

Pylak Piwko Oktawia, Nieradko Iwanicka Barbara. How patient's adherence could be improved - a short review. Journal of Education, Health and Sport. 2017;7(8):1610-1627. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.1126651>
<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/5157>

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part B item 1223 (26.01.2017).
1223 Journal of Education, Health and Sport eISSN 2391-8306 7

© The Authors 2017;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland

Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited. The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.

Received: 01.08.2017. Revised: 10.08.2017. Accepted: 31.08.2017.

How patient's adherence could be improved - a short review

Jak można poprawić współpracę pacjenta z lekarzem- krótki przegląd piśmiennictwa

Oktawia Pylak-Piwko¹, Barbara Nieradko-Iwanicka²

¹Casulty Department of Oncology Centre of Ziemia Lubelska, Lublin

²Academic Department and Hygiene Institution, Medical University in Lublin

¹Izba Przyjęć Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej, Lublin;

²Katedra i Zakład Higieny Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Abstract

Introduction

The issue of patients' adherence to doctor's instructions has been widely discussed in medical and popular newspapers in the recent years. Inadequate patient's adherence is a great problem in medicine, which negatively affects treatment endpoints. Poor adherence is most often seen in treatment of chronic diseases, where irregular use of prescribed medication makes good disease control impossible. It is estimated that 50% of patients suffering from chronic diseases do not adhere to doctor's instructions.

Objective

The aim of the review is to identify factors affecting adherence and to look for possible methods of its' improvement.

Methods

Twenty seven articles about adherence and compliance published between 2005 and 2017 were reviewed.

Results and discussion

The term 'adherence' is defined as the degree, to which patient's behavior is in agreement with medical advice provided by a health care professional in respect to the use of medication, dieting and lifestyle changes. In hospital wards adherence is as high as 100%, but at home after 6 months of therapy less than 50% of patients continue taking prescribed medication. Systemic review of factors affecting inadequate adherence and ones that might improve the level of patients' adherence was done.

Conclusions

Inadequate adherence may cause serious health problems and is a heavy burden for the healthcare system. It increases morbidity, disability and mortality rates. It was found that several factors affect patient's adherence. It is impossible to point out one the most important risk factor. Only a good cooperation between the physician and the patient may lead to good adherence and effective treatment.

Key words: compliance, medication, advice

Streszczenie

Wstęp

Temat przestrzegania zaleceń terapeutycznych jest zagadnieniem szeroko omawianym w ostatnich latach na łamach wielu czasopism medycznych i popularnonaukowych. Niedostateczna współpraca pacjenta z lekarzem jest olbrzymim problemem współczesnej medycyny, który obniża jakość końcowego efektu leczenia danego schorzenia. Problem przestrzegania zaleceń terapeutycznych jest najbardziej widoczny w leczeniu chorób przewlekłych, gdzie bez systematyczności, pracy nad sobą i dobrej współpracy z lekarzem efekty leczenia nie przynoszą oczekiwanych rezultatów. Przyjmuje się, że około 50% pacjentów cierpiących na schorzenia przewlekłe nie postępuje zgodnie z zaleceniami.

Cel

Celem niniejszej pracy było omówienie czynników mających wpływ na przestrzeganie zaleceń lekarskich i ocena możliwości podniesienia stopnia współpracy między lekarzem a pacjentem na podstawie dostępnego piśmiennictwa.

Metody

Przeanalizowano 27 pozycji piśmiennictwa z lat 2005-2017 dotyczących omówienia zagadnień *adherence* i *compliance* oraz ich wpływu na efekt leczenia konkretnych schorzeń.

Wyniki i omówienie

Termin *adherence* można zdefiniować jako: „zakres, do którego zachowanie pacjenta pozostaje zgodne z zaakceptowanymi przez chorego zaleceniami medycznymi w odniesieniu do przyjmowania leków, przestrzegania diety, modyfikacji stylu życia”. W oddziałach szpitalnych poziom *adherence* osiąga poziom 100%, natomiast w warunkach domowych po 6 miesiącach terapii mniej niż 50% pacjentów realizuje kolejną receptę. Dokonano systematycznego przeglądu przyczyn wpływających na nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych i oceny czynników mających wpływ na podniesienie poziomu współpracy pacjenta z lekarzem.

Wnioski

Niedostateczna współpraca pacjenta z lekarzem niesie za sobą poważne konsekwencje zdrowotne dla chorego, jak również obciąża finansowo cały system opieki zdrowotnej. Zwiększa się odsetek chorobowości, inwalidztwa i śmiertelności wśród chorych. Wiele przyczyn ma wpływ na nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych przez chorego. Niemożliwe jest wyodrębnienie jednego czynnika, który bezpośrednio oddziałuje na podniesienie poziomu *adherence*. Dopiero współpraca na wielu płaszczyznach może przynieść zadowalające efekty.

Słowa kluczowe: współpraca, leczenie, zalecenia

Wstęp

Temat przestrzegania zaleceń terapeutycznych jest zagadnieniem szeroko omawianym w ostatnich latach na łamach wielu czasopism medycznych i popularnonaukowych. Niedostateczna współpraca pacjenta z lekarzem jest olbrzymim problemem współczesnej medycyny, który obniża jakość końcowego efektu leczenia danego schorzenia. Problem przestrzegania zaleceń terapeutycznych jest najbardziej widoczny w leczeniu chorób przewlekłych, gdzie bez systematyczności i dobrej współpracy z lekarzem leczenie nie przynosi oczekiwanych rezultatów. Przyjmuje się, że około 50% pacjentów cierpiących na schorzenia przewlekłe nie postępuje zgodnie z zaleceniami [3]. Terminami, którymi posługujemy się określając przestrzeganie zaleceń lekarskich są: *compliance*, *adherence*, *concordance* i *persistence*. W literaturze możemy odnaleźć różne definicje tych pojęć, co znacznie utrudnia porównanie wyników badań klinicznych. Określenie słowa *compliance* zazwyczaj oznacza przestrzeganie zaleceń dotyczących przyjmowanych leków, odnośnie dawek, czasu i częstotliwości. Terminem *adherence* w literaturze z reguły określa się całokształt współpracy pacjenta z lekarzem, traktując chorego w sposób bardziej holistyczny w odróżnieniu od paternalistycznego *compliance*. Słowo *persistence* oznacza długoterminowość działania, a *concordance* używa się w celu określenia współpracy pacjenta i lekarza w dokonaniu wyboru terapii i przyjęcia odpowiedzialności za podejmowane decyzje odnośnie leczenia.

Cel

Celem niniejszej pracy było omówienie czynników mających wpływ na przestrzeganie zaleceń lekarskich i ocena możliwości podniesienia stopnia współpracy między lekarzem a pacjentem na podstawie dostępnego piśmiennictwa.

Metody

Przeanalizowano 27 pozycji piśmiennictwa z lat 2005-2017 dotyczących omówienia zagadnień *compliance*, *adherence*, *persistence*, *concordance*.

Wyniki i omówienie

Do oceny stopnia przestrzegania zaleceń lekarskich najczęściej stosowany jest termin *adherence*. Jest to pojęcie multidyscyplinarne, stworzone na początku do oceny współpracy między lekarzem a pacjentem w leczeniu nadciśnienia tętniczego, następnie pojęcie to rozszerzono do opisanie problemów chorych cierpiących na inne choroby przewlekłe. Poza nadciśnieniem tętniczym najczęściej problem *non-adherence* dotyczy leczenia cukrzycy, zaburzeń lipidowych, astmy oskrzelowej, POCHP czy zakażenia wirusem wirusowego zapalenia wątroby typu C (HCV) i wirusem nabytego niedoboru odporności (HIV) [4, 5, 6].

Pojęcie to definiuje się jako „zakres, do którego zachowanie pacjenta pozostaje zgodne z zaakceptowanymi przez chorego zaleceniami medycznymi w odniesieniu do przyjmowania leków, przestrzegania diety, modyfikacji stylu życia”. Możemy przedstawić je w skali od 0% do 100% [1]. Mała wartość procentowa określa niski stopień *adherence*, co może wpłynąć na niepowodzenie leczenia. W oddziałach szpitalnych poziom *adherence* osiąga poziom 100%, natomiast w warunkach domowych po 6 miesiącach terapii mniej niż 50% pacjentów realizuje kolejną receptę [2]. W badaniach dotyczących *adherence* wyróżniamy dwie grupy pacjentów: pierwsza to chorzy z niską *adherence*, czyli do 80%. Drugą grupę stanowią pacjenci z wysoką *adherence*, a więc powyżej 80%. Taką wartość powinni osiągać chorzy w leczeniu nadciśnienia tętniczego, aby osiągnąć założony cel terapeutyczny [7, 14].

Do oceny stopnia współpracy lekarza z pacjentem służą metody bezpośrednie i pośrednie. Do metod bezpośrednich, najbardziej wiarygodnych, należy oznaczenie poziomu leku lub metabolitu w płynach ustrojowych, bezpośrednia obserwacja procesu terapii, monitorowanie leczenia pomiarem stężenia (aktywności) markerów biologicznych.

Do metod pośrednich zaliczymy liczenie odsetka tabletek przyjętych przez chorego w opakowaniach leków zwróconych przez pacjenta, stosowanie czytników elektronicznych, które monitorują każdorazowo otwarcie pojemnika z lekiem, stosowanie kwestionariuszy, jak obecnie wykorzystywany standaryzowany kwestionariusz MMAS-8 Morisky-Green. Jest on jednym z najczęściej stosowanych narzędzi badawczych [14]. Do innych metod pośrednich należy analiza rejestrów aptecznych, elektroniczny system monitorowania częstości otwierania opakowań, ocena odpowiedzi pacjenta na zastosowaną terapię, jak pomiar ciśnienia tętniczego, glikemii, częstości skurczów serca [12].

Dla przykładu, w jednym z badań klinicznych, które obejmowało ponad 4700 pacjentów otrzymujących leki hipotensyjne, wykorzystujący elektroniczny system monitoringu częstości otwierania opakowań, zanotowano przerwanie terapii po upływie roku u ponad połowy chorych, natomiast 10% nie stosowało zaleconych leków. W każdym dniu terapii chorzy nie przyjmowali 10% dawek zaleconych leków. 95% chorych przynajmniej raz w roku pominęło jedną dawkę leku. Zanotowano również sezonową i tygodniową zmienność przyjmowanych leków. Więcej dawek leku pominęto w okresie od kwietnia do września, około 30% chorych rzadziej przyjmowało leki w weekend [7, 12].

W badaniu UK General Practice Research Database, które dotyczyło grupy 109 454 chorych na NT, w trakcie 10 lat obserwacji leczenie było przerywane 223 228 razy z powodu działań niepożądanych. Chorzy najchętniej i najdłużej przyjmowali sartany. W następnej kolejności najlepszy współczynnik *adherence* odnotowano w przypadku stosowania

inhibitorów konwertazy angiotensyny, antagonistów wapnia, beta-adrenolityków, tiazydów, alfa1-adrenolityków i antagonistów receptora aldosteronu [14].

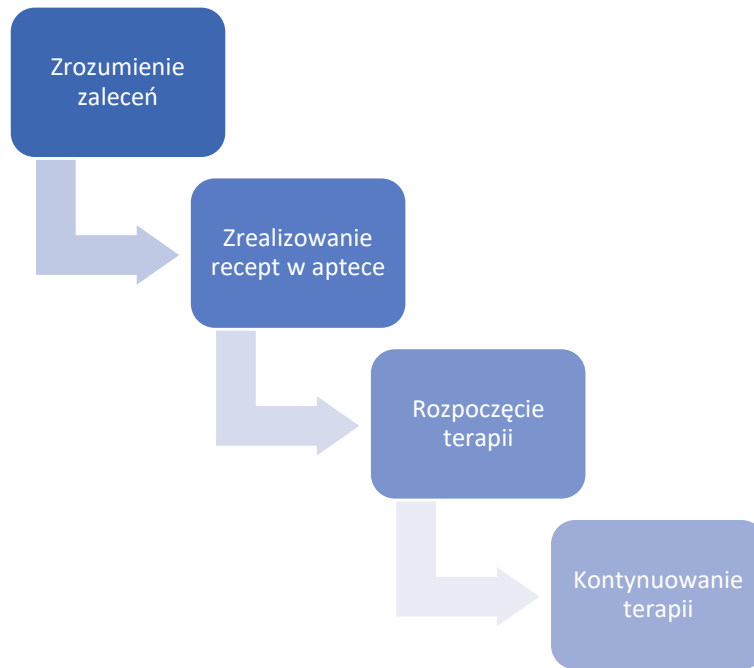
Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych skutkuje wzrostem zapotrzebowania na porady lekarskie, koniecznością wykonywania dodatkowych badań diagnostycznych, stosowania dodatkowych leków i terapii, wzrostem częstości hospitalizacji, zwiększeniem ryzyka inwalidztwa i wcześniejszego zgonu [13].

W jaki sposób pacjent może nie przestrzegać zaleceń terapeutycznych pokazuje rycina 1 (Ryc. 1.).



Ryc. 1. Sposoby nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych przez pacjenta [24].

Prawidłowe przestrzeganie zaleceń lekarskich może zostać zaburzone na czterech poziomach. Pierwszy poziom to zrozumienie zaleceń w gabinecie lekarskim, drugi poziom dotyczy realizacji recept w aptece, kolejne dwa poziomy dotyczą rozpoczęcia terapii i jej kontynuowania (Ryc. 2).



Ryc. 2. Poziomy, na których może dojść do zaburzenia *compliance*.

Do zmniejszenia współczynnika *adherence* i *compliance* może dojść już na poziomie gabinetu lekarskiego. Do przyczyn tego stanu zaliczymy:

- bariera językowa, niezrozumiały, medyczny język stosowany przez lekarza,
- trudne do zapamiętania przedstawione przez lekarza schematy dawkowania,
- zalecenia podawane jedynie w formie ustnej,
- częste przerywanie wizyty przez inny personel medyczny, odbieranie telefonów w trakcie wizyty przez lekarza i pacjenta,
- brak wyznaczenia wizyty kontrolnej lub wyznaczenie wizyty kontrolnej odległej w czasie,
- niedostosowanie ceny leków do zasobów finansowych chorego,
- zastępstwo lekarza,
- pośpiech.

Na poziomie apteki wpływ na *non-adherence* mają:

- zgubienie recepty,

- wydanie zamienników stosowanych stale przez pacjenta leków bez porozumienia z chorym,
- zbyt wysoka cena leków i rezygnowanie przez to z realizacji części recept,
- enigmatyczne odpowiedzi lub ich brak na pytania zadawane przez pacjenta farmaceutyce,
- brak korygowania nieprawidłowych zachowań pacjenta.

W trakcie terapii negatywny wpływ na stosowanie się pacjenta do zaleceń terapeutycznych może mieć sam lekarz, który akceptuje brak zadowalających efektów leczenia. Zjawisko to nazywamy inercją terapeutyczną.

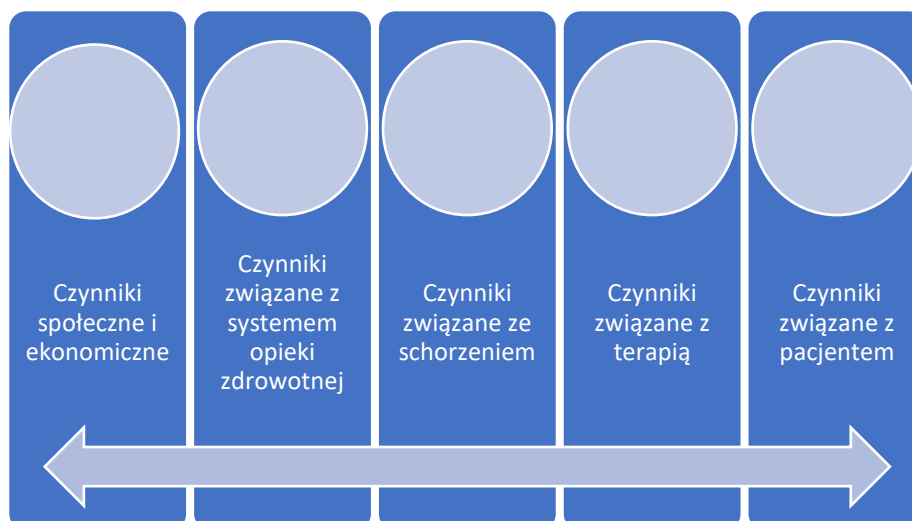
Do innych przyczyn braku dobrej współpracy pomiędzy lekarzem a pacjentem należą:

- choroba przewlekła, wymagająca długoterminowego działania (*persistence*)[17],
- złożone schematy terapii,
- brak zadowalających efektów leczenia,
- obawa przed wystąpieniem działań ubocznych leczenia,
- zaburzenia depresyjne, lękowe,
- problemy z pamięcią,
- polipragmazja,
- brak szybkich efektów zastosowanej terapii,
- choroba przebiegająca skąpo- lub bezobjawowo,
- brak zainteresowania swoim stanem zdrowia,
- często zmieniający się lekarze rodzinni w przychodni, brak „zaufanego” lekarza,
- trudny dostęp do specjalistów, wielomiesięczne kolejki oczekiwania,
- zbyt długie okresy czasu pomiędzy wizytami,
- nagłe zdarzenia losowe lub trudna sytuacja rodzinna chorego, co powoduje odwrócenie uwagi od własnego zdrowia.

Jak przeciwdziałać *non-adherence* i *non-compliance*

W badaniach klinicznych porównujących różne metody zwiększające poziom *adherence* i *compliance* trudno o jednolite opinie i wskazanie jednego najbardziej skutecznego sposobu poprawiającego przestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Dlatego wyeliminowanie kilku czynników wpływających na niezdyscyplinowanie pacjenta, może przynieść spodziewany efekt [15, 16].

Czynniki wpływające na przestrzeganie zaleceń terapeutycznych można zakwalifikować do pięciu głównych grup, co ilustruje poniższy wykres (Ryc. 3.).



Ryc. 3. Grupy czynników mających wpływ na przestrzeganie zaleceń terapeutycznych.

Poprawie *compliance* służy uproszczony schemat dawkowania leków. Sposoby upraszczania terapii lekowej przedstawia tabela 1 [Tab. 1].

Tab. 1. Sposoby upraszczania schematów dawkowania leków

Ograniczenie liczby stosowanych leków
Stosowanie tabletek 2 w 1
Wybieranie leków w formie dogodnej dla pacjenta, na przykład kapsułki, drażetki, syropu
Wybieranie leków w dogodnym opakowaniu
Wybieranie leków o rzadkim stosowaniu w ciągu dnia
Zalecanie przyjmowania leków o dogodnej dla pacjenta porze
Unikanie polipragmazji

Dużym problemem, zwłaszcza u osób powyżej 65rż, jest polipragmazja, definiowana różnie w literaturze, jako „zażywanie przez chorego wielu leków równocześnie bez znajomości mechanizmów ich działania i występujących między nimi interakcji albo przypisywanie nadmiernej liczby leków bez wyraźnej potrzeby.” Inne definicje to „pobieranie przez chorego co najmniej jednego leku, dla którego nie ma wskazań” lub „równoczesne przyjmowanie więcej niż 5 leków”[18]. Zapobiegać polipragmazji można w różny sposób. Lekarz w pierwszej kolejności powinien ustalić, czy lek jest niezbędny w terapii lub stosowany w celu przerwania działań niepożądanych wywołanych innym lekiem. Należy sprawdzić, czy pacjent nie przyjmuje kilku takich samych leków różniących się nazwą handlową oraz czy nie stosuje jednocześnie innych leków sprzedawanych bez recepty (OTC- *over the counter*) [12].

Dobrym sposobem na zredukowanie zbyt rozbudowanego schematu dawkowania leków jest przepisywanie preparatów złożonych, zawierających w swoim składzie 2 lub więcej pojedynczych leków. Najczęściej połączenia „2 w 1” stosuje się w leczeniu nadciśnienia tętniczego. W jednym z badań klinicznych o nazwie ACCOMPLISH wykazano, że terapia preparatem zawierającym inhibitor enzymu konwertującego angiotensynę i antagonistę wapnia spowodowała zmniejszoną częstość punktu końcowego badania, na który składał się zgon z przyczyn sercowo-naczyniowych oraz niezakończony zgonem zawał serca i udar mózgu (o 21%), zmniejszenie o 14% częstości rewaskularyzacji tętnic wieńcowych oraz ograniczenie częstości hospitalizacji [19]. Chociaż należy pamiętać, że poprawa skuteczności leczenia może się również wiązać z wnikliwym nadzorowaniem terapii hipotensyjnej podczas badania. Korzyściami ze stosowania preparatów złożonych są również: zmniejszenie liczby działań niepożądanych, wzmocnienie efektu synergistycznego i niższy zazwyczaj koszt terapii [20]. Daje to dodatkowe możliwości poprawy *adherence*. Innym sposobem poprawy współpracy z chorym jest stosowanie preparatów o przedłużonym uwalnianiu [21, 22].

Edukacja pacjentów jest bardzo ważną składową działaniem mogących poprawić przestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Podczas wizyty lekarskiej chory powinien otrzymać najważniejsze informacje dotyczące rozpoznania choroby, objawów, jakie mogą wystąpić, sposobów leczenia. Również bardzo ważne jest poinformowanie pacjenta w jakim celu przepisuje się dany lek i podanie jasnych wytycznych dotyczących dawkowania leku. Lekarze nierzadko mają tendencję do przechodzenia od razu do technicznej części zaleceń dotyczących przyjmowania leków, pomijając wyjaśnienia odnośnie samej choroby [2].

Kolejne punkty edukacji pacjentów podczas wizyty w gabinecie lekarskim przedstawia rycina 4 (Ryc. 4.).

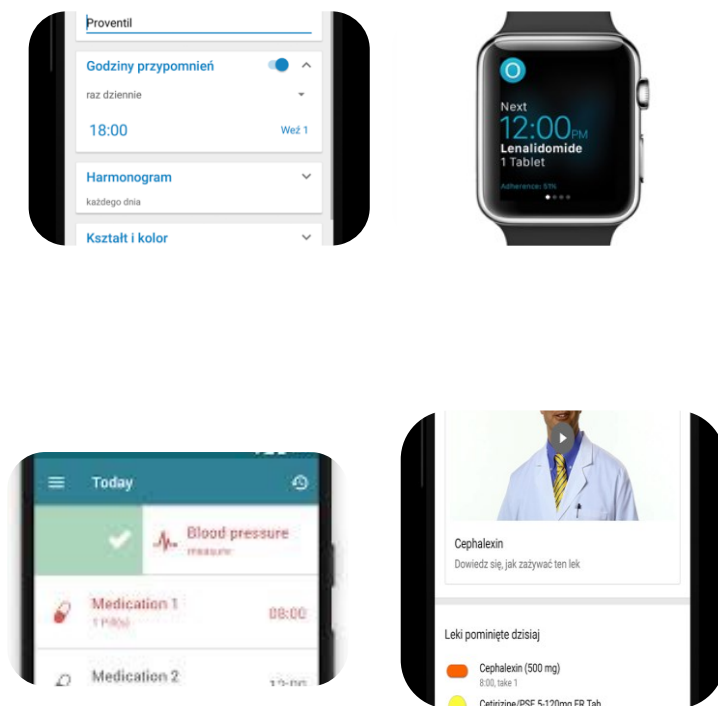


Ryc.4. Kolejne etapy edukacji pacjenta w gabinecie lekarskim.

Dużą rolę w edukacji chorego odgrywa farmaceuta, który wyjaśnia sposoby działania danych leków, uspokaja pacjenta, wykazuje troskę o jego zdrowie, motywuje go, również na życzenie pacjenta, szuka tańszych odpowiedników przepisanych medykamentów. Mees w swoim artykule wypowiada się na temat wiodącej roli farmaceutów w edukacji pacjentów [23].

Do innych form edukacji pacjentów należą aplikacje mobilne w telefonach, które jako nowoczesna metoda komunikowania się z pacjentem, sprawdzają się zwłaszcza u młodzieży. Zaletą tej formy jest przypominanie chorym o czasie przyjęcia leku w czasie rzeczywistym [25]. Inne sposoby edukacji chorego to strony internetowe, kontrolne kontakty telefoniczne (duża rola pielęgniarek w tym zakresie), terapia rodziny.

Przykłady aplikacji mobilnych przedstawia rycina 5.



Ryc.5. Przykłady aplikacji mobilnych w telefonach i zegarkach typu smartwatch.

Niektóre grupy czynników społeczno-ekonomicznych bardzo trudno jest wyeliminować w krótkim czasie lub nie poddają się zmianom. Należą do nich niski status społeczny, ubóstwo, rasa, płeć, wiek, analfabetyzm, bezrobocie, samotność, brak skutecznej pomocy społecznej, wysokie koszty transportu, wpływy kulturowe i religijne. Wśród chorych na cukrzycę zjawisko *non-adherence* jest widoczne zwłaszcza u osób z niskim statusem społeczno-ekonomicznym oraz z problemem alkoholowym [8].

Bardzo dużym wyzwaniem dla lekarzy i środowiska pacjenta jest depresja, której prawidłowe rozpoznanie i leczenie znacząco poprawiłoby poziom *adherence*. Depresja często towarzyszy chorobom przewlekłym. Na przykład w populacji chorych na cukrzycę występowanie depresji jest dwukrotnie częstsze niż w populacji ogólnej. Chorzy ci gorzej przestrzegają zasad samokontroli cukrzycy, są bardziej narażeni na powikłania cukrzycy niż osoby bez zaburzeń nastroju [8, 23]. Chorzy z depresją mają obniżony nastrój i napęd psychoruchowy, tracą zainteresowania, mają niską samoocenę, są pesymistycznie nastawieni do leczenia, bardziej i częściej odczuwają skutki uboczne działania leków. Skutkuje to słabszym przestrzeganiem zaleceń lekarskich. Wiadomo również, że depresja występuje pod różnymi maskami. Rolą lekarza jest wczesne prawidłowe rozpoznanie choroby, skierowanie do

specjalisty, podjęcie działań edukacyjnych. Prawidłowo prowadzone leczenie zaburzeń depresyjnych poprawia *compliance* w leczeniu innych chorób przewlekłych [26, 27].

Komunikacja pomiędzy lekarzem i pacjentem jest jedną z ważniejszych zmiennych, które mają wpływ na jakość współpracy chorego z lekarzem, stosowanie się do zaleceń lekarskich i cały proces leczenia. Za czasów Platona i Arystotelesa relacje lekarz-pacjent określano jako przyjaźń lekarską, Hipokrates zaś traktował chorych w sposób holistyczny. Stawianie diagnozy następowało po dogłębnej analizie i obserwacji pacjenta. W XX wieku chorobę pojmowano jedynie w aspekcie biomedycznym, nie skupiając się na czynnikach psychicznych. Powrót do myślenia holistycznego nastąpił dopiero w roku 1946 w momencie pojawienia się nowej definicji zdrowia, jako pełnego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego[9].

Wyróżniamy trzy modele relacji lekarz-pacjent:

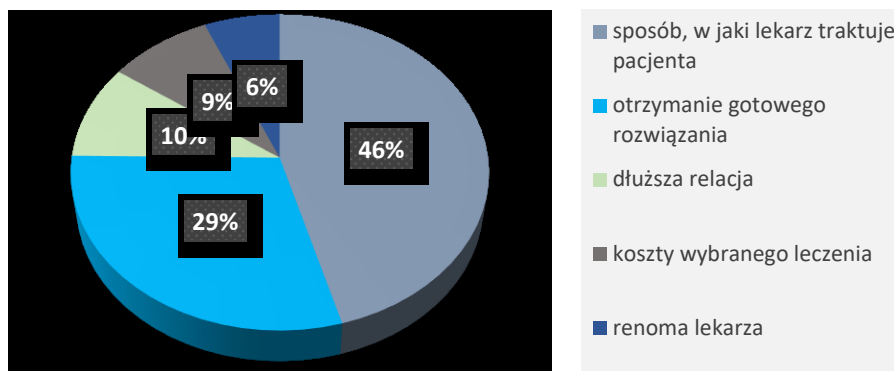
- model paternalistyczny,
- model partnerski,
- model systemowo-partnerski [9].

Znaczenie słowa *compliance* jako przestrzeganie zaleceń lekarskich, kojarzy się ze sposobem traktowania chorego w sposób paternalistyczny, gdzie lekarz jest ojcem pragnącym dobra dla swojego dziecka, bez brania pod uwagę jego woli i wolności. Chory jest w tym układzie stroną bierną, a choroba traktowana jest w wymiarze biologicznym. Lekarz podejmuje samodzielne decyzje o wyborze najlepszego sposobu leczenia, pacjent nie bierze odpowiedzialności za jego skutki, ale też nie uczestniczy świadomie w terapii. Pierwsze głosy krytyki tego modelu zaczęły się już w XIX wieku [9]. Obecnie odchodzi się od niego, gdyż wpływa negatywnie na stosowanie się pacjentów do zaleceń lekarskich. Pozostałościami po tym modelu jest ukrywanie prawdy przed chorym, brak dostatecznej informacji, wprowadzanie w błąd pacjentów, zastraszanie chorych.

Obecnie przeważa model partnerski, gdzie relacje między lekarzem a pacjentem przebiegają na zasadzie porozumienia, lekarz darzony jest dużym zaufaniem, doradza choremu, przedstawiając aktualnie dostępne sposoby leczenia. Chory ma możliwość podjęcia ostatecznej decyzji, jest współodpowiedzialny za skutki leczenia.

Jakie czynniki w relacji lekarz-pacjent mają wpływ na odczuwanie przez pacjenta współodpowiedzialności za leczenie i jego skutki przedstawia poniższa rycina (Ryc. 6.) na podstawie badań własnych przeprowadzonych przez Z. Kowalskiego w rozdziale pt. „Komunikacja lekarza z pacjentem” wydawnictwa Polpharmy „Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych: od przyczyn do praktycznych rozwiązań”.

Co powoduje, że pacjent czuje się odpowiedzialny za efekty leczenia



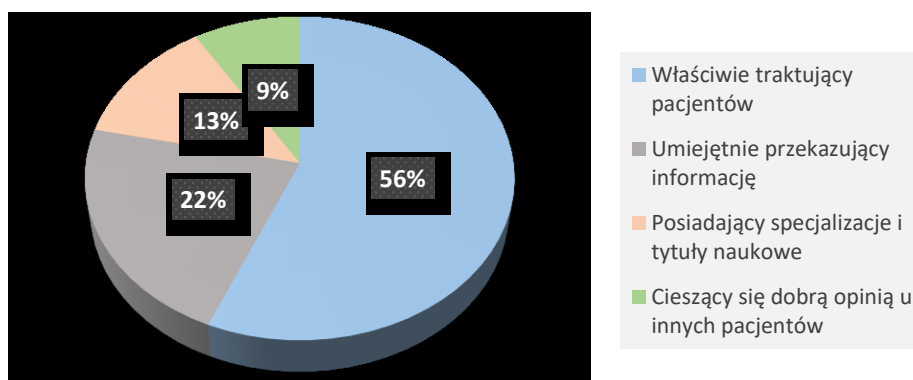
Ryc. 6. Co powoduje, że pacjent czuje się odpowiedzialny za efekty leczenia?

Odpowiedzialność pacjenta za efekty leczenia powoduje lepszą współpracę i poprawę przestrzegania zaleceń lekarskich odnośnie przyjmowanych leków i zmiany stylu życia, również w wymiarze długoterminowym.

Trzecim modelem relacji lekarz-pacjent jest model systemowo-partnerski, gdzie pacjent traktowany jest jako dynamiczny element współdziałających ze sobą struktur medycznych, rodzinnych i społecznych. Lekarz zwraca uwagę na problemy występujące w rodzinie i środowisku chorego, zajmuje się profilaktyką chorób i edukacją chorego i jego rodziny. Ten model działania wykorzystywany jest w poradniach lekarza rodzinnego. Daje dużą szansę na dobrą współpracę z chorym w zakresie leczenia farmakologicznego, zmiany złych nawyków żywieniowych i stylu życia poprzez wpływ na całą rodzinę pacjenta.

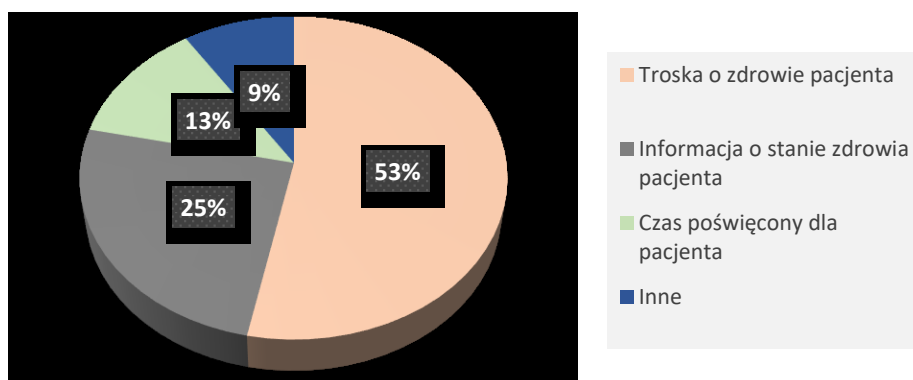
Mając zaufanie do lekarza jako dobrego specjalisty, troszczącego się o jego zdrowie, poświęcającego mu swój cenny czas, pacjent wykazuje lepszy poziom *adherence*. Co dla pacjenta znaczy pojęcie „dobry lekarz” i co ma największe znaczenie w kontakcie z lekarzem, przedstawiają poniższe ryciny (Ryc. 7., Ryc. 8.), na podstawie badań ankietowych Z. Kowalskiego, przedstawionego w wydawnictwie Polpharmy „Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych: od przyczyn do praktycznych rozwiązań” [10,11].

Co dla pacjenta znaczy sformułowanie "dobry lekarz"



Ryc.7. Co dla pacjenta znaczy sformułowanie „dobry lekarz”?

Co ma największe znaczenie w kontakcie z lekarzem



Ryc.8. Co ma największe znaczenie w kontakcie z lekarzem?

Poprawę umiejętności komunikacyjnych lekarz może nabyć poprzez naukę, ćwiczenia, doświadczenie. Wymaga to chęci, samodyscypliny i poświęcenia czasu. Również dobrym rozwiązaniem byłaby zmiana programu kształcenia przyszłych adeptów sztuki medycznej. W skład zajęć powinny wchodzić również te związane z komunikacją interpersonalną.

Wnioski

Niedostateczna współpraca pacjenta z lekarzem niesie za sobą poważne konsekwencje zdrowotne dla chorego, jak również obciąża finansowo cały system opieki zdrowotnej. Zwiększa się odsetek chorobowości, inwalidztwa i śmiertelności wśród chorych. Wiele przyczyn ma wpływ na nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych przez chorego. Niemożliwe jest wyodrębnienie jednego czynnika, który bezpośrednio oddziałuje na podniesienie poziomu *adherence*. Dopiero współpraca na wielu płaszczyznach może przynieść zadowalające efekty.

Piśmiennictwo:

1. Batko B Niedostateczny stopień współpracy pacjenta z lekarzem przyczyną nieskuteczności leczenia metotreksatem chorób zapalnych stawów. *Wiadomości Lekarskie* 2017, tom LXX, nr 4.
2. Gaciong Z, Kardas P Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych: od przyczyn do praktycznych rozwiązań. Warszawa: Naukowa Fundacja Polpharmy, 2015.
3. Kubica A i wsp. Compliance, concordance, adherence w przewlekłej terapii. *Folia Cardiologica Excerpta* 2010, 5(2): 54-57.
4. Kardas P Rozpowszechnienie nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych wśród pacjentów leczonych z powodu wybranych schorzeń przewlekłych. *Pol. Merk. Lek.*, 2011; XXXI(184): 215-220.
5. Kardas P Nieprzestrzeganie przez pacjentów zaleceń terapeutycznych podczas leczenia hiperlipidemii – częstość, przyczyny, możliwości poprawy. *Post. Pol. Med. Farm.*, 2013; 3(1): 83-94.
6. Kardas P, Czeleko T, Śliwczyński A Ciągłość i systematyczność leczenia astmy i POChP w Polsce – ocena przestrzegania zaleceń terapeutycznych na podstawie analizy krajowej bazy danych realizacji recept. *Proceedings of the 10th international conference of the Polish Pharmacoeconomics Society. ISPOR Poland Chapter, Warsaw 2012.*
7. Burnier M, Wuerzner G, Struijker-Boudier H, Urquhart J Measuring, analyzing, and managing drug adherence in resistant hypertension. *Hypertension*, 2013; 62: 218-225.
8. Wróbel M, Szymborska-Kajanek A, Strojek K Przestrzeganie zaleceń lekarskich (compliance) jako element leczenia cukrzycy. *Med. Dypł.*, 2008; supl 03/08: 13-16.
9. Zembala A Modele komunikacyjne w relacjach lekarz-pacjent. *Zeszyty Naukowe Towarzystwa Doktorantów UJ Nauki Ścisłe*; 11(2/2015): 35-49.
10. Włoszczak-Szubzda A, Jarosz M Rola i znaczenie komunikacji w relacji lekarz – pacjent–rodzina. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2012, 18(3): 206-211.
11. Kowalski Z Komunikacja lekarza z pacjentem. Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych: od przyczyn do praktycznych rozwiązań. Warszawa: Naukowa Fundacja Polpharmy. *Cześć* 3(1): 219-230.
12. Jasińska M, Kurczewska U, Orszulak-Michalak D Zjawisko non-adherence w procesie opieki farmaceutycznej. *Farmakologia Polska*, 2009; 65(11): 765-771.
13. Briesacher B, Andrade S, Fouayzi H, Chan K Comparison of drug adherence rates among patients with seven different medical conditions. *Pharmacotherapy*. 2008, 28(4): 437–443.

14. Rycombel A, Lomper K, Uchmanowicz I Adherence i compliance w leczeniu nadciśnienia tętniczego. *Nadciśnienie tętnicze* 2014; 18(3): 151-158.
15. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med.* 2005; 353(5): 487-497.
16. Cramer JA, Roy A, Burrell A i wsp. Medication compliance and persistence: terminology and definitions. *Value in Health.* 2008; 11(1): 44-47.
17. Peterson AM i wsp. A Checklist for Medication Compliance and Persistence Studies Using Retrospective Databases. *Value in Health.* 2007; 10(1): 3-10.
18. Misztal-Okońska P, Młynarska M, Goniewicz M, Ceglińska D. Polypharmacy among adults aged over 65 years. *Journal of Education, Health and Sport.* 2017;7(8):267-279.
19. Jamerson K, Weber MA, Bakris G i wsp. ACCOMPLISH Trial Investigators. Benazepril plus amlodipine or hydrochlorothiazide for hypertension in high-risk patients. *N. Engl. J. Med.* 2008; 359: 2417–2428.
20. Pupek-Musialik D, Musialik K Leki złożone w terapii nadciśnienia tętniczego — najnowsze standardy terapii Europejskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego. *Forum Zaburzeń Metabolicznych* 2011, tom 2, nr 3: 159–168.
21. Świątoniowska N, Jankowska-Polańska B Adapting to the therapeutic recommendations of patients treated of type 2 diabetes. *Journal of Education, Health and Sport.* 2017;7(4):542-562.
22. Gottwald-Hostalek U, Kurzeja A, Strojek K Stosowanie się pacjentów do zaleceń terapeutycznych i tolerancja leczenia metforminą o przedłużonym uwalnianiu u chorych na cukrzycę typu 2. Badanie GLUCOMP. *Diabetologia Praktyczna.* 2016; 2(1): 18-25.
23. Meece J Improving medication adherence among patients with type 2 diabetes. *Journal of Pharmacy Practice.* 2014; 27(2): 187-194.
24. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego z 22.09.2010 r. w sprawie konieczności włączenia się pielęgniarek w przygotowanie pacjenta do przestrzegania zaleceń terapeutycznych str. 1-2
25. Stelmach I, Jerzyńska J *Pediatrics. Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych w leczeniu chorób przewlekłych.* Warszawa: Naukowa Fundacja Polpharmy, 2015. Część B(8): 187-196.
26. Spławiński J, Cessak G Systematyczne stosowanie leku – najważniejszy element terapii. *Medycyna po Dyplomie, supl 03/08:* 4-6.
27. Kramer PD *Czym jest depresja.* Dom Wydawniczy REBIS, Warszawa 2007