania pudełka korelowała z utrzymywaniem INR w zalecanych granicach. Autorzy tłumaczą to dłuższym okresem działania warfaryny. Długotrwałe działanie warfaryny maskuje odstępstwa od regularnego przyjmowania leku. Założeniem pracy była również ocena wpływu intensywnej edukacji na leczenie. Interesujące, że procent czasu, w którym INR utrzymywał się w zalecanych granicach, był taki sam u chorych edukowanych w sposób standardowy jak i u bardzo szczegółowo szkolonych. Również Locadia i wsp. uważają, że to nie współpraca lekarza z pacjentem decyduje o utrzymywaniu zalecanych wartości INR. Dla potwierdzenia tej tezy zaprosili oni do wypełnienia kwestionariusza 40 chorych z grupy osób, u których INR mieścił się w zalecanych granicach przez mniej niż 50% czasu leczenia oraz 40 chorych spośród utrzymujących INR zawsze w zalecanym przedziale. Grupy nie różniły się pod względem wieku ani płci. Nie różniła się również liczba osób, które odesłały wypełniony kwestionariusz. Okazało się, że w grupie bardzo dobrze leczonej DA 88% chorych brało w ostatnim miesiącu wszystkie zalecane leki, 96% w ostatnim tygodniu, ale tylko 76% o zalecanej godzinie. W grupie źle leczonej odpowiednio odsetki te wynosiły odpowiednio 82, 90 i 72% ($p<0,1$). Na podstawie braku różnicy statystycznej między grupami autorzy uważają, że na utrzymywanie INR na zalecanym poziomie wpływają inne czynniki, np. leczenie towarzyszące.

Skutecznie i bezpieczne prowadzenie leczenia przeciwzakrzepowego doustnymi antykoagulantami jest szczególnie skomplikowane. Trudność nie polega na tym, że chorzy nie przyjmują leków, ale na dużej liczbie czynników zmieniających dawkowanie. System edukowania pacjentów nie jest dostatecznie wypracowany. Wiadomo, ze jednorazowe szkolenie nie jest wystarczające; pacjenci muszą mieć możliwość wyjaśnienia wątpliwości. Pomocne są materiały edukacyjne. Powinniśmy dążyć do przygotowania i umożliwienia pacjentom samodzielnej kontroli leczenia przeciwzakrzepowego. Wyszkolony, świadomy pacjent będzie kontrolował INR częściej, przy każdej zmianie mogącej wpłynąć na parametry krzepnięcia. Ważne, żeby miał taką możliwość, żeby był przeszkolony i mógł skorzystać z konsultacji w sytuacjach wątpliwych.

Adres do korespondencji:
dr hab. med. Janina Stępińska
Klinika Wad Serca
I Oddział Intensywnej Terapii Kardiologicznej
Instytut Kardiologii, Warszawa
janina@stepinska.pl

Piśmiennictwo

1. De Caterina R, Husted S, Wallentin L, et al. Anticoagulants in heart disease: current status and perspectives. Eur Heart J 2007;28:880-913
2. Fuster V, Ryden LE, Camm DS, Crijns HJ, et. al. ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for the management of patients with atrial fibrillation – executive summary. A report of the ACC/AHA Task Force on practice guidelines and the ESC Committee for Practice Guidelines (Developed in collaboration with the Europen Heart Rhytm Association and the Heart Rhythm Society. Eur Heart J 2006;27:1979-2030
3. Vahanian A, Baumgartner H, Bax J, et al. Guidelines on the management of valvular heart disease. The Task Force on the Management of Valvular Heart Disease of the European Society of Cardiology. Europ Heart J 2007;28:230-268
4. Butchart EG, Payne N, Hui Hua Li, et al. Better anticoagulation control improves survival after valve replacement. J Thorac Cardiovasc Surg 2002,123,715-723
5. Olenburg J, Watzka M, Rost S, et al. VKORC1: molecular target of coumarins.J. Thromb Haemost 2007;5 (suppl. 1)1-6
6. Butchart EG, Gohlke-Barwolf C, Antunes MJ. Postępowanie z chorymi po operacjach zastawek serca. Stanowisko Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Kardiol. Pol. 2006,64,282-294
7. Menendez-Jandula B, Souto C, Oliver A, et al. Comparing Self- Management of Oral Anticoagulant Therapy with Clinic Management. Ann Intern Med. 2005;142:1-10
8. Koertke H, Ziittermann A, Tenderich G, et al. Low-dose oral anticoagulation in patients with mechanical heart valve prostheses: final report from the early self-management anticoagulation trial II. Eur Heart J 2007;28:2479-2484
9. Koertke H, Zitterman A, Wagner O, et al. Self-Management of Oral Anticoagulation Therapy Improves Long –Term Survival in Patients With Mechanical Heart Valve Replacement. Ann Thorac Surg 2007;83:24-9
10. Kumar S, Haigh JRM, Rhodes LE, et al. Poor Compliance Is a Major Factor in Unstable Outpatient Control of Anticoagulant Therapy. Thrombosis and Haemostasis. 1989;62 (2):729-732
11. Van der Meer FJ M, Briet E, Vandenbroucke JP, et al. The role of compliance as a cause of instability in oral anticoagulant therapy. Br J Haematol 1997,98:893-900
12. Laporte S, Quenet S, Buchmuller-Cordier A, et al. Compliance and stability of INR of two oral anticoagulants with different half-lives: a randomized trial. Thromb Haemost 2003;89:458-67
13. Locadia M, Van Geest- Daalderp JHH, Sprangers MAG, et al. The relationship between adherence and quality of treatment with vitamin K antagonists. J Thromb Haemost 2004;2:362-3

Współpraca pacjenta w leczeniu chorób przewodu pokarmowego

dr n. med. Anna Mokrowiecka,

prof. dr hab. med. Ewa Małecka-Panas

Klinika Chorób Przewodu Pokarmowego UM w Łodzi

Gastroenterologia jest dziedziną chorób wewnętrznych, w której niezwykle często ocena czynników psychoemocjonalnych ma kluczowe znaczenie w podejściu do pacjenta i powinna być istotną częścią działań diagnostycznych. Analizując skuteczność leczenia należy uwzględnić subiektywną ocenę stanu zdrowia wyrażoną przez pacjenta oraz indywidualny związek choroby z jego codziennym funkcjonowaniem. W celu poprawy skuteczności terapii coraz częściej podnosi się problem wypracowania typu współpracy pomiędzy lekarzem a pacjentem opartego na holistycznym modelu zdrowia.

Choroby czynnościowe przewodu pokarmowego

W grupie chorób przewodu pokarmowego (ChPP) często występują choroby czynnościowe. Rozróżnienie emocjonalnego podłoża ChPP od zaburzeń emocjonalnych, które są konsekwencją choroby organicznej, bywa bardzo trudne. Najistotniejsze znaczenie w etiopatogenezie chorób czynnościowych ma nie sam fakt występowania silnych emocji, lecz sposób ich przeżywania, rodzaj, sposób radzenia sobie z bólem i chorobą oraz zdolność funkcjonowania w sytuacjach stresowych. Sztandarowym przykładem choroby czynnościowej w gastroenterologii jest zespół jelita drażliwego (IBS). W latach ubiegłych rolę choroby psychosomatycznej przypisywano chorobie wrzodowej. Tzw. „osobowość wrzodowca" miała oznaczać człowieka o silnym pragnieniu doznawania uczucia, które ukrywa pod pozorami pewności siebie, niezależności i aktywności w różnych dziedzinach życia. Obecnie wiadomo, że mechanizmu powstawania choroby wrzodowej nie da się tak łatwo wytłumaczyć funkcjonowaniem psychicznym człowieka, jednak rola psychiki nie została całkowicie wykluczona, zwłaszcza w patogenezie nawrotów dolegliwości.[1,2]

Objawy ChPP powodują liczne dysfunkcje w wielu dziedzinach życia (zaburzenia stanu emocjonalnego, sprawności intelektualnej i fizycznej, kontaktów z otoczeniem). Dzięki wprowadzeniu pojęcia jakości życia związanej ze zdrowiem (Health-Related Quality of Life – HRQL), jakość życia stała się wartością mierzalną. Stwierdzono, że odczuwana przez chorego poprawa nie jest satysfakcjonująca, a obniżenie jakości życia jest niespodziewanie duże w stosunku do występujących objawów choroby, pomimo podjętego leczenia, często uznawanego przez lekarzy za skuteczne. Bardzo często ocena jakości życia jest zależna od czasu trwania choroby, a krytyczne wydarzenia życiowe wpływają na nasilenie objawów somatycznych. W większości przypadków sytuacje stresowe mają istotny wpływ na manifestowanie i odczuwanie dolegliwości: znacznie pogarszają stan pacjentów – w wywiadzie deklarują oni bardzo wysoki poziom stresu.[1] Z kolejnymi nawrotami choroby wyraźnie zmniejsza się chęć powrotu do zdrowia i słabnie współpraca z lekarzem. Ponadto pacjenci z czynnościowymi zaburzeniami przewodu pokarmowego często skarżą się, że ich choroba jest traktowana jako niegroźna lub że nie są informowani o wszystkich jej aspektach. IBS upośledza wszystkie sfery życia pacjentów – pracę, zajęcia w czasie wolnym, podróżowanie, kontakty z innymi osobami. Pacjenci wyrażają opinię, że radziliby sobie lepiej, gdyby dostarczono im więcej informacji na temat przyczyn i sposobów leczenia choroby, a także gdyby doświadczali lepszego zrozumienia w kontaktach z przedstawicielami służby zdrowia.[3] Odbiór symptomów przez pacjentów jest relatywnie niezgodny z rzeczywistym uszkodzeniem – w wielu przypadkach czynnościowych zaburzeń jelit stwierdzono znaczną depresję, neurotyczność, hipochondrię i lęk, a wpływ czynników psychologicznych (chociaż jest bezdyskusyjny), niestety nie jest jeszcze w pełni wyjaśniony.[1]

Jakość życia w ChPP na przykładzie GERD, IBD, PZT i choroby wrzodowej

Jakość życia bywa upośledzona nie tylko w chorobach czynnościowych, ale także w innych często występujących, takich jak choroba refluksowa przełyku (GERD), przewlekłe zapalenie trzustki (PZT) czy choroba wrzodowa (PUD). Istotne jest odpowiednie podejście do chorych na nieswoiste choroby zapalne jelit (IBD), w których domena psychoemocjonalna rozważana jest jako czynnik patogenetyczny i odgrywa istotną rolę w występowaniu nawrotów choroby. Szczególny charakter IBD polega m.in. na tym, że są to choroby przewlekłe, związane z częstymi kontaktami pacjenta ze służbą zdrowia. Powodują uciążliwe objawy, wpływajace na wiele dziedzin życia. Rozpoczynają się w młodym wieku lub w szczycie aktywności zawodowej, a w fazie nasilenia aktywności choroby czasem nawet wykluczają pacjentów ze relacji społecznych. Przebiegają z objawami zaostrzeń i remisji, wiążą się z różnymi powikłaniami, w tym czasami stwarzają ryzyko przemiany nowotworowej, co pociąga za sobą konieczność stałego nadzoru. Stała terapia wiąże się nierzadko z objawami niepożądanymi, bywa kosztowna, a choroba ma wpływ na codzienne funkcjonowanie pacjenta. Uciążliwe dla pacjentów są także badania diagnostyczne (endoskopowe, radiologiczne), których niekiedy unikają z obawy przed bólem.

W naszym ośrodku przeprowadzono badania jakości życia chorych na omawiane powyżej ChPP przy użyciu popularnego kwestionariusza SF-36. Uzyskane wyniki potwierdziły, że pacjenci z GERD, PUD i UC doświadczają znamiennego obniżenia jakości życia w porównaniu do zdrowej populacji w zakresie wszystkich analizowanych domen SF-36. Pacjenci z GERD i chorobą wrzodową najniżej jakość życia oszacowali w obszarze bólu fizycznego, natomiast chorzy z UC – w sferze ogólnej percepcji własnego zdrowia. Wyniki HRQL w grupie chorych na UC korelowały ze stopniem aktywności choroby: HRQL pacjentów w remisji była lepsza, szczególnie w sferach funkcjonowania społecznego, zdrowia psychicznego i witalności w porównaniu z chorymi w fazie średnio i ostro nasilonej choroby. Średnie wyniki domeny bólu były istotnie mniejsze w GERD i chorobie wrzodowej w porównaniu z UC.[4]

Do oceny jakości życia chorych na PZT wykorzystaliśmy kwestionariusz SF-36 oraz EORTC QLQ-C30, z dodatkiem poświęconym chorobom trzustki – PAN26 – nową metodę uznaną w ocenie HRQL pacjentów onkologicznych, ale także o potwierdzonej skuteczności w przewlekłym zapaleniu tego narządu. Jakość życia chorych na PZT, oceniana na podstawie tego kwestionariusza, była istotnie upośledzona w porównaniu z grupą kontrolną pod względem funkcjonowania fizycznego, sprawności fizycznej, ogólnej percepcji zdrowia i witalności. Występowała istotna korelacja ujemna pomiędzy HRQL a indeksem bólu i liczbą nawrotów choroby oraz istotna korelacja dodatnia pomiędzy HRQL a masą ciała pacjentów (BMI). Czas trwania choroby istotnie obniżał HRQL, szczególnie w domenach funkcjonowania emocjonalnego, bezsenności oraz problemów finansowych. Wartości HRQL u chorych niepracujących były istotnie niższe w porównaniu z pracującymi.

Podsumowując, czas trwania bólu i jego natężenie, czas trwania choroby oraz niska masa ciała były czynnikami najwyraźniej wpływającymi na HRQL. Stopień nasilenia zmian morfologicznych w trzustce w klasyfikacji Cambridge nie odzwierciedlał prawdziwego stanu zdrowia pacjenta; w zrozumieniu funkcjonowania fizycznego i psychospołecznego tych chorych przydatna była ocena jakości życia. Powyższe wyniki mogą być brane pod uwagę przy podejmowaniu decyzji klinicznych i wyborze działań socjalno-opiekuńczych. Celem leczenia powinno być nie tylko łagodzenie objawów, ale także poprawa samopoczucia chorego i związana z tym poprawa jakości życia.

Adherence – przestrzeganie zasad terapii długoterminowej

Warunkiem sukcesu terapeutycznego, szczególnie w chorobach przewlekłych, jest prawidłowe stosowanie leków przez pacjenta. Czasami jednak chorzy nawet nie realizują recept (20% pacjentów) lub nie przyjmują ich w sposób właściwy.[5] Terapia długoterminowa wymaga regularnego stosowania leków i wytrwałości niezależnie od napotykanych trudności (persistence). Tymczasem stwierdzono, że tylko 50% pacjentów przestrzega tych zasad, co może mieć ścisły związek z akceptacją przez pacjenta proponowanego przez lekarza sposobu leczenia. Główną przyczyną przerywania leczenia są objawy nietolerancji ze strony przewodu pokarmowego, uciążliwość przyjmowania leku w terapii codziennej, współistniejące choroby, wysokie koszty leczenia oraz poprawa kliniczna. Konieczna jest więc motywacja lekarza, umiejętność nawiązania kontaktu z chorym i wyczerpujące informowanie pacjenta o charakterze jego schorzenia. Istotne są na pewno indywidualne cechy osobowości pacjenta, akceptacja przewlekłego charakteru choroby i wiedza na jej temat, wcześniejsze doświadczenia, sytuacja materialna, inne dolegliwości oraz przyjmowane leki.[6,7] Stwierdzono również, że sposób stosowania leku jest jednym z podstawowych warunków przestrzegania prawidłowych zaleceń lekarskich. Im łatwiejszy sposób przyjmowania leku i rzadziej stosowane dawki, tym lepsza adherence. Nie bez znaczenia są ceny leków, szczególnie przy równoczesnym stosowaniu wielu z nich.[8]

Badania adherence na przykładzie IBD

W większości przypadków IBD jesteśmy w stanie indukować i utrzymywać remisję za pomocą odpowiedniej przewlekłej terapii. Brak współpracy pacjenta w leczeniu ma istotny wpływ na jego skutki. W badaniach stwierdzano brak adherence wśród chorych na IBD nawet do 60%.[9] Przestrzeganie terapii długoterminowej jest ściśle związane z sukcesem terapeutycznym, który niełatwo uzyskać w tych chorobach.

Istnieje szeroka gama czynników mogących osłabić współpracę pacjent-lekarz, m.in. trudny do stosowania schemat leczenia (wiele leków i wiele dawek), niedostateczna wiedza pacjentów oraz występowanie remisji. Stwierdzono, że takie czynniki jak płeć męska, depresja, aktywna praca zawodowa i samotne życie usposabiają do braku adherence w terapii. Pacjenci z grupy ryzyka mogą być

poddawani działaniu prewencyjnym w celu polepszenia współpracy.[10] Świadomy brak współpracy stwierdzono częściej u chorych z gorszymi wynikami jelitowej oraz społecznej domeny kwestionariusza IBDQ-32, a także u chorych z mniej aktywną postacią CD, z wyższymi wartościami skali depresji, niezgodnością w relacjach pacjent-lekarz i mniejszym zaufaniem do lekarza, długotrwałą chorobą oraz u chorych określających siebie jako niewystarczająco poinformowanych o stosowanej u nich terapii. Poprawa tych czynników mogłaby korzystnie wpłynąć na adherence u chorych na IBD, a co za tym idzie – poprawę ich stanu zdrowia.[11]

Stwierdzono, że poglądy pacjenta na leczenie i samą chorobę mają istotny wpływ na jego stosunek i decyzje co do stosowania leków, a u wielu osób ten stosunek okazuje się negatywny lub ambiwalentny. Przeświadczenie o konieczności stosowania leku pojawia się z czasem i jest odzwierciedleniem akceptacji samej choroby. Z powodu nawrotowego charakteru choroby część chorych zażywa leki jedynie okresowo. U tych chorych należy zwrócić szczególną uwagę na wzmocnienie przekonania o konieczności zażycia leku, które w czasie remisji wyraźnie spada. Dla niektórych chorych terapia podtrzymująca nie wydaje się naprawdę konieczna i dopiero pogorszenie stanu ogólnego umacnia poczucie konieczności regularnego zażywania leków.[9]

Zauważono wyraźną różnicę pomiędzy postrzeganiem kortykosteroidów i innych grup leków. Steroidy powodują zdecydowanie negatywne emocje, szczególnie obawę przed wywołaniem zależności oraz krótko- i długofalowymi objawami niepożądanymi terapii. Spektakularny efekt leczenia może jednak zrównoważyć to negatywne podejście. Jednocześnie strach przed koniecznością operacji lub włączenia silniejszych leków sprzyja zrozumieniu przez pacjenta potrzeby regularnego przyjmowania leków i kontaktu z lekarzem przy pierwszych symptomach zaostrzenia. W przypadku współistnienia kilku chorób wzrasta obawa przed interakcjami pomiędzy kolejnymi lekami, która czasem powoduje opóźnienie w szukaniu pomocy lekarskiej, a jednocześnie o której nie zawsze pacjent powiadamia lekarza prowadzącego.[9]

Prawie 66% chorych wykazuje chęć do samodzielnego modyfikowania terapii w razie potrzeby, co umożliwia im uniknięcie czekania na wizytę lekarską czy odwiedzania lekarza np. w podróży. W chorobach przewlekłych przebiegających z nagłymi nawrotami takie postępowanie może być akceptowane, choć w niektórych przypadkach wymaga zgody lekarza. Dokładny wywiad, ukierunkowany na poznanie podejścia pacjenta do zaproponowanego leczenia i samodzielnej kontroli, ułatwia lekarzowi ocenę zakresu, w jakim można na nią pozwolić. Dokładne informacje o działaniu danego leku, a także o działaniach niepożądanych są niezbędne dla dobrej współpracy lekarz-pacjent.[9]

Implikacje praktyczne

O jakości życia i aspektach psychologicznych w podejściu do chorego na ChPP należy pamiętać już w momencie zbierania wywiadu, a następnie podczas badania fizykalnego, kierowania i wykonywania badań endoskopowych oraz wprowadzania terapii. Decyduje to w znaczącym stopniu o skuteczności leczenia.

W momencie postawienia diagnozy chory musi zmierzyć się z cechami własnej osobowości i osobistymi doświadczeniami przebytych chorób, a także z czynnikami zewnętrznymi, takimi jak normy kulturowe czy najbliższe otoczenie. Lekarz musi starać się uzyskać porozumienie i zaufanie pacjenta poprzez uważne słuchanie, empatię i dostarczenie wystarczającej wiedzy o chorobie. Zwracanie uwagi na stan emocjonalny pacjenta i wyrażanie swojego zainteresowania jego problemami umożliwia lepsze porozumienie oraz poprawia skuteczność terapii. Trzeba właściwie rozpoznać oczekiwania i obawy pacjenta, a jednocześnie przedstawić konieczne ograniczenia i nakłonić do prowadzenia zdrowego trybu życia. Schemat kolejnych wizyt oraz propozycja monitorowania stanu pacjenta zapewniałyby pacjentowi poczucie ciągłości leczenia. Dużą rolę odgrywa w tym także dostępność do badań i lekarza specjalisty.[7,12]

Zadawane pytania powinny mieć charakter otwarty, zwłaszcza wobec chorych z trudno uchwytnymi lub przewlekłymi objawami. Po uzyskaniu danych medycznych i psychospołecznych należy ustalić ich wpływ na biologiczny stan pacjenta. Wiele osób cierpiących na choroby przewlekłe wykazuje nierealne oczekiwania co do wyzdrowienia. Niektórzy pacjenci nabywają niewłaściwych nawyków, które rozszerzają manifestację kliniczną choroby i wydłużają czas jej trwania (np. niepełnosprawność nieadekwatna do rozpoznanej choroby, obarczanie lekarza całkowitą odpowiedzialnością za jej przebieg, odczuwanie potrzeby nieustannej opieki ze strony otoczenia, nieprzestrzeganie zdrowego trybu życia i zachowanie zapewniające utrzymanie roli chorego).[12]

U pacjenta przychodzącego pierwszy raz do lekarza należy dążyć do akceptacji przez niego przewlekłego charakteru choroby, a w konsekwencji – konieczności stosowania leków przez długi czas nawet wtedy, gdy obserwuje się tylko niewielką poprawę kliniczną lub brakuje ewidentnych objawów chorobowych. Właściwa motywacja rozpoczęcia terapii może warunkować długość jej trwania. Wykazano, iż pacjenci, którzy nie wierzą w rozpoznanie, nie przestrzegają zasad terapii, a ok. 6% pacjentów nie rozpoczyna leczenia nie widząc potrzeby jego wdrożenia. Istotną rolę upatruje się także w monitorowaniu pacjentów. Wykazano, iż dodatkowo roztoczona opieka pielęgniarska poprawia częstość stosowania leczenia o ponad 50%.[13,14]

W badaniu Oxelmark'a i wsp. analizowano wpływ interwencyjnego programu medyczno-psychospołecznego na jakość życia chorych z IBD. Polegał on na uczestnictwie w wykładach i sesjach grupowych. Nie zauważono istotnych statystycznie zmian jakości życia w czasie po 6 i 12 miesiącach z wyjątkiem grupy chorych z krótkim czasem trwania choroby, u których zanotowano wyraźny wzrost wartości HRQL. Program był pozytywnie oceniany przez pacjentów.[16] W innym badaniu nie wykazano zmian w nasileniu niepokoju chorych uczestniczących w programie grupowych sesji o IBD, mimo że oceniali lepiej swoją wiedzę na temat choroby. Ponadto nie było istotnych zmian objawów jelitowych, ogólnoustrojowych, w funkcjonowaniu emocjonalnym i społecznym. Być może w tej grupie pacjentów problemy psychospołeczne wynikały nie tylko z samej choroby organicznej.[17] Natomiast

z badań Borgaonkara i wsp. wynika, że dodatkowa wiedza o chorobie może pogorszyć jakość życia pacjentów z IBD.[15]

W omawianych chorobach należy zawsze rozważyć potrzebę wprowadzenia terapii psychologicznej. Pamiętać także trzeba o możliwości współistnienia zwykle skąpoobjawowych zaburzeń psychiatrycznych (takich jak depresja, stany lękowe, somatyzacja choroby). W badaniu Creeda i wsp. prawie połowa chorych na ciężką postać IBS cierpiała na depresję, nerwicę lub ogólny niepokój. Wykazano, że poprawa jakości życia u tych chorych leczonych psychoterapią i lekami antydepresyjnymi koreluje z polepszeniem wyników oceny psychologicznej.[18]

Opieka nad pacjentem z takimi dolegliwościami musi być interdyscyplinarna. Oprócz korzystania z pomocy lekarza pierwszego kontaktu, gastroenterologa, dietetyka, czasem chirurga, konieczna jest współpraca z psychologiem, pracownikiem socjalnym i pielęgniarką. Gama technik łagodzących wpływ stanu emocjonalnego na chorobę jest szeroka i obejmuje m.in. relaksację, w tym biofeedback, medytację oraz trening autogenny. Nie można nie doceniać także działań społecznych grup wsparcia, takich jak Pol-Ilko (Polskie Towarzystwo Opieki nad Chorymi ze Stomią), czy J-Elita (Polskie Towarzystwo Wspierania Osób z Nieswoistymi Zapaleniami Jelita).

Podsumowując, postępowanie lekarza ukierunkowane jedynie na „zepsuty narząd" jest często niewystarczające i nieefektywne. Doświadczenie i intuicja lekarza decydują o wykryciu czynników emocjonalnych wpływających na przebieg choroby oraz jej leczenie. Niedostateczne wyjaśnienie przez lekarza natury chorób czynnościowych jest odbierane przez chorych jak odmowa uznania istotności objawów i utrudnia współpracę pacjenta z lekarzem. Podstawą skutecznej terapii jest porozumienie i zdobycie zaufania chorego.

Adres do korespondencji:
USK Nr1 im. N. Barlickiego
ul. Kopcińskiego 22
90-153 Łódź
tel. (42) 677 66 64, fax (42) 678 64 80
annazlo@wp.pl

Piśmiennictwo

1. Marcinkowska-Bachlińska M, Małecka-Panas E. Rola czynników psychologicznych w patogenezie chorób czynnościowych przewodu pokarmowego. Przew Lek 2007;1:56-75.
2. Łazowski J.(red). Problemy psychosomatyczne w chorobie wrzodowej. Warszawa PZWL 1978.
3. Dancey CP, Backhouse S. Towards a better understanding of patients with irritable bowel syndrome. J Adv Nurs. 1993;18 (9):1443-50.
4. Mokrowiecka A, Jurek K, Pińkowski D i wsp. The comparison of Health-Related Quality of Life in patients with GERD, peptic ulcer disease and ulcerative colitis. Adv Med Sci 2006;51:142-147.
5. Caro JJ, Ishak KJ, Huybrechts K et al. The impact of compliance with osteoporosis therapy on fracture rates in actual practice. Osteporos Int 2004;15:1003-1008.
6. Giuffrida A, Torgerson DJ. Should we pay the patients? Review of financial incentives to enhance patient compliance. BMJ 1997;315:703-707.
7. Sewerynek E. Wpływ współpracy lekarza z pacjentem na efektywność leczenia osteoporozy. Terapia 2006;3 (177):43-46.
8. Claxton AJ, Cramer J, Pierce C. A systemic review of the associations between dose regimens and medication compliance. Clin Ther 2001;23:1296-1310.
9. Hall NJ, Rubin GP, Hungin APS et al. Medication beliefs among patients with inflammatory bowel disease who report low quality of life: a qualitative study. BMC Gastroenterol 2007;7:20.
10. López-Sanromán A, Bermejo F. Review article: how to control and improve adherence to therapy in inflammatory bowel disease. Aliment Pharmacol Ther 2006;24 Suppl 3:45-9.
11. Lopez-Sanroman A, Pérez-Abad M, Boixeda D. Adherence to treatment in inflammatory bowel disease.Rev Esp Enferm Dig 2005;97 (4):249-57.
12. 12. Yamada T. (red. wyd. polskiego Małecka-Panas E). Aspekty psychospołeczne opieki nad pacjentami z chorobami przewodu pokarmowego w Podręcznik gastroenterologii. Lublin Czelej 2006:1-4.
13. Zanchetta JR, Hakim C, Lombas C. Compliance with raloxifene treatment in an osteoporosis clinic: adverse events and reasons for discontinuation. J Bone Miner Res 2000;15 (supl 1):436.
14. Clowes JA, Peel NF, Eastell R. et al. The impact of monitoring on adherence and persistence with antiresorptive treatment for postmenopausal osteoporosis: A randomized controlled trial. J Clin Endocrinol Metab 2004;89:1117-1123.
15. Borgaonkar MR, Townson G, Donnelly M et al. Providing disease-related information worsens health-related quality of life in inflammatory bowel disease. Inflamm Bowel Dis 2002;8 (4):264-9.
16. Oxelmark L, Magnusson A, Löfberg R et al. Group-based intervention program in inflammatory bowel disease patients: effects on quality of life. Inflamm Bowel Dis 2007;13 (2):182-90.
17. Larsson K, Sundberg Hjelm M, Karlbom U et al. A group-based patient education programme for high-anxiety patients with Crohn disease or ulcerative colitis. Scand J Gastroenterol 2003;38 (7):763-9.
18. Creed F, Guthrie E, Ratcliffe J et al. Does psychological treatment help only those patients with severe irritable bowel syndrome who also have a concurrent psychiatric disorder? Aust N Z J Psychiatry 2005;39 (9):807-15.

Problem współpracy lekarz-pacjent u chorych na astmę oskrzelową

prof. dr hab. Med. Piotr Kuna,

dr n. med. Izabela Kupryś-Lipińska

Klinika Chorób Wewnętrznych Astmy i Alergii, Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. N. Barlickiego, Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Astma oskrzelowa, definiowana obecnie jako przewlekły stan zapalny dróg oddechowych, jest jedną z najczęstszych chorób przewlekłych. W Polsce cierpi na nią ponad 3 mln osób. Choroba zazwyczaj zaczyna się przed 5 r.ż. i ma zmienny charakter, z okresami zaostrzeń i remisji. Wiodącymi objawami astmy są kaszel, świsty przy oddychaniu, uczucie ciężaru w klatce piersiowej i duszności, pojawiające się głównie przy wysiłku, w nocy i po kontakcie z alergenami lub czynnikami podrażniającymi drogi oddechowe. W krajach Unii Europejskiej bezpośrednie i pośrednie koszty związane z astmą przekraczają 30 mld euro rocznie. Z tego względu w wielu krajach wprowadzono narodowe programy wczesnej diagnostyki i leczenia astmy, których celem jest obniżenie kosztów związanych z tą chorobą. Jak do tej pory nie ma leków, które trwale wyleczyłyby z astmy, ale dzięki postępowi medycyny można uzyskać jej pełną kontrolę i zminimalizować wpływ na życie chorego. Podobnie jak w leczeniu każdej z chorób przewlekłych, tak i w astmie jednym z istotnych elementów powodzenia terapii jest aktywny udział w tym procesie chorego i jego rodziny. Ma to szczególne znaczenie w przypadkach chorób o zmiennym nasileniu, kiedy nie można zalecić sztywnego schematu leczenia, a modyfikacji terapii należy dokonywać na bieżąco ze względu na bezpieczeństwo pacjenta. Tak jest właśnie w przypadku astmy – do większości ciężkich zaostrzeń dochodzi poza szpitalem, a opóźnienie we wdrożeniu leczenia zwiększa ryzyko hospitalizacji i zgonów z powodu astmy. Z tego względu coraz większą rolę w terapii astmy powierza się pacjentowi. Współczesne pojmowanie roli pacjenta w leczeniu chorób przewlekłych opiera się o jego aktywny współudział w terapii, w zakresie wytyczonym przez lekarza.

Typy relacji lekarz pacjent

Właściwa relacja lekarz-pacjent jest podstawą powodzenia przewlekłej terapii. Wyróżnia się dwa skrajne typy tej relacji: paternalizm i autonomię.[7] Pierwszy opiera się na autorytarnej roli lekarza, który w imię dobra pacjenta podejmuje leczenie, ograniczając wolność wyboru chorego. Drugi typ stawia na pierwszym miejscu wolność pacjenta i jego wybór, nawet wbrew wiedzy medycznej, bez względu na skutki. Żaden z tych modeli nie sprawdza się w terapii astmy. Paternalizm ogranicza aktywną rolę pacjenta zarówno w wyborze terapii, jak i konieczności jej modyfikacji. Astma jest chorobą, w której stan pacjenta zmienia się dynamicznie, czego konsekwencją jest potrzeba ciągłego dostosowywania leczenia do aktualnego stanu chorego. Bez zaangażowania w ten proces pacjenta osiągnięcie kontroli choroby nie jest możliwe. Głównym problemem przewlekłych terapii jest niestosowanie się do zaleceń lekarskich. Narzucanie przez lekarza terapii bez akceptacji jej przez samego chorego skazane jest na niepowodzenie. Model autonomii pacjenta stawia jego wybór ponad dobrem, sprowadzając rolę lekarza do świadczeniodawcy usług. Decydująca w tym modelu jest opinia chorego, nawet wbrew wiedzy medycznej lekarza i jego sumieniu. W przypadku astmy fobie steroidowe mogłyby zwyciężyć z wiedzą o skuteczności tych leków, bezpieczeństwie stosowania ich form wziewnych oraz ryzyku zgonu u osób, które nie są poddawane terapii tymi lekami.

Konieczne jest wobec tego wypracowanie takiej relacji między lekarzem a pacjentem, która przyjmowałaby za cel dobro pacjenta, uwzględniając zarówno dobro medyczne, które reprezentuje lekarz, jak i jakość życia oraz wolność wyboru stanowiące o autonomii chorego.

Takie cele realizuje partnerska relacja między lekarzem a pacjentem, w której obie strony są zaangażowane w proces terapeutyczny. Terapia w tym modelu jest kompromisem pomiędzy potrzebami pacjentów i celami, do których dążą lekarze. Pacjent sam podejmuje decyzje w oparciu o wcześniej wypracowany z lekarzem plan samo-

dzielnego postępowania, obejmujący ocenę kontroli astmy i modyfikacje stosowanej terapii w zależności od potrzeby.

GINA (Światowa Inicjatywa na Rzecz Zwalczania Astmy)[8] jako jeden z elementów integralnego planu leczenia astmy wymienia partnerską współpracę lekarza z pacjentem.

Czynniki decydujące o aktywnym udziale chorego w procesie przewlekłego leczenia

Postawa pacjenta wobec choroby

Od postawy pacjenta wobec choroby zależy, czy będzie współpracował i wykazywał inicjatywę, czy opierał się wyłącznie na zdaniu lekarza; czy zastosuje się do zaleceń, czy będzie eksperymentował sam lub zaniecha leczenia.[9] Chory może być bierny wobec choroby lub aktywnie się z nią zmagać; jego nastawienie do procesu leczenia może być pozytywne lub negatywne.

Postawa pacjenta wobec choroby jest jednym z elementów decydujących o jakości współpracy chorego w procesie leczenia. Zasadniczo wyróżnia się cztery postawy:[10]

- zaprzeczenie chorobie
- bagatelizowanie choroby
- wyolbrzymianie
- postawę adekwatną.

Zaprzeczenie jest mechanizmem obronnym, polegającym na wyparciu ze świadomości choroby i nieprzyjmowaniu żadnych związanych z nią informacji. Pacjent nie leczy się wcale lub leczy się niewłaściwie. Do mechanizmów obronnych osobowości należy również bagatelizowanie dolegliwości, które prowadzi do podobnych skutków.[10]

Na przeciwnym biegunie jest wyolbrzymianie objawów. W mniejszym stopniu oddziałuje ono na stan zdrowotny chorego, ale znacznie upośledza jakość życia i prowadzi do nadużywania leków.[10]

Najlepszą postawą jest postawa adekwatna. Chory godzi się z diagnozą, podchodzi do choroby w sposób racjonalny, stosuje się do zaleceń lekarskich.[10] Do wypracowania takiej postawy należy dążyć, choć tylko w części zależy ona od umiejętności lekarza, a w dużym stopniu od cech osobowości pacjenta. Od wiedzy, jaki typ postawy reprezentuje chory, zależy dobór odpowiednich dla niego narzędzi edukacji. Poza edukacją bezpośrednią, prowadzoną przez lekarza lub innych pracowników służby zdrowia, należą do nich publikacje, strony internetowe, szkoły astmatyczne, grupy wsparcia i indywidualna terapia.

Wyobrażenie o chorobie

Istotnym elementem wpływającym na zachowanie się pacjenta jest wyobrażenie o chorobie.[10] Własne wyobrażenie posiada każdy człowiek. Buduje je w oparciu informacje, które do niego docierają. Od zawsze przekazy rodziny, przyjaciół czy innych pacjentów wpływały na kształtowanie się opinii na temat choroby, terapii i kompetencji lekarza prowadzącego. Coraz większe znaczenie w kształtowaniu się opinii mają media i Internet. Bardzo ważnym źródłem informacji, kształtującym rzeczywisty obraz choroby jest lekarz i inni pracownicy służby zdrowia. Tymczasem wielu chorych podkreśla, że czas na wizycie poświęcony rozmowom na temat istoty choroby i sposobach jej leczenia jest niewystarczający.[11]

Znaczenie choroby dla pacjenta

Choroba może mieć różne znaczenie w życiu pacjenta.[10] Astma może być traktowana jako przeszkoda w realizacji zadań, planów i marzeń, strata pozycji i możliwości, ulga usprawiedliwiająca niepowodzenia i wymuszająca potrzebę opieki lub korzyść, zarówno psychiczną (zaspokojenie potrzeby troski ze strony otoczenia), jak i materialną (odszkodowanie, świadczenia rentowe). Ulga i korzyść negatywnie wpływają na motywację do leczenia, strata natomiast wiąże się zwykle ze stanami depresyjnymi i również może prowadzić do zaniechania leczenia. Najbardziej motywujące dla chorego jest postrzeganie choroby jako przeszkody, a lekarza jako sojusznika w walce z nią.[10] Przestrzeganie przez pacjenta zaleceń i aktywne uczestnictwo w procesie leczenia prowadzą do pełnej kontroli astmy, co umożliwia w pełni korzystanie z życia, zaspokajanie potrzeb rodziny, pracę zawodową i społeczną, czynne uprawianie sportu i realizację marzeń, nawet tych o zdobywaniu ośmiotysięczników.

Komunikacja lekarz-pacjent

Dobra komunikacja między lekarzem a pacjentem stanowi podstawę współpracy obu stron i późniejszego realizowania przez chorego wspólnie opracowanego planu leczenia.

Kluczowymi czynnikami kształtującymi dobrą komunikację niezbędną w budowaniu wzajemnego zrozumienia i zaufania między lekarzem i pacjentem są:[1]

- wrodzone zachowania wobec drugiej osoby (życzliwość, poczucie humoru, atencja)
- interaktywny dialog
- zachęcanie i chwalenie dobrych postaw
- empatia, dodawanie otuchy i szybkie uspokajanie obaw
- udzielanie adekwatnych (spersonifikowanych) informacji
- ustalanie wspólnych celów
- pozyskiwanie zwrotnych informacji i ich analiza.

Informacje o chorobie powinny być przekazywane stopniowo, łatwym do zrozumienia językiem i powtarzane przy kolejnych wizytach. Należy również sprawdzić ich rozumienie i realizację oraz pochwalić sukcesy.

Jeśli nie zostanie wypracowana dobra komunikacja lekarz-pacjent, nie uzyska się dobrych efektów terapii. W badaniu przeprowadzonym przez Apter i wsp.[2] zły kontakt lekarza i pacjenta, bez wzajemnego zrozumienia, wiązał się z niestosowaniem się przez chorych do zaleceń lekarskich.

Szkolenie pracowników służby zdrowia w celu poprawy ich umiejętności komunikowania się z chorym i jego rodziną sprzyja lepszym efektom terapii oraz satysfakcji pacjenta z opieki medycznej bez konieczności wydłużania czasu wizyty.[3,4] Clark i wsp. przedstawili wyniki szkolenia pediatrów zajmujących się opieką nad dziećmi chorującymi na astmę. Program edukacyjny obejmował: komunikację lekarza z chorym i jego rodziną, rozpoznawanie potrzeb, informacje o postrzeganiu lekarzy przez chorych i ich rodziny oraz techniki edukacji pacjentów. Dzieci leczone przez pediatrów, którzy przeszli szkolenie, rzadziej były hospitalizowane z powodu zaostrzeń astmy, rzadziej wymagały doraźnej

pomocy w nagłych przypadkach, zgłaszały mniej dni, w których pojawiały się objawy astmy. Sukces ten osiągnięto dzięki umiejętności uważnego słuchania chorych i ich rodzin, niewerbalnego okazywania zainteresowania oraz interaktywnej dyskusji w czasie wizyty, opracowaniu indywidualnego planu samodzielnego postępowania pacjenta w domu, formułowaniu krótko- i długoterminowych celów terapii.[5]

Drugim ogniwem komunikacji jest pacjent. Również od jego zdolności w przekazywaniu informacji o stanie zdrowia i zrozumienia przekazu przez lekarza zależy jakość komunikacji, a w konsekwencji sukces terapii. Szkolenia pacjentów z zasad komunikacji sprzyjają bardziej efektywnym kontaktom lekarz-pacjent.[6]

Edukacja pacjenta

Edukacja pacjentów i ich rodzin jest nieodzownym elementem ich aktywnego współuczestnictwa w procesie terapeutycznym.[8] Od lekarza lub innych pracowników służby zdrowia powinni oni uzyskać informacje na temat istoty samej choroby, o możliwościach leczenia, rokowaniu, swojej roli w procesie terapeutycznym i znaczeniu tego działania. Pacjent powinien identyfikować sytuacje zagrożenia i wiedzieć, jak w tym czasie postępować; musi wiedzieć, co prowokuje napady astmy, jakie leki ma przyjąć w takiej sytuacji i kiedy szukać fachowej pomocy medycznej. To wszystko można osiągnąć prowadząc ciągłą edukację pacjenta w tym zakresie.

Jednym z trudniejszych elementów terapii astmy dla pacjentów jest poprawna technika inhalacji leków. Od poprawności przyjmowania leków w inhalacji zależy skuteczność terapii. Jak wykazało badanie Giraud i Roche[12] niespełna 30% pacjentów potrafi poprawnie przyjąć lek z inhalatora ciśnieniowego. Łatwiejsze w stosowaniu dla niektórych pacjentów mogą być inhalatory proszkowe.[13] Tymczasem nie każdy lekarz, przepisując leki w inhalatorach, udziela instrukcji swoim pacjentom,[14] a nawet nie każdy lekarz sam potrafi poprawnie zastosować inhalator.[15,16]

Z badania INSPIRE[17] wynika, że tylko 29% pacjentów jest instruowanych, jak intensyfikować terapię w przypadku nasilenia objawów astmy, podczas gdy 88% chorych chciałoby taką wiedzę posiadać. Jak wykazało badanie GAPP,[11] według pacjentów edukacja dotycząca problemów astmy zajmuje średnio tylko 25% czasu wizyty u lekarza, a aż 23% chorych twierdzi, że nie jest ona w ogóle prowadzona przez lekarzy; tymczasem 87% lekarzy utrzymuje, że prowadzi edukację podczas wizyty pacjenta nawet przez 50% czasu trwania tej wizyty. 80% lekarzy oświadcza, że udziela swoim pacjentom instrukcji, jakich alergenów i w jaki sposób mają unikać, by wyeliminować jeden z czynników wywołujących u nich ataki astmy. 84% lekarzy twierdzi, że wyjaśnia chorym, dlaczego muszą oni stosować przewlekle leki zapobiegawcze – tezę tę potwierdza jednak tylko 55% pacjentów. Ponad 70% chorych skarży się, że lekarze nigdy nie omawiają z nimi działań niepożądanych stosowanych przez nich leków lub robią to bardzo rzadko, podczas gdy ponad 60% lekarzy twierdzi, że często lub zawsze informują swoich pacjentów o takim działaniu. Nie wiadomo, skąd wzięły się takie dysproporcje, być może zawiodła wzajemna komunikacja.

Pacjenci rzadko zapamiętują więcej niż 50% zasłyszanych informacji dłużej niż 5 minut po zakończeniu wizyty,[18] dlatego konieczne jest powtarzanie przekazu przy okazji kolejnych wizyt i wzmocnienie przekazu ustnego informacjami pisemnymi. Badania dowodzą, że jeśli dany przekaz powtarza się ponad trzykrotnie, to odbiorca zapamiętuje nawet 100%. Poprawę w zapamiętywaniu zaleceń wykazano, gdy przekaz ustny uzupełniano zaleceniami pisemnymi. Tymczasem w jednym z badań sondażowych zalecenia pisemne otrzymało tylko 3% chorujących na astmę, w tym tylko 18% pacjentów z umiarkowaną i ciężką astmą.[19]

Szkodliwość palenia tytoniu jest faktem powszechnie znanym. Palenie tytoniu przez osoby z astmą nasila objawy choroby, zwiększa liczbę zaostrzeń, przyspiesza przebudowę (ang. remodeling) oskrzeli prowadzącą do upośledzenia czynności płuc i jest przyczyną gorszej odpowiedzi na glikokortykosteroidy.[8] Jednak aż 30% aktywnie palących astmatyków, którzy w ciągu ostatniego roku byli na wizycie lekarskim, nie było zachęcanych do rzucenia palenia.[20] Trzeba jednak pamiętać, że nawet pacjent posiadający odpowiednią wiedzę nie zmienia automatycznie swoich zachowań. Dotyczy to między innymi chorych na astmę palących papierosy[21] i rodziców dzieci chorujących na astmę, którzy mimo informacji o stanie dziecka nadal palą tytoń.[22] Dlatego poza przekazywaniem informacji konieczne jest wzmacnianie wjencie motywacji do działania.

GINA[8] podkreśla ważność edukacji w procesie terapii astmy i wytycza jej zakres (tab. 1).

Jednym z celów edukacji jest przygotowanie pacjenta do współudziału w procesie terapeutycznymi i korzystania z indywidualnego planu działania.

Indywidualny plan terapii

Osobisty plan działania opracowany przez lekarza prowadzącego powinien uwzględniać zmiany w stylu życia chorego dotyczące unikania narażenia na alergeny i nieswoiste czynniki drażniące, w tym podejmować problem palenia tytoniu. Indywidualny plan leczenia powinien również umożliwić pacjentowi samodzielne wprowadzanie zmian w terapii w odpowiedzi na zmianę przebiegu choroby.[8] Dzięki takiemu postępowaniu można szybko osiągnąć poprawę kontroli choroby i ograniczyć działania uboczne stosowanych leków. Wdrożenie indywidualnego planu leczenia wśród chorych na astmę zmniejsza (o 1/3 nawet do 2/3) liczbę hospitalizacji i wizyt w oddziale doraźnej pomocy, dodatkowych nieplanowanych wizyt u lekarza, absencji chorobowej w pracy i nocnych przebudzeń spowodowanych astmą.[23] Oszacowano, że stosowanie planu samodzielnego postępowania przez 8 chorych zapobiega 1 wizycie w oddziale doraźnej pomocy, a przez 20 pacjentów – 1 hospitalizacji.[8]

GINA[8] rekomenduje przygotowanie planu działania w postaci pisemnej. Programy edukacyjne oparte na stosowaniu przez pacjentów pisemnego planu działania są skuteczniejsze niż inne formy ich samodzielnego działania.[24] Z tego względu każdy pacjent chorujący na astmę powinien wg instrukcji GINA[8] otrzymać pisemny indywidualny plan leczenia z uwzględnieniem postępowa-

Tabela 1. Element edukacji pacjenta chorującego na astmę na podstawie wytycznych GINA[8]

Elementy edukacji pacjenta i jego rodziny:

- Informacje dotyczące rozpoznania i istoty choroby
- Różnice między lekami doraźnymi a kontrolującymi chorobę
- Zapobieganie napadom astmy
- Symptomy pogorszenia astmy
- Monitorowanie kontroli astmy
- Kiedy i gdzie szukać pomocy medycznej
- Postępowanie według indywidualnego planu leczenia opracowanego przez lekarza
- Omówienie działań ubocznych stosowanych leków i postępowanie w przypadkach ich wystąpienia
- Interaktywny dialog dotyczący oczekiwań pacjenta i możliwości ich realizacji
- Uspokajanie obaw i lęków

Tabela 2. Przykładowy indywidualny plan terapii – na podstawie wytycznych GINA[8]

Stałe leczenie

.....

Kiedy zwiększyć intensywność leczenia?

Ocena stopnia kontroli astmy:

- Czy w ostatnim tygodniu objawy dzienne astmy wystąpiły u ciebie więcej niż 2 razy?
- Czy astma ogranicza wydolność wysiłkową?
- Czy budziłeś się w nocy z powodu astmy?
- Czy stosowałeś lek ratunkowy więcej niż 2 razy w ostatnim tygodniu?
- Czy PEF był poniżej wartości krytycznej (jeśli pacjent monitoruje PEF)?

Jeśli na co najmniej 3 pytania odpowiedź była twierdząca, to astma nie jest kontrolowana, a leczenie wymaga intensyfikacji (*alternatywnie pacjent może korzystać z Testu Kontroli Astmy*).

Jak zwiększyć intensywność terapii

Zwiększ dawkowanie leków podstawowych . . . . . .
Dodaj do terapii leki . . . . . .
Utrzymaj to leczenie przez . . . . . .

Kiedy zadzwonić po pomoc/przyjść na wizytę

Jeśli nie ma poprawy po leczeniu w ciągu . . . . . .,
zadzwoń/skonsultuj się z lekarzem. Tel. . . . . .

Stan nagły, ciężka duszność

- Kiedy masz ciężką duszność, mówisz pojedynczymi słowami
- Jeśli masz ciężki napad i nie panujesz nad astmą
- Jeśli musisz stosować lek doraźny częściej niż co 4 godziny
- Jeśli nie czujesz poprawy po leku doraźnym

zastosuj . . . . . .
lek doraźny . . . . . .wdechy co . . . . . .min.
Przyjmij . . . . . .mg doustnego glikokortykosteroidu
Skontaktuj się ze specjalistą/zadzwoń po pogotowie/przyjedź do poradni lub szpitala
Adres . . . . . .tel . . . . . .
Kontynuuj stosowanie leków do czasu uzyskania pomocy lekarskiej.

nia w zaostrzeniach astmy (tab. 2). Plan terapii może być oparty na nasileniu objawów astmy lub na wartościach pomiaru PEF w odniesieniu do najlepszego wyniku uzyskanego przez tego pacjenta w okresie dobrostanu.[25] Niektórzy chorzy mają złą percepcję stanu choroby i mogą mieć znacznie upośledzoną czynność płuc bez istotnej zmiany w nasileniu objawach. W tych przypadkach szczególnie polecane jest regularne monitorowanie PEF.[8] Pacjentom, którzy nie są w stanie samodzielnie podejmować decyzji o zmianie leczenia, zaleca się regularne konsultacje lekarskie.[8]

Stosowanie się do zaleceń lekarskich

Kontroli astmy nie uzyskuje się przez wypisanie choremu skutecznych i dobrze tolerowanych przez niego leków. Jak powszechnie wiadomo, stosowanie przez pacjentów zaleceń lekarskich jest niewystarczające i może być przyczyną braku kontroli astmy. Mniej niż 50% chorych stosuje zalecany schemat leczenia. To, w jakim stopniu realizowane są zalecenia lekarskie, zależy od wielu czynników, m.in. stopnia skomplikowania terapii, wiedzy pacjenta na temat choroby i jej powikłań, obawy przed objawami ubocznymi związanymi z leczeniem, priorytetów życiowych, percepcji choroby, czynników psychologicznych, socjologicznych i kulturowych. Pacjenci często zapominają o regularnym przyjmowaniu leków, obawiają się działań ubocznych przewlekłej terapii i uzależnienia od leków, dlatego zmniejszają dawkowanie leków sami lub nawet zaprzestają ich stosowania.

Apter i wsp.[2] w przytaczanym już tutaj badaniu analizowali przyczyny niestosowania się przez pacjentów do zaleceń lekarskich i dynamikę zmian zachowania się chorych od momentu wydania zaleceń przez lekarza. Najczęstszą przyczyną niestosowania się do zaleceń lekarskich podawaną przez pacjentów było zapominanie (40%), brak czasu (30%), objawy astmy na tyle łagodne, że w opinii pacjentów nie wymagały przewlekłego leczenia wziewnymi glikokortykosteroidami (12%), brak zadawalających wyników terapii (6%), niewygodny sposób leczenia (4% – w tym badaniu zalecanym schematem było stosowanie inhalatorów 2 razy dziennie). Największy spadek liczby chorych stosujących się do zaleceń obserwowano między 1 a 2 tygodniem leczenia, średni odsetek pacjentów wypełniających zalecenia lekarskie po 5 tygodniach obserwacji wynosił ok. 60%.

W badaniu GAPP[11] jako przyczynę zmiany dawkowania leków lub zaprzestania ich przyjmowania pacjenci podawali: poprawę objawów astmy (45%), wystąpienie objawów ubocznych (21%), obawę przed wystąpieniem objawów ubocznych (18%), zbyt wysokie koszty terapii (13%), zbyt trudny i niewygodny schemat leczenia oraz inhalatory (9%). Pacjenci, u których wystąpiły objawy uboczne, najczęściej sami zmieniali dawkowanie leków (38%), opuszczali dawki (31%), a nawet zaprzestawali przyjmowania leków w ogóle (21%).

Identyfikacja czynników wpływających na przestrzeganie przez pacjentów zaleceń lekarskich i lepsze zrozumienie potrzeb pacjen-

ta przez lekarzy przyczynia się do opracowania schematu terapii, który ma szansę akceptacji i realizacji u danego chorego.

GINA podkreśla konieczność podjęcia działań wpływających na poprawę wypełniania przez chorego zaleceń lekarskich.[8] Należy do nich upraszczanie schematów leczenia oraz dopasowywanie ich do oczekiwań i potrzeb pacjentów. Problem występowania objawów ubocznych stosowanej terapii powinien być szerzej dyskutowany z chorymi podczas wizyty lekarskiej; należy omówić możliwości zapobiegania ich występowaniu oraz postępowania w przypadku ich pojawienia się.

Potrzeby pacjentów

Pacjenci chorujący przewlekle mają zwykle potrzebę wpływania na proces terapeutyczny niezależnie od jego efektywności, dlatego terapia astmy musi być kompromisem pomiędzy potrzebami pacjentów i celami, do których dążą lekarze. Chory w podeszłym wieku będzie miał inne potrzeby i oczekiwania niż osoba młoda, aktywna zawodowo, uprawiająca sport. Głównym celem terapii dla lekarzy jest osiągnięcie pełnej kontroli astmy, podczas gdy dla pacjentów istotne znaczenie ma wpływ astmy i stosowanej terapii na ich życie.

Haughney i wsp. przeprowadzili badanie ankietowe z użyciem techniki eliminacji w zakresie preferowanych przez pacjentów metod leczenia astmy i wyników tego leczenia.[31]

Na podstawie odpowiedzi udzielnych przez pacjentów ustalono hierarchię ważności celów terapii, dla których chory jest w stanie poświęcić inne potrzeby, by uzyskać cel najwyżej stojący w hierarchii. Według pacjentów sześć najważniejszych zalet terapii – od najważniejszego rozpoczynając – to:

1. Jak najmniejsza liczba inhalatorów
2. Mała dawka steroidu wziewnego
3. Posiadanie pisemnego planu leczenia
4. Leczenie zaostrzenia astmy w domu
5. Kontrola astmy
6. Całkowite ustąpienie objawów astmy.

Badanie RESPONSE[32] potwierdziło, że dla chorych priorytetem jest jak najmniejsza liczba stosowanych inhalatorów, a ideałem – stosowanie jednego inhalatora.

W cytowanym już badaniu INSPIRE[17] aż 54% pacjentów podało, że obawia się przyjmowania leków, kiedy czują się dobrze i nie mają objawów astmy. Większość pacjentów podaje, że leki stosuje, kiedy zachodzi taka potrzeba. Ponad 70% pacjentów preferuje zmienne dawkowanie leków dostosowane do nasilenia objawów, które oznacza mniej leków w okresie dobrostanu i więcej przy nasileniu objawów astmy. 90% chorych chce natychmiastowego ustępowania objawów. Pacjenci chorujący na astmę polegają głównie na lekach objawowych, działających natychmiast i zmniejszających duszność, dlatego nauzywają leków ratunkowych[33] i stosują zbyt mało leków kontrolujących chorobę.[34] Wziewne glikokortykosteroidy, które są obecnie podstawą przewlekłego leczenia astmy, są lekami uznawanymi przez pacjentów za mniej efektywne niż szybko działające β_2-mimetyki. Jak dowodzą badania i statystyki, niestosowanie wGKS i nadużywanie β_2-mimetyków zwiększa ryzyko ciężkich zaostrzeń i zgonów w przebiegu astmy.[35-37] Jednym ze sposobów zaspokojenia potrzeb pacjentów i działania zgodnie z wytycznymi GINA jest stosowanie schematu typu SMART,[38] czyli inhalatora złożonego, zawierającego glikokortykosteroid i szybko działający β_2-mimetyk do terapii podtrzymującej i doraźnie w razie potrzeby. W takim schemacie sam pacjent intuicyjnie zwiększa dawkowanie leków w celu doraźnego zmniejszenia objawów, a jednocześnie intensyfikuje leczenie przeciwzapalne.

Psychologiczne problemy pacjentów z astmą

Pacjent jest jednością psychosomatyczną, dlatego nie można rozpoznawać i leczyć zaburzeń somatycznych w oderwaniu od stanu psychicznego. Choroba, w szczególności choroba przewlekła, jest dla pacjenta silnym stresorem psychicznym. Pacjent i jego rodzina, zmagający się z rozpoznaniem choroby przewlekłej, stają przed wieloma problemami, które wymagają rozwiązania. Z terapią wiążą wiele nadziei, ale też i przynosi ona wiele rozczarowań. Ze względu na przewlekły charakter astma ma wpływ na funkcjonowanie chorego, jego rodziny, pracę zawodową i kontakty towarzyskie, zakłóca realizację celów życiowych, utrudnia zaspokajanie potrzeb, a leki stanowią zwykle poważny wydatek w budżetach domowych i w funduszach państwowych.[8] Te wszystkie czynniki wpływają na postawę chorego i zaangażowanie w terapię.

Szczególnym czynnikiem stresowym są dolegliwości związane z samą chorobą. Napady duszności wywołują niepokój, obniżają nastrój, wpływają na stan psychiczny, a niekiedy zmuszają do szukania pomocy u innych osób.[10]

Z drugiej strony wykazano, że w astmie stres emocjonalny[26] i napady paniki[27] mogą prowokować ataki duszności.

Uświadomienie chorym wpływu emocji na objawy i ich percepcję, nauczenie ich panowania nad emocjami oraz edukacja, jak różnicować napady paniki od pogorszenia astmy, przyczynia się do poprawy kontroli choroby i poprawy jakości życia chorych.[28]

O wielkiej roli sfery psychicznej u pacjentów chorujących na astmę, w szczególności na jej postać ciężką, świadczą wyniki badań przeprowadzone przez dr Annę Potoczek i wsp. Wykazały one, że u 70% pacjentów z ciężką astmą oskrzelową występują zaburzenia o charakterze paniki, a u 35% depresja (w tym u 6% ciężka). Rozpoznanie tych zaburzeń i ich leczenie powinno przyczynić się do lepszych rezultatów w terapii astmy i do poprawy jakości życia tych pacjentów.[29,30]

Podsumowanie

Astma oskrzelowa jest chorobą społeczną o ogólnoświatowym zasięgu. Jej przewlekły charakter i wpływ na jakość życia powodują, że stanowi ona istotny problem zdrowotny współczesnych społeczeństw. Ogromny postęp, jaki dokonał się w medycynie, spowodował znaczą poprawę w opiece nad pacjentem chorującym na astmę. Choć wciąż nie można z tej choroby wyleczyć, to dzięki nowoczesnym lekom można osiągnąć jej pełną kontrolę i zminimalizować jej wpływ na życie chorego i jego rodziny. W ostatnich latach zmieniło się znacznie podejście do leczenia astmy. Jak w każdej chorobie przewlekłej, dużą rolę w terapii powierzono sa-

memu choremu. Leczenia astmy obecnie nie postrzega się wyłącznie przez pryzmat nowoczesnych leków; większą uwagę przywiązuje się także do oczekiwań i możliwości pacjenta. Osobę chorującą na astmę traktuje się jako jedność psychosomatyczną, uwzględniając zarówno jej potrzeby zdrowotne, jak i jakość życia w chorobie. Podkreśla się rolę współpracy między lekarzem a pacjentem oraz wagę współuczestnictwa chorego i jego rodziny w procesie terapeutycznym. Duże znaczenie przypisuje się edukacji chorego i jego rodziny oraz umiejętności korzystania z indywidualnego planu leczenia.

Adres do korespondencji:
ul. Kopcińskiego 22, 90-153 Łódź
tel. (42) 677 67 77
e-mail: pkuna@bg.p.lodz.pl

Piśmiennictwo

1. Partridge MR, Hill SR. Enhancing care for people with asthma: the role of communication, education, training and self-management. 1998 World Asthma Meeting Education and Delivery of Care Working Group. Eur Respir J. 2000 Aug;16 (2):333-48
2. Apter AJ, Reisine ST, Affleck G, Barrows E, ZuWallack RL. Adherence with twice-daily dosing of inhaled steroids. Socioeconomic and health-belief differences. Am J Respir Crit Care Med. 1998 Jun;157 (6 Pt 1):1810-7.
3. Clark NM, Gong M, Schork MA, Kaciroti N, Evans D, Roloff D, Hurwitz M, Maiman LA, Mellins RB. Long-term effects of asthma education for physicians on patient satisfaction and use of health services. Eur Respir J. 2000 Jul;16 (1):15-21
4. Cabana MD, Slish KK, Evans D, Mellins RB, Brown RW, Lin X, Kaciroti N, Clark NM. Impact of physician asthma care education on patient outcomes. Pediatrics. 2006 Jun;117 (6):2149-57
5. Clark NM, Cabana MD, Nan B, Gong ZM, Slish KK, Birk NA, Kaciroti N. The clinician-patient partnership paradigm: outcomes associated with physician communication behavior. Clin Pediatr (Phila). 2008 Feb;47 (1):49-57.
6. Cegala DJ, McClure L, Marinelli TM, Post DM.The effects of communication skills training on patients" participation during medical interviews. Patient Educ Couns. 2000 Sep;41 (2):209-22.
7. Biesaga T. Autonomia lekarza i pacjenta a cel medycyny. Medycyna Praktyczna 2005/06
8. http://www.ginasthma.com/
9. Doboszyńska A, Brzostek D. Leczenie astmy oskrzelowej. Pacjent – najsłabsze ogniwo? Alergia 2007. 3/33.
10. Czubalski K. Wpływ choroby na stan psychiczny i zachowanie człowieka chorego. Sztuka Leczenia 1995. 3: 53-60.
11. Canonica GW, Baena-Cagnani CE, Blaiss MS, Dahl R, Kaliner MA, Valovirta EJ; GAPP Survey Working Group. Unmet needs in asthma: Global Asthma Physician and Patient (GAPP) Survey: global adult findings. Allergy. 2007 Jun;62 (6):668-74.
12. Giraud V, Roche N. Misuse of corticosteroid metered-dose inhaler is associated with decreased asthma stability. Eur Respir J. 2002 Feb;19 (2):246-51.
13. Welch MJ, Nelson HS, Shapiro G, Bensch GW, Sokol WN, Smith JA, Parasuraman BM. Comparison of patient preference and ease of teaching inhaler technique for Pulmicort Turbuhaler versus pressurized metered-dose inhalers. J Aerosol Med. 2004 Summer;17 (2):129-39.
14. Canonica GW, Baena-Cagnani CE, Blaiss MS, Dahl R, Kaliner MA, Valovirta EJ; GAPP Survey Working Group. Unmet needs in asthma: Global Asthma Physician and Patient (GAPP) Survey: global adult findings. Allergy. 2007 Jun;62 (6):668-74
15. Stelmach R, Robles-Ribeiro PG, Ribeiro M, Oliveira JC, Scalabrini A, Cukier A. Incorrect application technique of metered dose inhalers by internal medicine residents: impact of exposure to a practical situation. J Asthma. 2007 Nov;44 (9):765-8.
16. Amirav I, Goren A, Kravitz RM, Pawlowski NA. Physician-targeted program on inhaled therapy for childhood asthma. J Allergy Clin Immunol. 1995 Apr;95 (4):818-23.
17. Partridge MR, van der Molen T, Myrseth SE, Busse WW. Attitudes and actions of asthma patients on regular maintenance therapy: the INSPIRE study. BMC Pulm Med. 2006 Jun 13;6:13.
18. Pedersen S. Ensuring compliance in children. Eur Respir J. 1992 Jan;5 (1):143-5.
19. Price D, Wolfe S. Delivery of asthma care: patients" use of and views on healthcare services as determined from a nationwide interview survey. Asthma J. 2000;5 (3):141–144.
20. Thomson NC, Chaudhuri R, Livingston E. Asthma and cigarette smoking. Eur Respir J. 2004 Nov;24 (5):822-33.
21. Yun S, Chanetsa F, Kelsey A, Zhu BP: Active and passive smoking among asthmatic Missourians: implications for health education. Prev Med. 2006 Apr;42 (4):286-90.
22. Liem JJ, Kozyrskyj AL, Benoit CM, Becker AB. Asthma is not enough: continuation of smoking among parents with an asthmatic child. Can Respir J. 2007 Sep;14 (6):349-53.
23. Gibson PG, Powell H, Coughlan J, Wilson AJ, Hensley MJ, Abramson M, Bauman A, Walters EH. Limited (information only) patient education programs for adults with asthma. Cochrane Database Syst Rev. 2002;(2):CD001005
24. Gibson PG, Powell H, Coughlan J, Wilson AJ, Abramson M, Haywood P, Bauman A, Hensley MJ, Walters EH: Self-management education and regular practitioner review for adults with asthma. Cochrane Database Syst Rev. 2003;(1):CD001117.
25. Powell H, Gibson PG. Options for self-management education for adults with asthma. Cochrane Database Syst Rev. 2003;(1):CD004107.
26. Rietveld S, van Beest I, Everaerd W. Stress-induced breathlessness in asthma Psychol Med. 1999 Nov;29 (6):1359-66.
27. Rietveld S, Creer TL. Psychiatric factors in asthma: implications for diagnosis and therapy. Am J Respir Med. 2003;2 (1):1-10.
28. Lehrer PM, Karavidas MK, Lu SE, Feldman J, Kranitz L, Abraham S, Sanderson W, Reynolds R. Psychological treatment of comorbid asthma and panic disorder: A pilot study. J Anxiety Disord. 2007 Jul 7;
29. Ross CJ, Davis TM, MacDonald GF Cognitive-behavioral treatment combined with asthma education for adults with asthma and coexisting panic disorder. Clin Nurs Res. 2005 May;14 (2):131-57.
30. Brown ES, Vornik LA, Khan DA, Rush AJ: Bupropion in the treatment of outpatients with asthma and major depressive disorder. Int J Psychiatry Med. 2007;37 (1):23-8.
31. Haughney J, Fletcher M, Wolfe S, Ratcliffe J, Brice R, Partridge M. Features of asthma management: quantifying the patients perspective. BMC Pulm Med. 2007 Dec 6;7 (1):16.
32. Ståhl E. Respiratory Patients Opinions Survey (RESPONSE): market research for asthma patients in Europe. Am J Resp Crit Care Med 2002; 165: A109 [abstract]
33. Hyland ME, Ståhl E. Asthma treatment needs: a comparison of patients" and health care professionals" perceptions. Clin Ther. 2004 Dec;26 (12):2141-52.
34. Rabe KF, Vermeire PA, Soriano JB, Maier WC. Clinical management of asthma in 1999: the Asthma Insights and Reality in Europe (AIRE) study. Eur Respir J. 2000 Nov;16 (5):802-7.
35. Eisner MD, Lieu TA, Chi F, Capra AM, Mendoza GR, Selby JV, Blanc PD. Beta agonists, inhaled steroids, and the risk of intensive care unit admission for asthma. Eur Respir J. 2001 Feb;17 (2):233-40.
36. Spitzer WO, Suissa S, Ernst P, Horwitz RI, Habbick B, Cockcroft D, Boivin JF, McNutt M, Buist AS, Rebuck AS. The use of beta-agonists and the risk of death and near death from asthma. N Engl J Med. 1992 Feb 20;326 (8):501-6.
37. Donahue JG, Weiss ST, Livingston JM, Goetsch MA, Greineder DK, Platt R. Inhaled steroids and the risk of hospitalization for asthma. JAMA. 1997 Mar 19;277 (11):887-91.
38. Kuna P, Kuprys-Lipinska I: Symbicort for maintenance and reliever therapy – new quality in asthma management. Future drugs 2008, in press.

Problemy współpracy lekarz-pacjent u chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POChP)

dr n. med. Tadeusz Pietras,

Klinika Pneumonologii i Alergologii, Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. N. Barlickiego, Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

prof. dr hab. med. Piotr Kuna

Klinika Chorób Wewnętrznych Astmy i Alergii, Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. N. Barlickiego, Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Współpraca lekarza z pacjentem stanowi podstawowy warunek skuteczności diagnozy i terapii.[1,2] Relacja ta jest centralnym zagadnieniem psychologii zdrowia. Model pracy współczesnego lekarza należy uznać za biomedyczny. Lekarz bowiem dokonuje diagnozy i wdraża terapię zgodnie z obowiązującymi standardami nauk biomedycznych, opracowanymi przez grona wybitnych specjalistów z wykorzystaniem najnowszych osiągnięć nauk podstawowych i wyników kontrolowanych badań klinicznych przeprowadzonych metodą podwójnie ślepej próby.[1,2] Przyjęcie neopozytywistycznych paradygmatów leżących u źródeł pracy każdego lekarza zatraca jednak swój sens, jeśli nie uwzględni się aspektów natury psychologicznej i socjologicznej. Jednym z nich jest jakość kontaktu lekarz-pacjent. Kontakt powinien uwzględniać przynajmniej psychoedukację (wytłumaczenie choremu istoty choroby, mechanizmu objawów i zasad przyjmowania leków) oraz elementarne wsparcie psychiczne. Lekarz powinien zatem uwzględnić zmienne psychiczne pacjenta (inteligencję, temperament, osobowość, poziom lęku) i socjokulturowe (środowisko społeczne, wykształcenie, religię, sytuacje ekonomiczną).[1,2] Lekarz zatem powinien pracować raczej zgodnie z paradygmatem biopsychospołecznym, który w założeniu koncentruje się nie tylko na mechanistycznym podejściu do choroby jako zaburzenia czynności organizmu, lecz także uwzględnia zmienne psychiczne, ekonomiczne, socjologiczne i ekologiczne, w tym **współpracę z pacjentem**.[1,2] Paradygmat biopsychospołeczny upatruje zjawiska patologiczne nie tylko w zjawiskach biomedycznych, lecz także w czynnikach środowiskowych, kulturowych i wewnątrzrodzinnych.[1,2] Z punktu widzenia tego paradygmatu choroba jednego członka rodziny stanowi zaburzenie całego systemu rodzinnego i mikrośrodowiska, w którym żyje pacjent. Terapia powinna zatem obejmować zmiany w systemie funkcjonowania całej rodziny nuklearnej* chorego.[1,2]

Kolejną ważną zmienną wpływającą na relację lekarz-pacjent jest stan psychiczny leczącego.[1,2] Osobowość lekarza, stopień wypalenia zawodowego i motywacja wpływają na jakość relacji lekarz-pacjent. Z tego względu tak ważna wydaje się nie tylko wiedza fachowa lekarza, lecz również jego umiejętności komunikacyjne, stopień empatii, motywacja autoteliczna (wewnętrzna), motywacja instrumentalna (wynagrodzenie za pracę) i warunki pracy.[1,2] Najbardziej niekorzystnym zjawiskiem w pracy lekarza jest wypalenie zawodowe,[3] które z jednej strony szkodzi opiece lekarskiej i pacjentowi, z drugiej zaś jest niebezpieczne dla samego lekarza jako czynnik ryzyka depresji, zaburzeń lękowych i samobójstw.[4] Lekarze czynnie pracujący zawodowo są narażeni na zwiększony poziom stresu, co skutkuje depresją i zaburzeniami lękowymi oraz skłonnością do samobójstw.[4] Lekarze żyją też krócej niż przeciętny obywatel w danej populacji kraju zachodniego.

Relacja lekarz-pacjent jako złożona relacja społeczna jest kluczowym elementem terapii

(*najbliższa rodzina, złożona z rodziców i dzieci)

przewlekle chorego, w tym chorego na przewlekłą obturacyjną chrobę płuc.

Problemy psychiczne pacjenta chorego na POChP a współpraca lekarz-pacjent

Przewlekła obturacyjna choroba płuc jest postępującą jednostką chorobową i prowadzi do poważnych powikłań, takich jak niewydolność oddechowa, prawokomorowa niewydolność serca, zaostrzenia infekcyjne i poliglobulia.[5] Leczenie polega na spowalnianiu choroby, poprawianiu jakości życia, walki z objawami (leczenie syndromolityczne), a w końcowym etapie na opiece paliatywnej nad nieuleczalnie i ciężko chorym człowiekiem.[6] Pacjenci z POChP zmagają się z brakiem tolerancji jakiegokolwiek wysiłku, dusznością o charakterze ciągłym, zaostrzeniami infekcyjnymi, powikłaniami terapii, niewydolnością serca.[6] Skutkiem ciężkiego cierpienia w przebiegu POChP jest częsta w tej grupie chorych depresja,[7,8,9] zaburzenia lękowe[7,8,9] oraz bardzo niska jakość życia.[7,8,9] Należy podkreślić, ze badania jednoznacznie wykazały, że jakość życia zmniejsza się już w stopniu 0 POChP według kryteriów GOLD.[9] W stopniu 0 zadowalającą jakość życia ma tylko 33 % pacjentów, podczas gdy w grupie kontrolnej złożonej z osób zdrowych zbliżonej wiekiem do grupy badanej – aż 80%.[9]

Warunkiem skutecznej terapii przewlekłej obturacyjnej choroby płuc jest regularne przyjmowanie leków zgodne z zaleceniami lekarza (termin angielskojęzyczny: compliance),[10,11] dostosowane do stanu pacjenta i jego umiejętności poznawczych, wsparcie elementarne uzyskane od lekarza prowadzącego oraz rehabilitacja.[10,11]

Warunkiem dobrej współpracy lekarz-pacjent jest właściwie prowadzona psychoedukacja, czyli wyjaśnienie choremu istoty objawów, przyczyn, sposobów radzenia sobie z nimi i zasadności przyjmowania określonych leków, co wykazano w kontrolowanych badaniach klinicznych.[12,13] Psychoedukacja zakłada dobra współpracę z obu stron. Lekarz musi mieć czas, cierpliwość i umiejętności komunikacyjne.[14] Musi tez dostosować poziom prezentowanej wiedzy do inteligencji pacjenta, jego wiedzy i zasobów poznawczych.[14] Chory musi mieć zaufanie do lekarza i medycyny konwencjonalnej, ale również, podobnie jak lekarz, umiejętność aktywnego słuchania.[15,16,17] Ważnym elementem współpracy jest jej ciągłość, czyli zawarcie pewnego kontraktu terapeutycznego pomiędzy obiema stronami.[1,2,3] Kolejnym elementem obustronnego zadowolenia z wyników współpracy jest dobry dobór leków stosowanych w przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc, które poprawiają jakość życia i przez to wzmacniają zaufanie pacjenta względem lekarza. W chwili obecnej medycyna dysponuje dość dobrymi lekami poprawiającymi jakość życia, jak choćby β_2-mimetyki krótko- i długodziałające, wziewne cholinolityki czy przewlekle stosowane kortykosteroidy (wziewnie lub doustnie, w odpowiednich dawkach terapeutycznych). W przypadku ciężkiej depresji u chorego warto zasięgnąć opinii specjalisty psychiatry, choć do tej pory nie opracowano standardów leczenia zaburzeń depresyjnych i zaburzeń lękowych u chorych na POChP.[18] Jest to problem ważny, ponieważ ok. 30% chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc cierpi z powodu depresji.[18]

Problemy ze strony lekarza zajmującego się chorym na POChP w aspekcie kontaktów lekarz-pacjent

Podstawową umiejętnością każdego człowieka jest przekazywanie komunikatu. Zależy ono od dwóch podstawowych kompetencji psychicznych człowieka – językowej i komunikacyjnej.[17] Kompetencja językowa polega na sprawnym posługiwaniu się językiem prymarnym, na opanowaniu jego reguł syntaktycznych, semantycznych, prozodycznych i dyskursywnych. Kompetencja komunikacyjna polega na zdolności do nawiązywania kontaktów interpersonalnych i przekazaniu informacji za pomocą komunikatów werbalnych i pozawerbalnych. Podstawowym problemem w kontaktach lekarz-pacjent, w tym kontakcie lekarz-pacjent z POChP, są trudności komunikacyjne i emocjonalne w układzie leczony-leczący.

Diagnoza choroby polega na przypisaniu zespołu fenomenów chorobowych u konkretnego pacjenta do określonej w klasyfikacjach dobrze zdefiniowanej jednostki nozologicznej, jaką jest POChP. Jednostka ta stanowi ściśle wyodrębnioną nomotetyczną klasę kategorialną o precyzyjnie określonych granicach, wyznaczonych przez kryteria GOLD. Do rozpoznania choroby wystarczają nie tylko kryteria kliniczne uzyskane przez lekarza na podstawie badania przedmiotowego i podmiotowego, lecz również badania pracowniane (spirometria). Analiza ta, z punktu widzenia psychologii poznawczej, polega na selektywnym wyodrębnieniu ważnych diagnostycznie danych wejściowych, nazwanych danymi aktywującymi, przy równoległym pomijaniu innych informacji, uznanych za nieistotne. Dane te porównuje się z kryteriami nozograficznymi rozpoznania choroby. Lekarz następnie stawia roboczą hipotezę diagnostyczną.[19,20] Hipotezy tę weryfikuje kilkakrotnie za pomocą pytań weryfikujących (ponowna analiza, ponowna hipoteza diagnostyczna) i badań pracownianych. Dopiero sekwencyjna i kilkukrotna weryfikacja kilku hipotez metodą analizy informacji i nowych danych aktywujących, uzyskanych za pomocą badań pracownianych, pozwala na przypisanie chorego do kategorii „POChP". Wybór kategorii determinuje wybór terapii zgodnej ze standardami zawartymi w GOLD. Odstępstwa od postępowania według standardu powinny być wyraźnie uzasadnione, np. współwystępowaniem innych chorób.[19,20]

Trudności komunikacyjne mogą wystąpić z powodu niezrozumienia terminów lekarskich przez pacjenta, niezdolności do wykonania np. spirometrii, niejasnych wypowiedzi chorego z powodu duszności i lęku towarzyszącego chorobie, zrezygnowania i zniechęcenia u chorego czy niskiego ilorazu inteligencji. Ze strony lekarza, dla którego terminy specjalistyczne są oczywiste, może wystąpić nieczytelność komunikatu (jego niezrozumiałość dla chorego), zniecierpliwienie i nadmierny dystans terapeutyczny. Dystans ten jest jednak potrzebny, bowiem lekarz jako centrum decyzyjne procesu terapeutycznego musi podejmować racjonalne decyzje. Nadmierne zaangażowanie (np. leczenie rodziny) może wiązać się z nieracjonalnością diagnozy i terapii oraz z moż-

liwością popełnienia błędu. Nadmierny dystans terapeutyczny zniechęca chorego, a połączony z brakiem czasu i pośpiechem może doprowadzić do braku zaufania ze strony pacjenta, niestosowania się do zaleceń i w rezultacie do nieskutecznej terapii.[21] Sukcesem prawidłowo prowadzonej terapii przez lekarza jest stosowanie się do zaleceń i spowolnienie procesu chorobowego oraz poprawa jakości życia. W chwili obecnej – przy dostępności dużej oferty farmakoterapii, tlenoterapii domowej i leczenia prawokomorowej niewydolności serca – większość całkowitych niepowodzeń leczenia należy przypisać zaburzonej komunikacji układu lekarz-pacjent.

Podsumowanie

Kontakt lekarz-pacjent stanowi szczególnie ważny element diagnozy i terapii przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Warunkiem dobrego leczenia jest stosowanie się pacjenta do zaleceń lekarza (compliance). Zależą one od prawidłowego przekazu komunikatów werbalnych i pozawerbalnych oraz zrównoważonej komunikacji emocjonalnej pomiędzy lekarzem a pacjentem. Wymaga to jednak nabycia przez lekarzy profesjonalnych umiejętności rozmowy z chorym. Wiąże się to jednak w przyszłości z większym naciskiem na blok przedmiotów psychologicznych w toku studiów medycznych. W chwili obecnej umiejętności komunikacyjne zależą od wrażliwości lekarza na problemy pacjenta, doświadczenia i intuicji w kontaktach interpersonalnych.

Adres do korespondencji:
dr n. med. Tadeusz Pietras,
Klinika Pneumonologii i Alergologii, Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. N. Barlickiego, Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
ul. Kopcińskiego 22, 90-153 Łódź
tel. (42) 677 66 99; e-mail: cital200@wp.pl

prof. dr hab. med. Piotr Kuna
Klinika Chorób Wewnętrznych Astmy i Alergii, Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. N. Barlickiego, Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
ul. Kopcińskiego 22, 90-153 Łódź
tel. (42) 677 67 77; e-mail: pkuna@bg.p.lodz.pl

Piśmiennictwo

1. Heszen I, Sek H. Psychologia zdrowia. Wydawnictwo naukowe PWN, Warszawa 2007.
2. Sęk H. Psychologia kliniczna. Wydawnictwo naukowe PWN, Warszawa 2007
3. Sęk H, Cieślak R. Wsparcie społeczne stres i zdrowie. Wydawnictwo naukowe PWN, Warszawa 2005.
4. Tyssen R. Health Problems and the Use of Health Services among Physicians: A Review Article with Particular Emphasis on Norwegian Studies. Ind Health 2007;45 (5):599-610.
5. Mannino DM, Watt G, Hole D, et al. The natural history of chronic obstructive pulmonary disease. Eur Respir J 2006;27 (3):627-43.
6. Grimes GC, Manning JL, Patel P, et al. Medications for COPD: a review of effectiveness. Am Fam Physician 2007;76:1141-8.
7. Wilson I. Depression in the patient with COPD. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis 2006;1 (1):61-4.
8. Coventry PA, Hind D. Comprehensive pulmonary rehabilitation for anxiety and depression in adults with chronic obstructive pulmonary disease: Systematic review and meta-analysis. J Psychosom Res 2007;63:551-65.
9. Fan VS, Ramsey SD, Giardino ND, et al. Sex, depression, and risk of hospitalization and mortality in chronic obstructive pulmonary disease. Arch Intern Med 2007;167 (21):2345-53.
10. Make BJ. Chronic obstructive pulmonary disease: developing comprehensive management. Respir Care 2003;48 (12):1225-34.
11. Caramori G, Bettoncelli G, Carone M, Degree of control of physician-diagnosed asthma and COPD in Italy.: Monaldi Arch Chest Dis 2007;67 (1):15-22.
12. Kunik ME, Veazey C, Cully JA, et al. COPD education and cognitive behavioral therapy group treatment for clinically significant symptoms of depression and anxiety in COPD patients: a randomized controlled trial. Psychol Med 2007;9:1-12.
13. Coventry PA, Hind D. Comprehensive pulmonary rehabilitation for anxiety and depression in adults with chronic obstructive pulmonary disease: Systematic review and meta-analysis. J Psychosom Res 2007;63 (5):551-65.
14. Brown RF, Bylund CL. Communication Skills Training: Describing a New Conceptual Model. Acad Med 2008;83 (1):37-44.
15. Agryle M. Psychologia stosunków międzyludzkich. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1999.
16. Nęcki Z. Komunikacja międzyludzka. Oficyna Wydawnicz Drukarnia ANTYKWA s.c., Kraków 2000.
17. Kurcz I. Psychologia języka i komunikacji. Wydanie nowe. Wydawnictwo naukowe SCHOLAR, Warszawa 2005.
18. Ahmed K, Kelshiker A, Jenner C. The screening and treatment of undiagnosed depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in a general practice. Prim Care Respir J 2007;16 (4):249-51.
19. Białasiewicz P. Myślenie (rozumowanie) kliniczne – w ujęciu jakościowym i ilościowym. W: Grabski W, Nowak D. Przewodnik do ćwiczeń z praktycznego nauczania medycyny klinicznej. Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Łódź 2007, 51-57.
20. Pietras T. Umiejętności porozumiewania się z pacjentem. W: W: Grabski W, Nowak D. Przewodnik do ćwiczeń z praktycznego nauczania medycyny klinicznej. Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Łódź 2007;7-10.
21. Yohannes AM. Palliative care provision for patients with chronic obstructive pulmonary disease. Health Qual Life Outcomes 2007;5:17

Współpraca chorych w leczeniu zaburzeń psychicznych

prof. dr hab. med. Marek Jarema

III Klinika Psychiatryczna Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

dr hab. med. Joanna Meder

Klinika Rehabilitacji Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Brak współpracy chorego w leczeniu jest problemem ogólnomedycznym. We wszystkich dziedzinach medycyny zdarza się, że chorzy albo nie współpracują wcale, albo współpraca jest daleka od ideału. Szacuje się że mniej niż 50% chorych z zaburzeniami psychicznymi stosuje się do zaleceń lekarskich odnośnie przyjmowania leków.[1]

Składa się na to wiele przyczyn, zależnych od kilku grup czynników. Trudno ustalić, które z tych czynników odgrywają wiodącą rolę w kształtowaniu postaw chorych wobec leczenia (a co za tym idzie – mają duży wpływ na współpracę), dlatego wymieniono je poniżej bez przestrzegania rangi:

- charakter choroby (przewlekłość, dokuczliwość objawów, ryzyko dla życia – chociażby w potocznym mniemaniu, ryzyko hospitalizacji)
- rodzaj leczenia (uciążliwość dla chorego, forma, system dawkowania, profil działań niepożądanych leku, ryzyko politerapii i polipragmazji, konieczność stosowania leków korygujących objawy niepożądane, długotrwałość leczenia)
- postawa chorego wobec choroby i leczenia (zrozumienie potrzeby przewlekłej terapii, akceptacja choroby, zdolność do znoszenia niedogodności związanych z leczeniem)
- postawa chorego wobec lekarza/terapeuty (uznanie autorytetu, gotowość do współpracy i przyjmowania argumentów medycznych)
- postawa lekarza (dostępność pomocy, dobry kontakt terapeutyczny, empatia).

Jak wspomniano, czynniki te mają charakter uniwersalny, tzn. dotyczą wszystkich chorób, jednak niektóre z tych czynników, szczególnie te zależne od postrzegania własnej choroby i potrzeby leczenia, mogą w przypadku zaburzeń psychicznych odgrywać szczególną rolę w kształtowaniu współpracy. W potocznym ujęciu problemu pacjent, który nie uważa swych problemów za wynikające z choroby, nie jest oczywiście skłonny do przyznania, że powinien poddać się leczeniu. Idąc dalej tym torem rozumowania należałoby oczekiwać, że współpraca w leczeniu chorych z zaburzeniami psychicznymi jest – oględnie mówiąc – niesatysfakcjonująca. O tym, czy rzeczywiście tak jest, przekonują nas wyniki badań.

Problem oceny współpracy chorych w leczeniu

Jednym z najistotniejszych problemów, z jakimi spotykamy się, próbując ocenić współpracę chorych w leczeniu, jest trudność w pomiarze tego zjawiska. Współpracy nie da się zmierzyć tak jak ciśnienie krwi czy temperaturę ciała. W związku z tym oceny współpracy chorych w leczeniu można dokonać jedynie pośrednio, dzięki zastosowaniu różnych technik. Najczęściej są to:

- wywiad lub stosowanie kwestionariuszy oceny zebranych od chorego lub jego najbliższych
- informacje od personelu medycznego
- oznaczenie stężenia leku we krwi chorego
- analiza efektów działania leku i wnioskowanie na tej podstawie o przyjmowaniu leku
- liczenie leków (np. tabletek, które pacjent powinien przyjąć w określonym czasie)
- kontrola realizacji recept
- stosowanie urządzeń rejestrujących otwarcie pojemnika z lekami.

Żadna z tych technik nie jest doskonała. Ocena współpracy na podstawie relacji chorych pozostawia wiele do życzenia jako metoda wysoce subiektywna. Nawet wprowadzenie informacji od osób bliskich choremu nie eliminuje elementu subiektywizmu, a zatem nie chroni przed niedoskonałością oceny. Ogólny zarzut stawiany tego typu ocenie to zbyt duży margines błędu – uważa się, że duża część chorych nie przyznaje się do niepełnej współpracy, czyli liczba chorych uznanych za współpracujących będzie w tym przypadku zawyżona. Relacje osób bliskich choremu są cennym źródłem informacji o tym, w jakim stopniu chory stosuje się do zaleceń lekarskich w przedmiocie zalecanego leczenia. Nie

powinno się jednak bezkrytycznie przyjmować wszelkich informacji od rodziny chorego, gdyż relacje takie mogą nie być w pełni obiektywne. Osoby bliskie mogą bowiem być niezorientowane w sytuacji chorego i podawać informacje, które wydają się im prawdziwe. Nie można wykluczyć też pewnych niezgodności oceny osób bliskich z rzeczywistym poziomem współpracy, wynikających np. z niekorzystnych relacji między chorym a jego rodziną.

Pewną odmianą oceny współpracy w leczeniu opartą na informacji od chorego jest próba monitorowania przyjmowania leków poprzez przypominanie mu o tym. Może to przebiegać w ten sposób, że chory otrzymuje sygnał (np. zegar, telefon), który oznacza, że nadszedł czas przyjęcia leku. Monitorowanie może polegać i na tym, że lekarz (terapeuta, pielęgniarka, inna osoba uprawniona) dzwoni do chorego i pyta, czy przyjął lek. Oczywiście, taka metoda wymaga zaangażowania odpowiedniego personelu, co podnosi jej koszt.

Pomiar stężenia leku we krwi wydaje się być idealnym sposobem weryfikacji przyjmowania leku przez chorego. Niestety, i ta metoda ma swoje wady. Po pierwsze jest kosztowna i rzadko kiedy udaje się otrzymać wynik badania w miarę szybko. Częściej zdarza się, że laboratorium dążąc do obniżenia kosztów kumuluje próbki krwi i dokonuje badania, gdy zbierze odpowiednią ilość próbek. Większą trudność sprawia fakt, że nierzadko stężenie leku w surowicy nie odpowiada stężeniu terapeutycznemu. Ocena np. stężenia leków normotymicznych w surowicy (np. litu czy walproinianów) ma uzasadnienie, gdyż właściwe działanie tych leków zależy bezpośrednio od ich stężenia we krwi, natomiast stężenie niektórych neuroleptyków nie przekłada się bezpośrednio na ich efekt kliniczny.

W praktyce często wnioskujemy o współpracy chorego w przyjmowaniu leków na podstawie oceny tolerancji tych leków. Sposób ten opiera się na prostym założeniu: jeżeli chory doznaje objawów niepożądanych, to znaczy, że leki przyjmuje. W rzeczywistości jednak takie postępowanie obarczone jest dużym błędem, zakłada bowiem, że nieodłącznym wykładnikiem działania leku są objawy niepożądane. W psychiatrii okres zaraz po wprowadzeniu leków neuroleptycznych (w latach 50-tych i 60-tych) panowało przekonanie, że lek działa tylko wtedy, gdy wywołuje objawy niepożądane, najczęściej pozapiramidowe. Dawkę leku zwiększano aż do wystąpienia objawów niepożądanych i dopiero taką oceniano jako właściwą, czyli „działającą". Nie trzeba tłumaczyć, że takie postępowanie jest obecnie niedopuszczalne chociażby z tego powodu, iż powszechnie uważa się, że objawy niepożądane stanowią istotne zagrożenie dla chorego, utrudniają terapię i znacznie pogarszają współpracę. Poza tym nowoczesna farmakoterapia zaburzeń psychicznych za swój główny cel przyjmuje skuteczność wobec objawów zaburzeń psychicznych osiąganą bez zbędnych objawów nietolerancji. Przykładem takiej tendencji jest np. fakt, że cała grupa leków przeciwpsychotycznych II generacji charakteryzuje się m.in. lepszą tolerancją niż neuroleptyki klasyczne.

Kontrola ilości wydawanych tabletek i liczenie tabletek, które pacjent zwraca, też jest dalekie od ideału. Teoretycznie jeżeli pacjent nie przyjmuje leku, to przy następnej wizycie powinien wskazać liczbę tabletek, które mu w opakowaniu zostały. W praktyce jednak nie wiemy, czy pacjent leki zażył, czy też np. wyrzucił. Inna forma mechanicznej kontroli przyjmowania leku to instalowanie elektronicznych urządzeń wewnątrz opakowania. Za każdym razem, gdy pacjent otwiera opakowanie, fakt ten jest rejestrowany elektronicznie. Ale nie oznacza to, że pacjent lek zażył, a jedynie że otworzył opakowanie.

Równie ułomnym sposobem oceny współpracy przy leczeniu jest kontrola realizacji recept w aptekach. Trzeba jasno stwierdzić, że nie leży to w kompetencji zespołów terapeutycznych, a raczej w kompetencji nadzoru farmaceutycznego czy funduszu zdrowia, dlatego ta forma oceny współpracy w leczeniu jest rzadko stosowana.

Specyfika zaburzeń psychicznych a współpraca chorych w leczeniu

Jak wspomniano, pozornie tylko można przypuszczać, że chorzy z zaburzeniami psychicznymi są grupą najgorzej współpracującą w leczeniu. Takie dość popularne przekonanie wynika z obiegowej opinii, że większość chorych z zaburzeniami psychicznymi nie ma poczucia choroby, a zatem nie widzi potrzeby leczenia. Opinia ta nie znajduje potwierdzenia w praktyce. Błędem jest traktowanie wszystkich chorych cierpiących na zaburzenia psychiczne jako jedną grupę pacjentów. Np. chorzy na schizofrenię różnią się bardzo istotnie od chorych z zaburzeniami lękowymi zarówno pod względem rodzaju objawów, jak i postaw wobec choroby oraz leczenia. Z tego względu problem współpracy w leczeniu chorych z zaburzeniami psychicznymi należy omawiać w odniesieniu do konkretnych rodzajów zaburzeń. Etykietowanie chorych z zaburzeniami psychicznymi jako bezkrytycznych wobec swoich problemów zdrowotnych jest przyczyną stygmatyzacji, jaka dotyka dużą grupę pacjentów psychiatrycznych. Utrudnia ona integrowanie chorych ze swoim środowiskiem, sprzyja postawom wykluczającym i tendencjom do izolacji oraz pogłębia niezrozumienie ich problemów. To z kolei wzmacnia przekonanie chorych, że są grupą niezasługującą na pomoc i zainteresowanie otoczenia, że są postrzegani jako dziwni, niezrozumiali, często niebezpieczni. Pośrednią konsekwencją takiej sytuacji jest fakt, że czasami chorzy z zaburzeniami psychicznymi wstrzymują się z poszukiwaniem pomocy, nie chcą korzystać z porad psychiatry i odrzucają perspektywę leczenia.

Schizofrenia i zaburzenia urojeniowe

Jest jedną z częstszych, a na pewno jedną z poważniejszych chorób psychicznych. W obrazie schizofrenii mieszczą się takie objawy jak brak poczucia choroby oraz przekonanie, że doznania psychotyczne są prawdziwe i dotyczą realnego świata. Z tego względu chorzy na schizofrenię często demonstrują brak wglądu w chorobę, nazywany potocznie bezkrytycyzmem. Jedną z konsekwencji tego stanu jest brak poczucia potrzeby poddania się terapii, dlatego chorzy na schizofrenię często nie współpracują przy leczeniu, choć błędem jest twierdzenie, iż brak współpracy

jest charakterystyczny dla osób cierpiących na tę chorobę. Brak współpracy jest wiodącą przyczyną pogorszenia stanu psychicznego lub nawrotów zaburzeń psychotycznych.[2]

Dowodzą tego wyniki badania ankietowego, przeprowadzonego wśród 2009 chorych na schizofrenię, 1791 członków ich rodzin oraz 203 lekarzy psychiatrów. Pytania dotyczyły współpracy chorych na schizofrenię w leczeniu.[3] Wynika z niego, że 85% chorych na schizofrenię deklarowało regularne przyjmowanie leków, co potwierdzało 73% członków ich rodzin. Ponad połowa chorych przyznała, że okazjonalnie zdarza im się zapomnieć o przyjmowaniu leków. Blisko połowa (47%) badanych chorych na schizofrenię samowolnie przerwała leczenie, a 25% chorych twierdziło, że brało leki tylko wtedy, gdy czuło się chorymi. Jednocześnie niemal połowa ankietowanych chorych przyznała, że codzienne przyjmowanie leków jest dla nich uciążliwe. Podobnego zdania było 57% pytanych o to psychiatrów, a 59% psychiatrów uznało, że ich pacjenci przerywają leczenie, gdy poczują się lepiej. Wśród członków rodzin osób chorych na schizofrenię aż 53% uznało, że chorzy samowolnie przerywają leczenie, a 30% podało, że chorzy ukrywają przed nimi swój negatywny stosunek do leków i leczenia. Widać więc, że odpowiedź na pytanie o odsetek współpracujących przy leczeniu pacjentów ze schizofrenią nie jest łatwa. W piśmiennictwie można znaleźć dane szacunkowe. Odsetek chorych na schizofrenię, którzy w jakimś momencie choroby przestają podporządkowywać się zaleceniom lekarskim, szacowany jest przez Seo i Min na 65,8%.[4]

W cytowanym badaniu 89% chorych deklarowało zrozumienie korzystnego wpływu leków na ich stan psychiczny. W konfrontacji z danymi dotyczącymi odsetka współpracujących w leczeniu, przerywających leczenie lub „zapominających" o wzięciu leku dane te należy traktować ostrożnie. Wydaje się, że – podobnie jak w przypadku deklaracji chorych o pełnej współpracy przy przyjmowaniu leków – jakaś w miarę obiektywna forma weryfikacji takiego stwierdzenia powinna być bardzo pomocna.

Jednym z najpoważniejszych skutków złej współpracy w leczeniu jest pogorszenie stanu chorego oraz ryzyko nawrotu w schizofrenii. Świadomość tego faktu była udziałem 66% badanych przez nas chorych na schizofrenię.

Można przyjąć, że współpraca chorych w leczeniu jest lepsza, gdy skuteczność leczenia jest łatwa do zauważenia przez chorego i jego otoczenie, a tolerancja leku jest dobra. Szczególnie istotne znaczenie praktyczne ma ten drugi aspekt, gdyż wprowadzenie do leczenia nowych leków przeciwpsychotycznych (tzw. II generacji – LPIIG) poskutkowało m.in. poprawą współpracy chorych w przyjmowaniu tych preparatów. Do dziś uważa się, że korzystne postawy pacjentów wobec leczenia LPIIG są jednym z podstawowych powodów dla szerszego stosowania tych leków.[3] W badaniach Hassana i wsp.[5] współpraca w leczeniu przeciwpsychotycznym oceniona została lepiej, gdy chorzy przyjmowali risperidon, olanzapinę czy kwetiapinę niż gdy otrzymywali klasyczne neuroleptyki. Autorzy ocenili, że zainicjowanie leczenia risperidonem skutkowało o 23,6% lepszą współpracą chorych niż rozpoczęcie terapii lekami klasycznymi.

Jednym ze sposobów poprawy współpracy chorych w leczeniu przeciwpsychotycznym jest stosowanie leków o przedłużonym działaniu. Leczenie takie zapewnia w miarę stabilne stężenie leku, uniezależniając je od zażycia lub pominięcia codziennej dawki przez pacjenta.

Z tego względu terapia lekami o przedłużonym działaniu stwarza szanse na lepszą i dłuższą poprawę. Dzięki kumulowaniu się zalet leku II generacji i leku o przedłużonym działaniu uzyskuje się możliwość bardziej skutecznego oddziaływania terapeutycznego u chorych na schizofrenię.

Nawet krótka interwencja zmierzająca do edukacji chorych i zwiększenia ich motywacji do leczenia odnosi sukcesy w poprawie współpracy, źle rokuje natomiast m.in. współistnienie zaburzeń osobowości i nadużywanie przez chorych substancji psychoaktywnych.[2]

Psychoedukacja określana jest jako korzystanie z metod, technik i programów edukacyjnych mające na celu ułatwienie powrotu do zdrowia lub minimalizowanie skutków choroby czy niepełnosprawności.[6] Oddziaływania psychoedukacyjne oznaczają zatem dostarczanie wiedzy oraz wykorzystywanie strategii terapeutycznych w celu zwiększania umiejętności i poprawy funkcjonowania osób chorych na schizofrenię. Zajęcia psychoedukacyjne odnoszą się do indywidualnych historii i angażują pacjentów na poziomie poznawczym oraz emocjonalnym. W literaturze przedmiotu podkreśla się, że edukacja nie polega jedynie na dostarczaniu informacji, lecz jest interaktywnym procesem, który zawiera elementy strategii psychoterapeutycznych. McGorry[7] wyszczególnił cele psychoedukacji dotyczącej osób w stanie wczesnej psychozy. Są to:

- włączenie przez pacjenta doświadczeń chorobowych w jego sposób interpretacji świata
- rozwój subiektywnych i obiektywnych strategii służących uzyskaniu kontroli nad psychozą i jej skutkami
- ochrona obrazu samego siebie przed negatywnymi zmianami, jakie niesie ze sobą psychoza, dotyczącymi pełnionych ról społecznych, relacji interpersonalnych i planów na przyszłość.

Psychoedukacja jest różnie definiowana: od szerokiego zakresu wszelkich oddziaływań terapeutycznych związanych z dostarczaniem informacji o chorobie (w tym zajęć treningowych), poprzez podejścia nastawione na specyficzne cele: zapobieganie nawrotom, poprawę współpracy.[8] Wiąże się to z różnym zakresem tematycznym i sposobami prowadzenia zajęć

Zaburzenia afektywne

Podobnie jak w przypadku chorych na schizofrenię, których obiegowa opinia określa jako generalnie niewspółpracujących przy leczeniu, w przypadku zaburzeń afektywnych (a szczególnie depresji) jesteśmy skłonni uznać, że chorzy ci chętnie się leczą, a więc lepiej współpracują w leczeniu. Także i w tym przypadku pozornie logiczne założenie niekoniecznie odpowiada prawdzie. Silne poczucie choroby, smutek, anhedonia i niska samoocena często bywają przyczyną, dla której chorzy na depresję szukają pomocy i poddają się leczeniu. Należy jednak pamiętać, że jednym z największych

niebezpieczeństw związanych z depresją są myśli i tendencje samobójcze, a chorzy ich doznający nie szukają wtedy pomocy lekarskiej i leczenia. Uznawanie chorych na depresję za grupę pacjentów dobrze współpracujących może więc przynieść przykre niespodzianki. Zdarza się, że pacjenci sami deklarują chęć leczenia i przyjmowania leków zgodnie z zaleceniami, aby uśpić czujność lekarza czy osób bliskich i zrealizować zamiar samobójczy. Ogólnie jednak można przyjąć, że problem współpracy w leczeniu jest przez lekarzy marginalizowany w przypadku sprawowania opieki nad chorymi na depresję. Przyczyną tego po części jest fakt, że w początkowej fazie leczenia przeciwdepresyjnego chorzy dość chętnie biorą leki i niecierpliwie czekają na efekt ich działania. Z chwilą poprawy samopoczucia i zniknięcia przykrych objawów depresji pacjenci zapominają o złych doświadczeniach, a ich gotowość do stosowania leków według lekarskich zaleceń maleje. Bywa, że w okresie poprawy chorzy odstawiają leki bez porozumienia z lekarzem, uznając, że nie są już potrzebne. Chory w okresie poprawy i leczenia podtrzymującego w depresji jest szczególnie podatny na pokusy zaprzestania stosowania się do zaleceń dotyczących leczenia, gdyż znika podstawowy czynnik motywujący – przykre objawy depresyjne. Leczenie farmakologiczne depresji powinno trwać odpowiednio długo (przynajmniej kilka miesięcy), a profilaktyka depresyjnych zaburzeń nawracających opiera się na długotrwałym stosowaniu leków przeciwdepresyjnych. Można sobie wyobrazić, jak trudno jest żądać od chorego, któremu minęła depresja i który czuje się obecnie dobrze, aby przyjmował leki przeciwdepresyjne mimo dobrego samopoczucia. Jeszcze trudniej jest to wyegzekwować wtedy, gdy leki przeciwdepresyjne są przez chorego źle tolerowane. Dzieje się tak w przypadku stosowania klasycznych leków trójpierścieniowych, cechujących się występowaniem niekorzystnych objawów ubocznych (suchość w jamie ustnej, tachykardia, zaburzenia widzenia, perystaltyki, niepokój itp.). Oczywiście, także nowe leki przeciwdepresyjne – np. selektywne inhibitory wychwytu serotoniny (SSRI) czy leki o podwójnym mechanizmie działania (NaSRI) – nie są wolne od przykrych objawów ubocznych. Wiadomo, że jedną z głównych przyczyn samowolnego odstawiania leków z tych grup są dysfunkcje seksualne, dlatego współpraca w terapii tymi lekami zależy od ich tolerancji.[9] Samowolne odstawienie leków przeciwdepresyjnych ma też inny poważny aspekt: w przypadku niektórych leków mogą wystąpić objawy odstawienne (niepokój, chwiejność emocjonalna, zawroty i bóle głowy, zaburzenia snu, drażliwość, parestezje). Obecność i nasilenie tych objawów zależą od długości leczenia, wielkości dawki i profilu działania farmakologicznego leku. Np. wyraźnych objawów odstawiennych można oczekiwać przy nagłym odstawieniu paroksetyny, a bardzo nieznacznych – fluoksetyny.[9]

W praktyce klinicznej problemem jest tzw. depresja oporna na leczenie. Należy pamiętać, że najczęstszymi przyczynami nieskuteczności leczenia zaburzeń afektywnych są: czynniki genetyczne, niewłaściwe rozpoznanie, niewłaściwie dobrane leczenie, brak współpracy w leczeniu i stres.[10] Z tego względu m.in. poprawę współpracy chorych w przyjmowaniu leków wymienia się jako jeden z najbardziej skutecznych kierunków działania w zaburzeniach afektywnych opornych na leczenie.[11]

Współistnienie zaburzeń somatycznych i depresji ma określony negatywny wpływ na współpracę chorych w leczeniu. Np. wśród 879 chorych na cukrzycę typu II, depresję stwierdzono u 19%, a izolowane objawy depresyjne u kolejnych 66,5%. Ustalono, że chorzy z rozpoznaną depresją (lub tacy, u których występują tylko pojedyncze objawy depresyjne) gorzej współpracują w leczeniu cukrzycy, w tym w przestrzeganiu diety, monitorowaniu stężenia glukozy i przyjmowaniu leków.[12]

Spośród czynników wpływających niekorzystnie na współpracę chorych w farmakologicznym leczeniu depresji wymienia się fakt, że depresja jest leczona przez lekarzy innych specjalności, a nie psychiatrów. Szacunkowo 18% chorych na depresję na początku leczenia nie zastosowało się do zaleceń lekarza ogólnego, a 13% – do zaleceń psychiatry. Po 6 miesiącach leczenia odsetki te stanowiły odpowiednio 53% chorych i 49% chorych. Innymi predyktorami gorszej współpracy były młodszy wiek chorych oraz przyjmowanie przez nich leków przeciwbólowych.[13]

Spośród czynników, które znacząco pogarszają współpracę chorych w leczeniu, jest nadużywanie substancji psychoaktywnych. W badaniach Manwani i wsp.[14] u chorych na chorobę afektywną dwubiegunową współpracę w przyjmowaniu leków normotymicznych oceniono na 82,5% chorych. U chorych jednocześnie nadużywających substancji psychoaktywnych odsetek ten był mniejszy i wynosił 65,5%.

Podsumowanie

Problem współpracy w leczeniu chorych z zaburzeniami psychicznymi, jest zjawiskiem o podobnym zasięgu jak w innych grupach chorych. Specyfika współpracy chorego w leczeniu zaburzeń psychicznych może dotyczyć tych stanów, w których zmniejszony krytycyzm chorobowy jest istotną częścią obrazu klinicznego. Wyniki badań dowodzą, że odsetek chorych niewspółpracujących jest podobny u chorych np. na schizofrenię czy depresję.

Ważną grupą czynników, które wpływają na współpracę w leczeniu chorych z zaburzeniami psychicznymi, są relacje z lekarzem (terapeutą) oraz wsparcie ze strony osób bliskich. Czynniki te rzadko są jednak przedmiotem dociekań naukowych, ponieważ są trudne do zmierzenia i wysoce subiektywne. Pewne jest jednak, że odpowiednio nawiązany kontakt terapeutyczny, zaniechanie protekcjonalnej postawy, traktowanie chorego jako współuczestnika w procesie leczenia oraz szczegółowe omówienie z nim i jego rodziną planu terapeutycznego skutkują z reguły wyraźną poprawą współpracy. Odnosi się to zresztą nie tylko do chorych z zaburzeniami psychicznymi, ale do wszystkich chorych. W pełni uzasadnione jest więc twierdzenie, że problem współpracy ma charakter uniwersalny i ogólnomedyczny. Błędem jest bowiem zakładanie, że chory somatycznie nie wymaga rozmów, wsparcia i zaangażowania w proces terapeutyczny.

Na współpracę chorego w leczeniu zaburzeń psychicznych niekorzystnie wpływają następujące czynniki:

- brak wglądu w chorobę
- leczenie bez zgody chorego

- brak akceptacji przewlekłego leczenia
- małe nasilenie objawów
- brak wsparcia społecznego
- młody wiek chorego
- nadużywanie substancji psychoaktywnych
- leczenie przez lekarza o innej specjalności niż psychiatria
- zła tolerancja leku i jego mała skuteczność
- złe doświadczenia związane z leczeniem w przeszłości.

Wszystkie te czynniki należy rozpatrywać w kontekście sytuacji chorego (np. chorzy z niewielkim nasileniem zaburzeń lękowych mogą bardzo dobrze współpracować w leczeniu). Akcentując wpływ nasilenia objawów na współpracę, mieliśmy na myśli stan, w którym niewielkie nasilenie objawów sprawia, że chorzy zaczynają się zastanawiać, czy leczenie jest im w ogóle potrzebne, skoro objawy są słabo nasilone.

Jeszcze jednej aspekt złej współpracy w leczeniu powinien być brany pod uwagę – koszty leczenia. Brak współpracy z reguły wiąże się z brakiem poprawy, a to z kolei wymaga kolejnych wizyt lekarskich, zapisywania następnych leków, wykonywania kolejnych badań diagnostycznych itp. Wszystkie te procedury wiążą się ze wzrostem kosztów leczenia, podobnie jak przedłużająca się absencja chorego czy kolejne hospitalizacje. Tak więc i z ekonomicznego punktu widzenia brak współpracy chorego w leczeniu powinien być uważnie analizowany.

Adres do korespondencji: prof. Marek Jarema, III Klinika Psychiatryczna Instytutu Psychiatrii i Neurologii, ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa, tel. (22) 842 4087

Piśmiennictwo

1. Leeman E. The costs of compliance. J Am. Acad. Psychoanal. Dyn. Psychiatry, 2007;35:179-187.
2. Tay SE. Compliance therapy: an intervention to improve inpatients" attitudes toward treatment. J Psychosoc. Nurs. Ment. Health Serv. 2007;45:29-37.
3. Jarema M, Meder J, Araszkiewicz A, Chądzyńska M. Ocena współpracy chorych na schizofrenię w przyjmowaniu leków przeciwpsychotycznych. Program ADHES w Polsce. Wiad. Psychiatr. 2007;10:27-36.
4. Seo M, Min S. Development of a Structural Model Explaining Medication Compliance of Persons with Schizophrenia. Yonsei Medical Journal 2005;46 (3):331-340.
5. Hassan M, Madhaven SS, Kalsekar ID, Makela EH, Bajagopalan K, Islam S, Kavookijan J, Miller LA. Comparing adherence to and persistence with antipsychotic therapy among patients with bipolar disorder. Ann. Pharmacother. 2007;41:1812-1818.
6. McFarlane W.R. Family therapy in schizophrenia. New York, London: The Guilford Press; 1983
7. McGorry PD. Psychoeducation in first-episode psychosis: A therapeutic process. Psychiatry 1995;58,4:313-328.
8. Czernikiewicz A. Psychoedukacja w schizofrenii. W: Meder J., Sawicka M. (red.) Psychoterapia w schizofrenii. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2006, s.101-126.
9. Schatzberg AF. Safety and tolerability of antidepressants: weighing the impact on treatment decisions. J. Clin. Psychiatry, 2007;68, suppl 8:26-34.
10. Machado-Vieira R, Soares JC. Treatment-resistant mood disorders. Rev. Bras. Psiquiatr. 2007;13.
11. Tierney JG. Treatment-resistant depression: managed care considerations. J Manag. Care Pharm. 2007;13, Suppl. 6:S2-S7.
12. Gonzalez JS, Safren SA, Cagliero E, Wexler DJ, Delahanty L, Wittenberg E, Blais MA, Meigs JB, Grant RW. Depression, self-care, and medication adherence in type 2 diabetes: relationships across the full range of symptom severity. Diabetes Care, 2007;30:2222-2227.
13. Bambauer KZ, Soumerai SB, Adams AS, Zhang F, Ross-Degnan D. Provider and patient characteristics associated with antidepressant nonadherence: the impact of provider specialty. J. Clin. Psychiatry 2007;68:867-873.
14. Manwani SG, Szilagyi KA, Zablotsky B, Hennen J, Griffin ML, Weiss RD. Adherence to pharmacotherapy in bipolar disorder patients with and without co-occurring substance use disorders. J. Clin. Psychiatry 2007;68:1172-1176.

Czynniki wpływające na przestrzeganie zasad terapii i efektywność leczenia osteoporozy – rola współpracy lekarz-pacjent

prof. dr hab. med. Ewa Sewerynek

Zakład Metabolizmu Kostnego; Katedra Endokrynologii Ogólnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi;

Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi;

Poradnia Leczenia Osteoporozy Szpitala Klinicznego Nr 2 im. WAM UM w Łodzi.

Osteoporoza jest systemową chorobą układu kostnego, charakteryzującą się obniżeniem wytrzymałości kości, co w konsekwencji prowadzi do zwiększonego ryzyka złamań. Wytrzymałość kości jest składową gęstości mineralnej kości i jakości tkanki kostnej.

Przeszło połowa ubytku masy kostnej u kobiet związana jest z menopauzą i towarzyszącym jej spadkiem stężenia estrogenów, a w związku z wydłużeniem życia populacji ponad 30% kobiet po menopauzie choruje na osteoporozę.[1]

Najpoważniejszymi powikłaniami osteoporozy są złamania (zwłaszcza szyjki kości udowej i mnogie złamania kręgów), zwiększające śmiertelność oraz koszty opieki i leczenia. W ostatnio opublikowanej pracy podjęto próbę oszacowania ilości złamań szyjki kości udowej w Polsce.[2] Oceniono, iż rocznie występuje około 30 000 złamań tego odcinka układu kostnego, a maksymalne 10-letnie ryzyko złamań występuje w wieku 80 lat i jest większe u kobiet. Z powodu osteoporozy kobiety spędzają więcej dni w szpitalu w ciągu roku w porównaniu do kobiet hospitalizowanych z powodu zawału mięśnia sercowego, raka piersi czy choroby obturacyjnej płuc.[3]

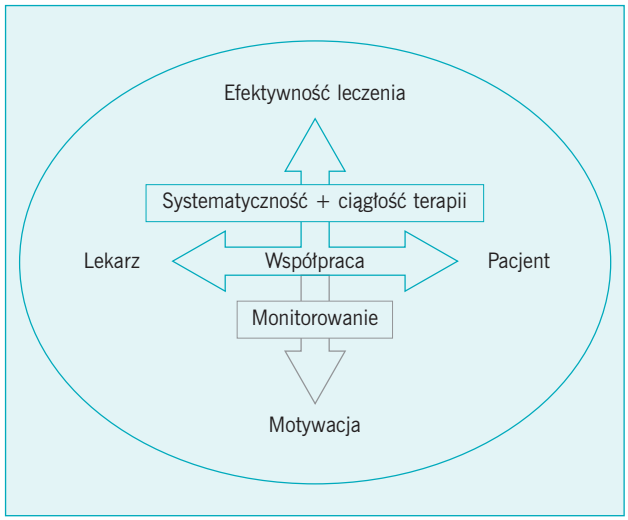
Osteoporoza jest chorobą przewlekłą, która wymaga systematycznego i często wieloletniego leczenia. Istnieje kilka możliwych sposobów prewencji i terapii osteoporozy.[4] W celu ujednolicenia postępowania wypracowano polskie zalecenia dotyczące diagnostyki i leczenia osteoporozy.[5]

Zarówno wdrożenie, jak i utrzymanie pacjenta w leczeniu wymaga ścisłej współpracy pomiędzy pacjentem a lekarzem prowadzącym (ryc. 1). Wynika to z obserwacji, że tylko 50% pacjentów przestrzega zasad terapii długoterminowej,[6-8] a 20% w ogóle nie realizuje recept.[9] W nomenklaturze polskiej wciąż nie ma odpowiednich określeń dla tego zjawiska.[10-11] Pojęcie „adherence" określa sumę działań sprzyjających prawidłowemu przestrzeganiu zasad terapii długoterminowej (adherence = compliance + persistence). Można przyjąć iż compliance to systematyczność leczenia. Jednostką systematyczności jest proporcja dawki przyjętej do dawki zaplanowanej z danym przedziale czasowym. Przyjęto, iż dla bisfosfonianu podawanego raz dziennie prawidłowy compliance powinien wynosić >80%, dla dawki cotygodniowej 70 mg >50%.[11-12]

W określeniu „persistence" mieści się wytrwałość (ciągłość, długość) w stosowaniu leczenia niezależnie od napotykanych trudności. Ciągłość jest utrzymana, jeśli terapia trwa >90 dni pomiędzy ostatnią a następną receptą lub do momentu zmiany na inny bisfosfonian.[12]

Lombas i wsp.[13] podkreślają, iż w przypadku osteoporozy 13% pacjentów w ogóle nie rozpoczyna przyjmowania leków, natomiast wśród tych, którzy rozpoczęli leczenie, ok. 50% kontynuuje po roku, a 30% w ciągu 2 lat. Ettinger i wsp.[14] sugerują, że odsetek osób przerywających leczenie narasta liniowo. Najwięcej osób przerywa terapię w ciągu pierwszych 3 miesięcy stosowania leków.[15-17]

Segal i wsp.[18] zaobserwowali, że bez względu na rodzaj leku główną przyczyną odrzucenia terapii były objawy nietolerancji (39% raloksifen; 58,53% alendronian 10). W naszej grupie pacjentów analizując przyczyny przerwania terapii



Rycina 1. Na bazie współpracy pomiędzy lekarzem a pacjentem powinna być budowana motywacja do przestrzegania zasad terapii, co w konsekwencji – poprzez poprawę systematyczności i ciągłości – wpływa na efektywność stosowanego leczenia.

alendronianem 10 wykazaliśmy, że najczęściej była to nietolerancja ze strony przewodu pokarmowego (47,8%), uciążliwość przyjmowania leku w terapii codziennej (13,1%), współistniejące choroby (8,7%), wysokie koszty leczenia (4,3%) oraz poprawa kliniczna (26,1%).[19] W badanej grupie 63% pacjentów przyjmowało jeden preparat, natomiast 37% osób w okresie obserwacyjnym było leczonych kilkoma lekami generycznymi. Zmiana leku wynikała z nietolerancji, uciążliwości przyjmowania w dawce codziennej oraz względów finansowych. W obserwacji Wichrowskiej i wsp.,[20] dotyczącej oceny ciągłości stosowania kilku leków o działaniu antyresorpcyjnym, potwierdzono, że zmiany leków wynikają z działań niepożądanych (39%), wysokich kosztów leczenia (21%), nieskuteczności stosowanej terapii (17%) i sukcesu terapeutycznego (8%).

Współpraca między lekarzem a pacjentem zależy od wielu czynników, w tym od 1) cech indywidualnych pacjenta – jego osobowości, zdolności akceptacji przewlekłego charakteru choroby, wcześniejszych doświadczeń, innych schorzeń i przyjmowanych leków, a także wykształcenia i jego statusu finansowego; 2) cech indywidualnych lekarza – jego zdolności nawiązywania kontaktu z pacjentem, motywacji oraz zaangażowania w proces diagnostyki i leczenia; 3) terminowości wizyt, dostępu do lekarza prowadzącego, lekarza specjalisty, badań densytometrycznych.[10]

Istotną rolę odgrywa także zakres oraz sposób informowania pacjenta o chorobie, sposobach zapobiegania i leczenia. Wykazano, że w odbiorze pacjentów motywacja pozytywna (pomaganie sobie) odgrywa większą rolę niż obawa przed konsekwencjami osteoporozy (strach przed złamaniem).[21] Lekarz prowadzący powinien przedstawić pacjentowi schemat kolejnych wizyt oraz ustalić mierzalne sposoby oceny skuteczności leczenia, co zapewniało by pacjentowi poczucie ciągłości monitorowania.

Na podstawie kilkudziesięciu prac Claxton i wsp.[22] sugerują, że prosty sposób przyjmowania leku i rzadziej stosowane dawki znacznie poprawiają przestrzeganie zaleceń lekarskich. Po roku leczenia 32% pacjentów utrzymało ciągłość terapii bisfosfonianem podawanym codziennie, a 44% – w trakcie leczenia preparatem stosowanym raz w tygodniu. Leczenie przerwano średnio po 139 dniach stosowania alendronianu 10 i po 269 dniach stosowania alendronianu 70.[16] Możliwość przyjmowania leku co tydzień poprawia więc systematyczność i wydłuża ciągłość stosowania leczenia w porównaniu z dawką codzienną.

Właściwa motywacja rozpoczęcia terapii może warunkować długość jej trwania. Wykazano, że pacjenci, którzy nie wierzą w rozpoznanie osteoporozy, nie przestrzegają zasad terapii, a ok. 6% pacjentów nie rozpoczyna leczenia, nie widząc potrzeby jego wdrożenia.[23-24] Istotną rolę upatruje się także w monitorowaniu pacjentów. Wykazano, iż dodatkowo roztoczona opieka pielęgniarska poprawia częstość stosowania leczenia o 57%.[25]

Problem przestrzegania zasad terapii długoterminowej w leczeniu osteoporozy nie odbiega od problemów związanych z leczeniem innych stanów o przebiegu subklinicznym, np.: hipercholesterolemii, nadciśnienia tętniczego, cukrzycy.[26] Osteoporoza często ma przebieg bezobjawowy, a pacjenci nie zauważają bezpośrednio korzyści jej leczenia. Z jednej strony towarzyszący ból, który pacjenci utożsamiają z osteoporozą, niejednokrotnie jest związany z inną patologią i nie ustępuje w trakcie leczenia osteoporozy. Z drugiej strony powtórzenie badania gęstości mineralnej kości, które może potwierdzić skuteczność stosowanych leków, wykonuje się najwcześniej po 12 miesiącach. Pacjenci tracą motywację i przerywają terapię często przed wykonaniem kontrolnego badania densytometrycznego. Wykazano, że ocena markerów obrotu kostnego po 3 miesiącach leczenia, mimo iż przynosi informację lekarzowi o efektywności leczenia, także nie motywuje pacjenta i nie poprawia przyjmowania leków.[25] Ponadto w naszym kraju ocena stężeń markerów obrotu kostnego nie jest wykonywana rutynowo.

Konsekwencją nieprzestrzegania ciągłości terapii osteoporozy jest spadek gęstości mineralnej kości, który może prowadzić do pogorszenia efektu końcowego leczenia i wystąpienia nowych złamań. Wykazano, że nawet krótkotrwałe systematyczne przyjmowanie leków przeciwko osteoporozie zgodnie z zaleceniem lekarskim zmniejsza ryzyko złamań.[8] Pacjenci przestrzegający prawidłowo prowadzonego leczenia osteoporozy rzadziej korzystają z porad lekarskich, rzadziej wymagają hospitalizacji, zmniejsza się ryzyko złamań szyjki kości udowej i kręgosłupa, a efektywność działania wielu preparatów (np. raloksifen i bisfosfonian) znacznie wzrasta z wiekiem.[27] Wykazano korelację dodatnią między prawidłowym przestrzeganiem zaleceń lekarskich a gęstością mineralną kości u kobiet leczonych z powodu osteoporozy[32] oraz procentem redukcji stężenia markera resorpcji kostnej w moczu (NTX – N-końcowy usieciowany telopeptyd łańcucha alfa kolagenu typu I).[25]

Osteoporoza to choroba wymagająca od pacjentów, poza leczeniem antyresorpcyjnym, także zmiany diety i stylu życia. Należy podkreślić celowość adekwatnej suplementacji preparatami wapnia i witaminy D_3 także w przypadku braku innej farmakoterapii.

Wprowadzenie odpowiednich ćwiczeń, zwłaszcza z obciążeniem, wpływa na poprawę gęstości mineralnej kości. Niestety, obserwacja pacjentów leczonych z powodu osteoporozy wskazuje, że po 18 miesiącach mniej niż 20% osób przestrzega wdrożonych schematów aktywności fizycznej.[28] Najczęstsza przyczyna przerwania to brak motywacji. Pacjenci, którzy przerywają leczenie z powodu nietolerancji, powinni pod kierunkiem lekarza prowadzącego spróbować terapii innym lekiem z tej samej grupy (innym bisfosfonianem w codziennej, cotygodniowej lub comiesięcznej dawce doustnej) lub preparatem z innej grupy, np. raloksifenem (SERM). Wiele kobiet z osteoporozą pomenopauzalną preferuje przyjmowanie preparatów raz na tydzień w porównaniu z preparatem raz dziennie, czy przyjmowanie preparatu raz na miesiąc w porównaniu z dawką cotygodniową.[29-30]

Istotną rolę w poprawie przestrzegania przez pacjentów zaleceń lekarskich może odgrywać ulepszenie systemu edukacji zarówno pacjentów, jak i lekarzy. Poza informacjami uzyskanymi od lekarza w trakcie pierwszej wizyty pacjent powinien uczestniczyć w spotkaniach mających na celu pogłębienie wiedzy na temat konieczności zmiany stylu życia i sposobów odżywiania. Dużym ułatwieniem byłby kontakt z pacjentami posiadającymi podobny problem (grupy wsparcia), a także możliwość korzystania z wiedzy grupy ekspertów (ortopeda, reumatolog, endokrynolog, ginekolog, fizjoterapeuta, dietetyk). Zgodnie z opinią Cramera istotną rolę odgrywa prawidłowe monitorowanie pacjentów.[31] Pacjent powinien otrzymać pisemną informację o leku, sposobie jego przyjmowania i ewentualnych powikłaniach. W razie konieczności zmiany leku kontakt z lekarzem powinien być ułatwiony. Należy omówić potencjalne korzyści stosowania się do zaleceń lekarskich, podkreślając wpływ na zmniejszenie ryzyka złamań, poprawę mobilności i jakości życia.

Adres do korespondencji:
Prof. dr hab. med. Ewa Sewerynek
Zakład Metabolizmu Kostnego
Katedry Endokrynologii Ogólnej
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
90-725 Łódź
ul. Żeligowskiego 7/9
tel/fax: 42 63 93 127
e-mail: ewa.sewerynek@wp.pl

Piśmiennictwo

1. WHO technical report series 843. Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis. Geneva: World Health Organization, 1994.
2. Jaworski M, Lorenc RS. Risk of hip fracture in Poland. Med Sci Monit 2007;13:CR206-10.
3. Lippuner K, von Overbeck J, Perrelet R i wsp. Incidence and direct costs of hospitalizations due to osteoporotic fractures in Switzerland. Osteopor Int 1997;7:414-425.
4. Cranney A, Guyatt G, Griffith L i wsp. Summary of meta-analysis of therapy for postmenopausal osteoporosis. Endocrine Rev 2002;23:570-578.
5. Lorenc RS, Głuszko P, Karczmarewicz E i wsp. Zalecenia postępowania diagnostycznego i leczniczego w osteoporozie. Obniżenie częstości złamań poprzez efektywną profilaktykę i leczenie. Terapia 2007;9:11-39.
6. Rizzo JA i Simons WR. Variations among hypertensive patients by drug class: implications or health care costs. Clin Ther 1997;19:1446-1457.
7. Sung JC, Nichol MB, Venturini F i wsp. Factors affecting patients compliance with antihyperlipidemic medications in an HMO population. Am J Manag Care 1998;4:1421-1430.
8. Caro JJ, Ishak KJ, Huybrechts KF i wsp. The impact of compliance with osteoporosis therapy on fracture rates in actual practice. Osteporos Int 2004;15:1003-1008.
9. Giuffrida A i Torgerson DJ. Should we pay the patients? Review of financial incentives to enhance patient compliance. BMJ 1997;315:703-707.
10. Sewerynek E. Wpływ współpracy lekarza z pacjentem na efektywność leczenia osteoporozy. Terapia marzec/kwiecień 2006;3:43-46.
11. Napiórkowska L, Franek E. Systematyczność i wytrwałość w zażywaniu leków w trakcie wieloletniego leczenia osteoporozy. Twój Magazyn Medyczny 2006;2:1-7.
12. Gold DT, Safi W, Trinh H. Patient preference and adherence: comparative US studies between two bisphosphonates, weekly risedronate and monthly ibandronate Curr Med. Res Opinions 2006;22:2383-91
13. Lombas C, Hakim C, Zanchetta JR. Compliance with alendronate treatment in an osteoporosis clinic. J Bone Miner Res 2001;15:S529, str M406.
14. Ettinger B, Pressman AR, Schen J i wsp. Alendronate use among 812 women: prevalence of gastrointestinal complaints, non-compliance with patient instructions and discontinuation. J Managed Care Pharm 1998;4:488-492.
15. Bocuzzi SJ, Foltz SH, Omar MA i wsp. Adherence and persistence associated with the pharmacological treatment of osteoporosis. Osteoporos Int 2005;16 (supl 3): S24 (str P129).
16. Cramer JA, Amonkar MM, Hebborn A i wsp. Compliance and persistence with bisphosphonate dosing regimens among women with postmenopausal osteoporosis. Curr Med Res Opin 2005;21:1453-1460.
17. Zanchetta JR, Hakim C, Lombas C. Observational study of compliance and continuance rates of raloxifen in the prevention and treatment of osteoporosis. Curr Ther Res Clin Exp 2004;65:470-480.
18. Segal E, Tamir A, Ish-Shalom S. Compliance of osteoporotic patients with different treatment regimens. Isr Med Assoc J 2003;5:859-862.
19. Sewerynek E, Skowrońska-Jóźwiak E, Oszczygieł K i wsp. Stopień przestrzegania zaleceń przewlekłej terapii alendronianem przez pacjentów leczonych z powodu osteoporozy. Ortop Traum Rehab 2005;7 (Supl 1):P14,134.
20. Wichrowska H, Czerwieńska B, Kyzioł-Otto G i wsp. Długość leczenia i przyczyny zmian leków stosowanych w leczeniu osteoporozy. Ortop Traum Rehab 2005;7(Supl 1): P13,133.
21. The Adherence Gap: Why Osteoporosis Patients Don't Continue With Treatment. IPSOS Health 2005;1-22.
22. Claxton AJ, Cramer J, Pierce C. A systemic review of the associations between dose regimens and medication compliance. Clin Ther 2001;23:1296-1310.
23. Tosteson AN, Grove MR, Hammond CS i wsp. Early discontinuation of treatment for osteoporosis. Am J Med 2003;115:209-216.
24. Zanchetta JR, Hakim C, Lombas C. Compliance with raloxifene treatment in an osteoporosis clinic: adverse events and reasons for discontinuation. J Bone Miner Res 2000;15 (supl 1):S436.
25. Clowes JA, Peel NF, Eastell R i wsp. The impact of monitoring on adherence and persistence with antiresorptive treatment for postmenopausal osteoporosis: A randomized controlled trial. J Clin Endocrinol Metab 2004;89:1117-1123.
26. Miller NH. Compliance with treatment regimens in chronic asymptomatic diseases. Am J Med 1997;102:43-49.
27. McCombs JS, Thiebaud P, McLaughlin-Miley C i wsp. Compliance with drug therapies for the treatment and prevention of osteoporosis. Maturitas 2004;48:271-287.
28. Mayoux-Benhamou MA, Roux C, Perraud A i wsp. Predictors of compliance with a home-based exercise program added to usual medical care in preventing postmenopausal osteoporosis: an 18-month prospective study. Osteoporos Int 2005;16:325-31.
29. Simon JA, Lewiecki EM, Smith ME i wsp. Patient preference for once-weekly alendronate 70 mg versus once-daily alendronate 10 mg: a multicenter, randomized, open-label, crossover study. Clin Ther. 2002;24:1871-86.
30. Emkey R, Koltun W, Beusterien K i wsp. Patient preference for once-monthly ibandronian versus once-weekly alendronate in randomized, open-label, cross-over trial: the Boniva Alendronate Trial in Osteoporosis (BALTO). Curr Med Res Opin 2005;21:1895-903.
31. Cramer JA. Enhancing patients compliance in the elderly. Role of packaging aids and monitoring. Drug Aging 1998;12:7-15.

Problem współpracy z pacjentem pediatrycznym w leczeniu chorób przewlekłych

prof. dr hab. med. Iwona Stelmach

Oddział Kliniczny Interny Dziecięcej i Alergologii III Katedry Pediatrii UM w Łodzi

Wszystkie dostępne dane sugerują, że brak lub tylko częściowe wypełnianie zaleceń lekarskich przez dzieci przewlekle chore jest powszechne. Częstość tego zjawiska w populacji dziecięcej ocenia się na 30-50%.[1] Ryzyko nieprzestrzegania zaleceń lekarskich rośnie wraz z wiekiem dziecka i najwyższe jest wśród nastolatków.

Konsekwencje kliniczne nieprzestrzegania zaleceń lekarskich udokumentowano w wielu chorobach przewlekłych, takich jak astma oskrzelowa, cukrzyca, młodzieńcze idiopatyczne zapalenia stawów, padaczka, mukowiscydoza, przewlekłe choroby nerek.

Współpraca z małym dzieckiem (do 5 r.ż.) zależy od współpracy lekarza z rodzicami. Wyniki badań wykazują, że ocena objawów choroby przez rodziców u tych dzieci jest bardzo indywidualna i wielokrotnie stosowane przez nich leczenie jest nieadekwatne do ich nasilenia.[2,3] Często rodzice nie akceptują choroby dziecka, dlatego też nie reagują prawidłowo na wczesne objawy.[4] Zwłaszcza młodzi rodzice mają nadzieję, że obserwowane objawy ustąpią spontanicznie, bez leczenia.[5] W tej grupie wiekowej lekarz powinien przedstawić opiekunowi indywidualny schemat leczenia dziecka, a nie podawać ogólnych zasad leczenia choroby.[5]

Współpraca z dzieckiem w wieku 6-12 lat. W tej grupie wiekowej dzieci powinny rozumieć istotę swojej choroby, umieć rozpoznać tzw. czerwone flagi i zastosować odpowiednie leki objawowe. Na przykład u dzieci chorych na astmę oskrzelową lepszemu zrozumieniu oceny drożności dróg oddechowych służy wprowadzenie systemu trzech stref określających wartości PEFR. Strefa żółta, tzw. strefa zagrożenia, to wartości PEFR wskazujące na nasilenie objawów klinicznych, a strefa czerwona to spadek PEFR oznaczający konieczność natychmiastowej interwencji lekarskiej i podania leków doraźnych.

Współpraca z nastolatkami. W tej grupie wiekowej istotne jest dokładne zrozumienie istoty choroby przez pacjenta i mechanizmów działania leków. Nastolatki powinny poznać nazwy stosowanych leków, ich dawkowanie i indywidualny schemat leczenia opracowany przez lekarza. Pacjenci powinni znać czas działania leku i objawy uboczne. Z badań wynika, że przynajmniej 50% takich dzieci opuszcza gabinet lekarski nie pamiętając przekazanych im informacji.[1] Dlatego też wszelkie dane (nazwy leków, instrukcje stosowania) lekarz powinien zapisać w sposób prosty, a wiedzę dziecka weryfikować podczas każdej wizyty. Ze względu na powszechną w tej grupie wiekowej negację otoczenia, istotny jest sposób zadawania pytań przez lekarza[6]. Na pytanie „czy palisz papierosy?" nastolatek najprawdopodobniej odpowie „nie". Natomiast na pytanie „dużo nastolatków pali, palisz mniej czy więcej niż 15 papierosów dziennie?" uspokojony pacjent może odpowiedzieć „mniej niż tyle – około dziesięciu papierosów". Inne pytanie: „czy regularnie stosujesz zalecone leki?" nastolatek najprawdopodobniej odpowie „oczywiście" (zwłaszcza w obecności rodziców); jednak jeśli lekarz zapyta: „wielu nastolatków zapomina stosować leki – stosujesz mniej czy więcej niż połowę zalecanych dawek?" nastolatek może odpowiedzieć „prawdopodobnie stosuję więcej niż połowę". Należy również pamiętać o wstydliwej naturze nastolatków i – o ile to możliwe – ograniczać im ilość stosowanych leków. Ważnym czynnikiem w osiągnięciu dobrej współpracy u przewlekle chorych dzieci z tej grupy wiekowej jest wsparcie rodziny.

Czynniki ryzyka nieprzestrzegania zaleceń lekarskich[1]

Zidentyfikowane czynniki ryzyka nieprzestrzegania zaleceń lekarskich można podzielić na trzy kategorie: (1) czynniki związane z zalecaną metodą leczenia, (2) czynniki związane z przebiegiem klinicznym choroby oraz (3) czynniki związane z zachowaniem pacjenta lub jego rodziny.

Czynniki związane z zalecaną metodą leczenia

- uciążliwość zalecanych metod leczenia (np. przyjmowanie wielu leków o różnych porach dnia, leczenie wziewne lub iniekcyjne, leczenie wymuszające zmianę dotychczasowego stylu życia)
- objawy uboczne (np. przyrost masy ciała po leczeniu glikokortykosteroidami, nasilanie się dolegliwości bólowych w trakcie zalecanych ćwiczeń ruchowych)
- niepełna, okresowa bądź niezauważalna przez pacjenta skuteczność zastosowanych metod leczenia.

Czynniki związane z przebiegiem klinicznym choroby

Okresy bezobjawowe, młody wiek w chwili rozpoznania choroby, znaczny stopień ciężkości choroby dziecka odczuwany przez rodziców, złe rokowanie, brak leczenia przyczynowego (np. choroby genetycznie uwarunkowane).

Czynniki związane z zachowaniem pacjenta/rodziny:

- problemy behawioralne i emocjonalne (sprzeciwianie się terapii)
- niewystarczająca ilość czasu poświęcanego dziecku
- nieprawidłowe funkcjonowanie rodziny (dysharmonia, nieumiejętność rozwiązywania problemów)
- brak wsparcia socjalnego.

Wszystkie wyżej wymienione czynniki są częściowo bądź całkowicie modyfikowalne.

Problemy w leczeniu wybranych chorób przewlekłych u dzieci i przykłady interwencji

Astma oskrzelowa

Bousquet i wsp.[7] wykazali, że większość dzieci chorych na astmę, a szczególnie na astmę ciężką, nie otrzymuje leczenia zgodnego z zaleceniami GINA. Yawn i wsp. w badaniu przeprowadzonym w grupie ok. 6000 dzieci w wieku szkolnym zaobserwowali, że tylko 20% dzieci z rozpoznaną astmą otrzymywało leki przeciwastmatyczne.[8] Przyczyny nieprawidłowego leczenia astmy leżą zarówno po stronie lekarza, jak i pacjenta. Okazuje się, że szczególnie młodzi chorzy i dzieci nie przestrzegają zaleceń lekarzy głównie z powodu uciążliwych schematów stosowania leków (np. zbyt duża częstość lub zbyt wiele leków). Badanie Respiratory Patients Opinions Survay (RESPONSE) przeprowadzone w 2002 r. w krajach europejskich jednoznacznie wykazało, że pacjenci chorzy na astmę oskrzelową woleliby przyjmować mniej leków oraz korzystać tylko z jednego inhalatora.[9] Z badań wynika, że pacjenci za często stosują leki szybko znoszące objawy, natomiast niechętnie leki kontrolujące chorobę, co wynika z nieznajomości patofizjologii choroby i braku edukacji. W badaniu AIRE (Acute Infarction Ramipril Efficacy) tylko 25,8%, 32,7% i 33,5% dzieci chorujących odpowiednio na astmę ciężką, umiarkowaną i lekką stosowało wziewne glikokortykosteroidy.[10]

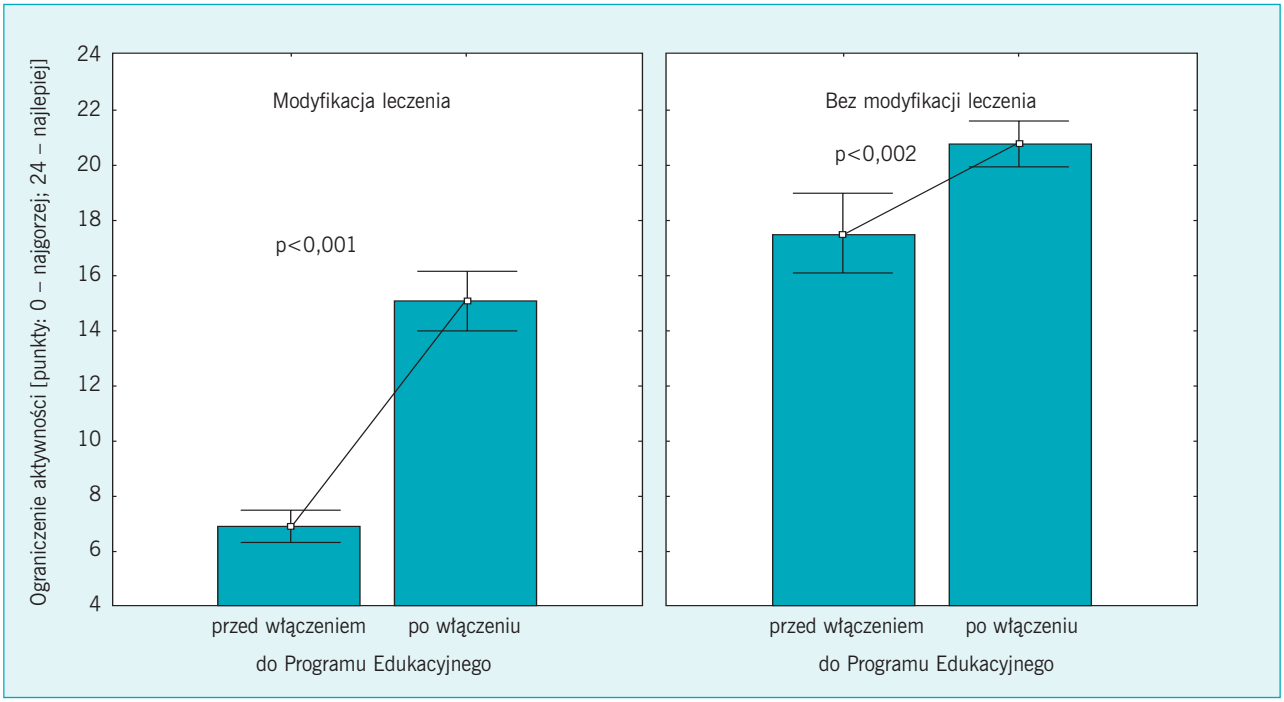
W badaniu AIA (Asthma in America) lekarzy i pacjentów zapytano o wykonywanie w ostatnim roku badań czynności płuc, zalecanie używania pikflometrów, przeprowadzanie szkoleń użycia inhalatorów, opracowanie planu leczenia astmy i zaostrzeń oraz wyznaczanie wizyt kontrolnych w celu oceny postępu choroby.[11] Od 70 do 97% lekarzy udzieliło odpowiedzi potwierdzającej na wszystkie pytania, natomiast tylko 27-55% pacjentów udzieliło odpowiedzi potwierdzającej na 4 z 5 zadanych pytań. Wysoką zgodność uzyskano tylko w odpowiedzi na pytanie dotyczące przeprowadzania szkoleń stosowania inhalatorów: 90% pacjentów i 97% lekarzy odpowiedziało twierdząco. Ponad 90% lekarzy uczestniczących w badaniu AIA uznało, że przewlekłe leczenie przeciwzapalne jest kluczowe w astmie; 90% również zgodziło się, że stosowane glikokortykosteroidy zmniejszają zapalenie. Tylko 19% pacjentów chorych na astmę przewlekłą przyznało, że stosuje te leki. Chociaż większość lekarzy pierwszego kontaktu i lekarzy specjalistów zna wytyczne leczenia astmy, a większość z nich uważa, że stosuje je w praktyce, to tylko nieliczni pacjenci są leczeni prawidłowo. Wyniki badania przeprowadzonego w USA wśród pediatrów wykazały, że lekarze są świadomi nieprzestrzegania swoich zaleceń przez pacjentów. Odpowiedzieli bowiem, że 39-52% dzieci realizuje ich zalecenia.[12] W powyższym badaniu pediatrzy przyznali, że nie prowadzą edukacji swoich pacjentów i ich rodzin z powodu braku czasu, braku materiałów edukacyjnych oraz braku personelu pomocniczego.

Edukacja chorych i ich rodzin zalecana przez międzynarodowe wytyczne jest niezbędnym uzupełnieniem leczenia farmakologicznego.

Przykłady interwencji

Przykład 1. Przykładem skuteczności edukacji są wyniki Programu Profilaktyki Chorób Alergicznych realizowanego w latach 2000-2004 w województwie łódzkim.[13] W ramach programu przeszkolono blisko 20 tys. pacjentów oraz ich rodzin w zakresie leczenia astmy i innych chorób alergicznych, co przyczyniło się do wzrostu zużycia glikokortykosteroidów wziewnych (GKSw) w regionie oraz do zmniejszenia liczby i skrócenia czasu hospitalizacji z powodu zaostrzeń astmy.

Przykład 2. W naszym ośrodku przeprowadziliśmy badanie interwencyjne (wdrożenie programu edukacyjnego) u 150 dzieci chorych na astmę oskrzelową. W trakcie programu organizowane były spotkania indywidualne (4 razy w miesiącu) i grupowe (raz w miesiącu) pulmonologów, alergologów, pielęgniarek z rodzicami i chorymi dziećmi, podczas których omawiano patofizjologię astmy i zasady jej leczenia, metody eliminacji alergenów, uczono technik inhalowania leków i monitorowania choroby. Nasilenie objawów choroby, aktywność życiową i czynniki emocjonalne oceniono przy pomocy kwestionariusza. Po roku trwania progra-



Rycina 1. Poprawa aktywności fizycznej po 12 miesiącach programu edukacyjnego u pacjentów, u których dokonano (lewy panel) oraz nie dokonano (prawy panel) modyfikacji leczenia. Dane przedstawiono przy pomocy średnich i 95% przedziałów ufności skali punktowej.

mu zaobserwowano, że blisko 60% pacjentów utrzymuje dobrą kontrolę astmy przy stosowaniu mniej intensywnego leczenia (niższe dawki GKSw lub mniejsza ilość leków) niż przed udziałem w programie. Wykazaliśmy również korzystny wpływ programu na jakość życia dzieci w każdej z trzech badanych domen: aktywności fizycznej (ryc. 1), nasileniu objawów choroby oraz odczuwaniu emocji związanych z chorobą. Korzystne zmiany jakości życia pod wpływem działań edukacyjnych wykazano zarówno u dzieci, które wymagały modyfikacji leczenia, jak i u dzieci, którym nie zmieniono leczenia w trakcie programu.[14,15]

Mukowiscydoza

Wydaje się, że w Polsce dzieci chore na mukowiscydozę i ich rodziny są prawidłowo edukowane. Polskie Towarzystwo Walki z Mukowiscydozą oraz Fundacja „MATIO" prowadzą szkolenia i konferencje. Materiały informacyjne dotyczące choroby dostępne są również w formie różnych broszur i poradników przygotowanych przez profesjonalistów oraz w poświęconych mukowiscydozie portalach internetowych. Pacjenci i ich rodziny są edukowani indywidualnie w trakcie wizyt oraz hospitalizacji w ośrodkach specjalizujących się w leczeniu mukowiscydozy. Niemniej jednak wymienione działania nie były dotychczas oparte na zintegrowanym programie edukacyjnym.

Przykład interwencji

W naszym ośrodku zrealizowaliśmy pierwszy w Polsce program edukacyjno-terapeutyczny dla chorych na mukowiscydozę i ich rodzin. Inspiracją do podjęcia kompleksowych działań edukacyjnych były wyniki naszych badań, w których uczestniczyli rodzice i dzieci chore na mukowiscydozę.[16] Program w całości finansowany był przez Fundację Bankową im. Leopolda Kronenberga oraz Stowarzyszenie „Zielony Balonik", które działa przy Oddziale Interny Dziecięcej i Alergologii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. M. Kopernika w Łodzi. Program trwał od października 2005 r. do sierpnia 2006 r. Łącznie odbyło się 16 spotkań. Zajęcia były prowadzone przez lekarzy, psychoterapeutę, pedagoga oraz instruktora tańca, w formie wykładu lub pogadanki, ćwiczeń i warsztatów, konsultacji, dyskusji i wspólnej zabawy. Poprawa stanu wiedzy na temat choroby oraz umiejętności praktycznych dotyczących metod leczenia była skorelowana z zahamowaniem postępu choroby. Po roku od zakończenia programu u większości pacjentów nie wykazano pogorszenia czynności płuc ani zmian w skali nasilenia objawów klinicznych choroby, zaobserwowano natomiast poprawę stanu odżywienia dzieci. Należy podkreślić, że wyżej wymienione parametry decydują o długości życia chorych na mukowiscydozę.

Każdy pediatra powinien odpowiedzieć na pięć pytań, aby ocenić ryzyko złej współpracy z dzieckiem lub jego rodzicami:[17]

1. Czy rodzina uzyskała pisemny plan leczenia choroby?
   - należy sprawdzić zrozumienie istoty choroby i jej leczenia
   - należy ocenić możliwości realizacji planu (status socjoekonomiczny, np. możliwości zakupu leków)
2. Czy styl życia rodziny może być dostosowany do choroby dziecka (organizacja rodziny)
3. Czy dziecko i opiekunowie otrzymali pisemny plan postępowania w okresie zaostrzeń choroby?

4. Czy rodzina jest zaangażowana w codzienną opiekę nad pacjentem?
5. Czy dorastające dziecko akceptuje chorobę i jej leczenie?

Podsumowanie

Brak pełnej współpracy pomiędzy lekarzem a dzieckiem i jego opiekunami to poważny problem kliniczny zarówno indywidualny, jak i społeczny. W świetle opublikowanych badań i obserwacji własnych wydaje się, że edukacja dostosowana do populacji i wymogów choroby przewlekłej, prowadzona w sposób zintegrowany i ciągły, przynosi największe korzyści w osiągnięciu dobrej współpracy, a tym samym dobrych efektów leczenia.

Adres do korespondencji:
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
im. M. Kopernika w Łodzi
ul. Pabianicka 62
93-513 Łódź
tel. (42) 689 59 72, fax. (42) 689 59 73
e-mail: alergol@kopernik.lodz.pl

Piśmiennictwo

1. Lemanek KL, Kamps J, Chung NB. Empirically supported treatments in pediatric psychology: regimen adherence. J Pediatr Psychol 2001;26:253-275.
2. Rietveld S, Prins PJM, Colland VT. Accuracy of symptom perception in asthma and illness severity. Child Health Care 2001;30:27-41.
3. Yoos HL, Kitzman H, McMullen A et al. Symptom monitoring in childhood asthma: a randomized clinical trial comparing peak expiratory flow rate with symptom monitoring. Ann Allergy Asthma Immunol 2002;88:283-291.
4. Bonner S, Zimmerman BJ, Evans D et al. An individualized intervention to improve asthma management among urban Latino and African-American families. J Asthma 2002;39:167-179.
5. Rietveld S, Colland VT. The impact of severe asthma on schoolchildren. J Asthma 1999;36:409-417.
6. Niggemann B. How can we improve compliance in pediatric pneumonology and allergology? Allergy 2005;60:735-738.
7. Bousquet J, Knani J, Henry C et al. Undertreatment in non-selected population of adult patients with astma. J Allergy Clin Immunol 1996;98:514-521.
8. Yawn BP, Wollan P, Scanlon PD et al. Outcome results of a school-based screening program for undertreatment astma. Ann Alllergy Clin Immunol 2003;90:508-515.
9. Stahl E. Respiratory Patients Opinions Survay (RESPONSE) market research from asthma patients in Europe. Am J Respir Crit Care Med 2002;165:A109.
10. Rabe KF, Vermeire PA, Soriano JB et al. Clinical management of asthma in 1999: the Asthma Insights and Reality in Europe (AIRE) study. Eur Respir J 2000;16:802-807.
11. Asthma in America. Survay Project. Executive Summary, 1998. Retrieved 10 June 2003 from http://www.asthmainamerica.com/execsum_over.htm.
12. Cabana MD, Rand CS, Becher OJ et al. Reasons for pediatrician nonadherence to asthma guidelines. Arch Pediatr Adolesc Med 2001;155:1057-1562.
13. Stelmach W, Majak P, Jerzynska J, Stelmach I. Early effects of Asthma Prevention Program on asthma diagnosis and hospitalization in urban population of Poland. Allergy 2005;60:606-610.
14. Stelmach W, Korzeniewska A, Jerzyńska J, Majak P, Stelmach P, Stelmach I. Asthma education program and asthma symptoms, activity and emotions in children. Patient Education and Counseling, 2007 (w druku).
15. Stelmach W, Korzeniewska A, Krakowiak J, Sołoniewicz A, Smejda K, Stelmach I. Retrospektywna analiza wyników Programu Prewencji Chorób Alergicznych u dzieci w regionie łódzkim. Pneumonol Alergol Pol 2004;72:192-197.
16. Korzeniewska A, Korzeniewska K, Stelmach I. Program edukacyjno-terapeutyczny dla chorych na mukowiscydozę i ich rodzin – założenia, cele i realizacja. Pediatria Polska, 2007;2008;83,157-161.
17. Fiese BH, Everhart RS. Medical adherence and childhood chronic illness: family daily management skills and emotional climate as emerging contributors. Curr Opin Pediatr 2006;18:551-557.

Fundacja
Na Rzecz Wspierania Rozwoju
Polskiej Farmacji i Medycyny

Pomagamy Ludziom Nauki

Fundację na rzecz Wspierania Rozwoju Polskiej Farmacji i Medycyny założyła Polpharma w 2001 roku, a jej misją jest wspieranie rozwoju nauk farmaceutycznych i medycznych poprzez finansowanie badań naukowych w tych dziedzinach.

Środki finansowe przeznaczone na działalność statutową Fundacji w całości pochodzą z budżetu Zakładów Farmaceutycznych Polpharma SA. Firma przekazała na ten cel już 12 milionów złotych.

PROGRAMY

Konkurs

Fundacja corocznie ogłasza konkurs na najlepsze projekty badawcze w dziedzinie nauk farmaceutycznych i medycznych. Od początku działania Fundacja przeprowadziła sześć edycji konkursu, na który wpłynęło ponad 300 projektów prac badawczych. Większość z nich dotyczyła badań podstawowych. Granty naukowe przyznano 40 zespołom badawczym.

Program stypendialny

W 2006 r. Fundacja uruchomiła program stypendialny adresowany do młodych naukowców, uczestników studiów doktoranckich uczelni medycznych i Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. Celem programu jest promowanie i nagradzanie najzdolniejszych doktorantów z udokumentowanym dorobkiem naukowym. Nagrodą jest stypendium naukowe w wysokości 10 tys. zł finansowane ze środków Fundacji. W 2007 roku stypendium otrzymało pięciu doktorantów.

Nagrody Fundacji

Fundacja w 2007 roku już po raz trzeci była fundatorem I nagrody, 5 tys. zł w Ogólnopolskim Konkursie Prac Magisterskich Wydziałów Farmaceutycznych organizowanym od ponad 40 lat przez Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne.

W 2006 roku Fundacja uzyskała tytuł **Lider Roku 2006 w Ochronie Zdrowia – – Działalność Edukacyjno-Szkoleniowa** w konkursie organizowanym przez wydawnictwo Termedia.

Fundacja na rzecz Wspierania Rozwoju Polskiej Farmacji i Medycyny
Sekretariat: ul. Bobrowiecka 6, 00-728 Warszawa
tel. 0 22 364 61 13, fax: 0 22 364 61 02
e-mail: fundacja@polpharma-group.com www.polpharma.pl/fundacja

Ciprofloxacinum

Ketoprofenum

Aciclovirum

Itraconazolum

Fluconazolum

ISOTRETINOINUM

Piracetamum

Tramadoli hydrochloridum

Ciclopiroxi olaminum

(simvastatinum)

Acidum acetylsalicylicum

karwedilol

glimepiridum

metforminum

ramipril 2,5 5 10 mg

OMEPRAZOLUM

sildenafil

Formoteroli fumaras

acidum alendronicum

metamizolum natricum

Bicalutamidum

Ludzie pomagają Ludziom

Polpharma Biuro Handlowe Sp. z o.o.
ul. Bobrowiecka 6, 00-728 Warszawa
tel.: +48 22 364 61 00; fax: +48 22 364 61 02

GEN/135/02-2008

polpharma

LUDZIE POMAGAJĄ LUDZIOM

Zakłady Farmaceutyczne Polpharma SA są największym polskim producentem leków i substancji farmaceutycznych.

Od ponad 70 lat cieszymy się zaufaniem lekarzy i pacjentów, wytwarzając leki bezpieczne, skuteczne, o najwyższej światowej jakości. Tradycję i doświadczenie łączymy z najnowszymi technologiami i najwyższymi standardami produkcji. W naszej ofercie znajdują się tak znane i bliskie Polakom marki, jak Etopiryna, Pyralginum, Polopiryna, Scorbolamid czy Ranigast Max.

Sens naszej codziennej pracy określa motto „Ludzie pomagają Ludziom". Poprzez Fundację na rzecz Wspierania Rozwoju Polskiej Farmacji i Medycyny finansujemy wartościowe projekty naukowe. Prowadzimy programy edukacyjne i popularyzujemy zasady profilaktyki zdrowotnej. Jesteśmy mecenasem kultury i sponsorem sportu.

Zakłady Farmaceutyczne
POLPHARMA SA
ul. Pelplińska 19
83-200 Starogard Gdański
tel. 058 563 16 00
fax 058 562 23 53

POLPHARMA
Biuro Handlowe Sp. z o.o.
ul. Bobrowiecka 6
00-728 Warszawa
tel. 022 364 61 00
fax 022 364 61 02

www.polpharma.pl