

HANNA PUDŁO, AGATA GABŁOŃSKA, MALWINA RESPONDEK

## Stosowanie się do zaleceń lekarskich wśród pacjentów dotkniętych chorobami układu krążenia

### Adherence to Medical Recommendations for Patients with Cardiovascular Disease

Zakład Epidemiologii i Biostatystyki, Śląski Uniwersytet Medyczny

#### Streszczenie

**Wprowadzenie.** Stosowanie się do zaleceń lekarskich jest poważnym problemem dla większości pacjentów. Zjawisko to stwarza wiele niebezpieczeństw, szczególnie w leczeniu chorób przewlekłych. Do opisu zależności wynikających z relacji lekarz–pacjent oraz stosunku pacjenta do terapii służą angielskie pojęcia: *compliance*, *adherence*, *persistence* – współpraca, zgodność i wytrwałość. Choroby układu krążenia to główne przyczyny zgonów w Polsce. Właściwe ich leczenie wymaga stałego przestrzegania zaleceń dotyczących farmakoterapii, aktywności fizycznej, diety oraz monitorowania ciśnienia krwi i poziomu cholesterolu. Tylko w taki sposób jest możliwe osiągnięcie i utrzymanie prawidłowego stanu zdrowia.

**Cel pracy.** Zbadanie współpracy, zgodności i wytrwałości pacjentów Śląskiego Centrum Chorób Serca i użytkowników forów internetowych dla osób z chorobami układu krążenia odnośnie do zażywania leków, stosowania się do zaleceń lekarskich dotyczących diety i aktywności fizycznej oraz ocena relacji lekarz–pacjent.

**Materiał i metody.** Badaniem ankietowym objęto 300 chorych, w tym 171 kobiet i 129 mężczyzn. Ankietowani to pacjenci Przychodni Kardiologicznej Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze oraz chorzy korzystający z forów internetowych dla osób z chorobami serca. Do badań została wykorzystana autorska ankieta, w której zawarto 4 pytania testu Morisky’ego-Greena do samooceny stopnia współpracy. Badanie było przeprowadzone w okresie 1.10.2010–16.05.2011 r.

**Wnioski.** Większość badanych nie wykazuje odpowiedniej współpracy w czasie trwania terapii i przyjmowania leków odpowiednio ze schematem terapeutycznym oraz nie jest wytrwała w stosowaniu się do tych zaleceń. Na stosowanie się do zaleceń terapeutycznych w terapii przewlekłych chorób układu sercowo-naczyniowego mają wpływ: płeć, wykształcenie i miejsce zamieszkania chorych.

**Wnioski.** Praca ukazuje potrzebę aktywnej edukacji, wsparcia i budowania szerokiej współpracy dotyczącej stosowania się do zaleceń terapeutycznych pacjentów w terapii chorób przewlekłych (Piel. Zdr. Publ. 2012, 2, 3, 193–200).

**Słowa kluczowe:** *compliance*, *adherence*, *persistence*, choroby układu krążenia.

#### Abstract

**Background.** Adherence to medical recommendations is a serious problem for most of patients. This phenomenon poses many dangers, particularly to treat chronic diseases. To describe the dependencies arising from doctor–patient relationship and patient care are English terms: *compliance*, *adherence*, *persistence* – cooperation, consistency and perseverance. Cardiovascular diseases are the major causes of death in Poland. Appropriate treatment of cardiovascular disease requires consistent adherence to recommendations for medication, physical activity, diet and monitoring blood pressure and cholesterol levels. Only in this way it is possible to achieve and maintain good health.

**Objectives.** The aim of the work is to explore adherence, compliance and patient persistence of the Silesian Centre for Heart Diseases and users of online forums for people with cardiovascular disease, in the use of drugs, applied to medical recommendations regarding diet and physical activity and assess doctor – patient relationship.

**Material and Methods.** The study questionnaires included 300 patients, 171 women and 129 men. Respondents were patients Cardiology Clinic of the Silesian Centre for Heart Diseases in Zabrze, and patients who use online forums for people with heart disease. For the author’s research was used in the survey included four questions were’s

Test Morisky-Green's self-esteem level of cooperation. The study was conducted in the period from 01.10.2010 to 16.05.2011 on.

**Results.** The vast majority of respondents did not show an adequate cooperation in therapy compliance in taking medication according to the therapeutic regimen, and persistence in applying these recommendations. The application of the recommendations of the therapeutic in the treatment of chronic diseases of the cardiovascular system is affected by gender, education and place of residence of patients.

**Conclusions.** This work shows the need for active education, support and build on the extensive cooperation of the patient's therapeutic recommendations in the treatment of chronic diseases (*Piel. Zdr. Publ.* 2012, 2, 3, 193–200).

**Key words:** compliance, adherence, persistence, cardiovascular diseases.

Współpraca lekarza z pacjentem to podstawowy warunek skuteczności diagnozy i terapii [1]. Brian Haynes definiuje współpracę lekarza z pacjentem 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” [2].

Na proces leczenia ma wpływ wiele czynników, takich jak: trafna diagnoza, kontakt lekarz–pacjent, odpowiednie leki, a także czynniki zależne od pacjenta, np. systematyczne przyjmowanie leków oraz przestrzeganie zaleceń dodatkowych (np. stosowanie odpowiedniej diety oraz odpowiednia aktywność fizyczna). Większość pacjentów ma problem ze stosowaniem się do zaleceń lekarskich, w tym także z systematycznym przyjmowaniem zaordynowanych leków. Zjawisko to stwarza wiele niebezpieczeństw, szczególnie w leczeniu chorób przewlekłych, ale także w prowadzeniu antybiotykoterapii [3].

Od kilkunastu lat są prowadzone badania, próby naukowego opisu oraz poprawy współpracy pacjenta z lekarzem, jego zaangażowania w terapię i przestrzegania zaleceń lekarskich.

Większość pacjentów ma problem z regularnym przyjmowaniem leków, dość powszechne jest stosowanie zbyt małej dawki leku lub pominięcie jednej lub więcej dawek leku przewidzianego w farmakoterapii. Z przeprowadzonych badań wynika, że pacjenci często skracają czas leczenia, kiedy poczują się lepiej lub nieregularnie przyjmują zaordynowane leki.

Do opisanego zależności wynikających z relacji lekarz–pacjent i stosunku pacjenta do terapii służą angielskie pojęcia: *compliance*, *adherence*, *persistence* – współpraca, zgodność i wytrwałość. Określenia *compliance* lub *adherence* używa się w odniesieniu do stopnia przestrzegania zaleceń terapeutycznych, czyli zgodności przyjmowania leków przez chorego z przepisany schematem terapeutycznym [2].

Kolejną miarą oceniającą stopień przestrzegania zaleceń lekarskich jest czas, przez jaki chory przyjmuje leki, określane jako *persistence*. Pojęcie to jest definiowane jako czas od rozpoczęcia zalecanej terapii do jej przerwania. Niektórzy autorzy

odnoszą *adherence* do szerokiego pojęcia przestrzegania zaleceń, które obejmuje zarówno *compliance*, jak i *persistence*.

Choroby układu krążenia stanowią bardzo poważny problem zdrowotny w dzisiejszych czasach. Z danych Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego wynika, że z powodu zawału serca umiera codziennie w naszym kraju ok. 100 osób. Ogółem choroby układu sercowo-naczyniowego są przyczyną prawie 500 zgonów każdego dnia oraz połowy zgonów w Polsce. Miażdżycza naczyń wieńcowych to główny powód przedwczesnej umieralności w Polsce. W 2005 r. przyczyną 45,7% zgonów w naszym kraju były choroby układu krążenia [4].

Chorzy nierzadko nie zdają sobie sprawy z powagi sytuacji i nie podejmują stosownej diagnostyki oraz nie przestrzegają zaleceń lekarskich odnośnie do zalecanej terapii.

W przypadku osób przewlekle chorych zażywających leki ich współpraca z lekarzem, zgodność i wytrwałość w prowadzonej terapii są bardzo ważne, ponieważ źle leczone choroby przewlekle niosą za sobą także duże straty finansowe i społeczne. Koszty nieodpowiednio leczonej choroby powodują: hospitalizację, inwalidztwo, obniżenie jakości życia, straty w produkcji z powodu absencji chorobowej pracownika, a nawet zgony. Dowiedziono, że aż 64% przyjęć do szpitala z powodu niewydolności serca wynika z braku systematycznego leczenia. Według szacunków, tylko w Stanach Zjednoczonych straty z tytułu nieprzestrzegania przez pacjentów wskazówek lekarskich sięgają rocznie aż 100 mld dolarów [2].

Właściwe leczenie chorób serca wymaga stałego przestrzegania zaleceń dotyczących farmakoterapii, aktywności fizycznej, diety oraz monitorowania ciśnienia krwi i poziomu cholesterolu. Tylko w taki sposób można osiągnąć i utrzymać prawidłowy stan zdrowia.

Różnice w podejściu do własnej choroby i sposobu leczenia wśród pacjentów mogą wynikać z sytuacji rodzinnej, wieku, rodzaju choroby i typu osobowości.

Każda z chorób przewlekłych wymaga systematycznego i często wieloletniego leczenia. W celu poprawy ciągłości terapii coraz częściej jest poru-

szany problem wypracowania sprawnego modelu współpracy między lekarzem a pacjentem.

Nieprawidłowe zachowania pacjentów mogą niestety prowadzić do poważnych problemów zdrowotnych, pogłębiania skutków chorób przewlekłych i szybszego ich rozwoju. Niestosowanie się do zaleceń lekarza powoduje odległe konsekwencje.

## Materiał i metody

Badaniem ankietowym objęto 300 chorych, w tym 171 kobiet i 129 mężczyzn. Ankietowani to pacjenci Przychodni Kardiologicznej Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu oraz chorzy korzystający z forów internetowych dla osób z chorobami serca: [www.kardioserwis.pl](http://www.kardioserwis.pl); [www.kardiolo.pl](http://www.kardiolo.pl); [www.nasze-choroby.pl](http://www.nasze-choroby.pl).

Do badań została wykorzystana autorska ankieta, w której zawarto 4 pytania testu Morisky'ego-Greena do samooceny stopnia współpracy. Ankieta zawiera 36 pytań. Badanie było prowadzone w Centrum Chorób Serca w okresie 1.03.2011–16.05.2011 r. Ankieta była dostępna na forach internetowych 1.10.2010–1.05.2011 r. Kwestionariusze w wersji papierowej zostały wręczone osobiście i wypełnione w obecności autora.

W celu przeprowadzenia analizy statystycznej dane uzyskane podczas badania zostały wprowadzone, przetworzone i przeanalizowane za pomocą programu STATISTICA 7.0.

Do zbadania zależności między zmiennymi jakościowymi wykorzystano test niezależności  $\chi^2$  dla poziomu istotności  $\alpha = 0,05$ .

## Wyniki badań

### Struktura badanej populacji

W badaniu ankietowym wzięło udział 171 kobiet, co stanowi 57% ogółu badanych i 128 mężczyzn – 43% ankietowanych. Respondenci to w większości mieszkańcy dużych miast, tj. powyżej 100 tys. mieszkańców, którzy stanowili 56% badanych. Najmniej ankietowanych pochodziło z małych miast liczących do 50 tys. mieszkańców.

Najliczniejszymi grupami wiekowymi w badaniu były osoby między 20. a 40. r.ż. oraz 40. a 60. r.ż., każda z grup stanowiła 36,7% ankietowanych. Najmniej było osób poniżej 20. r.ż., zaledwie 3,3% badanej populacji, a osoby po 60. r.ż. stanowiły 23,3% badanych. Ankietowani w większości mieli wyższe wykształcenie (38%). Wykształcenie średnie miało 35% badanych, a wykształcenie podstawowe tylko 3%.

## Odpowiedzi na pytania dotyczące choroby i zachowań zdrowotnych

Ankietowani to osoby chore, leczące się z powodu chorób układu krążenia.

U 73% respondentów występowała miażdżycy, najczęściej był to jednak zespół objawów, tj.: miażdżycy, nadciśnienie i podwyższony poziom cholesterolu. Wady serca i zaburzenia rytmu stanowiły najrzadziej występujące jednostki chorobowe, odpowiednio 5 i 15% badanej populacji. Niewydolność serca miało 37% ankietowanych.

Większość badanych deklaruje, że przed zastosowaniem leku zapoznaje się z ulotką dołączoną do opakowania leku. Niepokojące jest jednak, że aż 15% ankietowanych nie czyta jej wcale, a 22% robi to tylko czasami. Blisko 30% chorych przyznaje, że nie wykupuje wszystkich leków przepisanych przez lekarza.

Leki o stałych porach dnia przyjmuje 60% badanych, 21% nie przyjmuje leków o stałych porach, a 19% robi to tylko czasami.

40% ankietowanych zdarza się nie przyjąć zaplanowanej dawki leków, a 60% deklaruje, że taka sytuacja u nich nie występuje.

Bardzo niepokojące jest, że 47% chorych przyznaje, że w okresie lepszego samopoczucia zmniejsza dawki leków lub ich nie przyjmuje i odbywa się to bez przeprowadzenia konsultacji z lekarzem. 53% ankietowanych nie zmienia sposobu zażywania leku zależnie od samopoczucia. Znaczna część chorych – 42% uważa, że zażywa zbyt dużą liczbę tabletek dziennie. Zbyt duża liczba przepisanych leków może utrudniać systematyczne ich przyjmowanie.

Badana grupa określiła również codzienne zachowania prozdrowotne, niezwiązane z leczeniem farmakologicznym. Ankietowani mogli zaznaczyć więcej niż 1 odpowiedź. Aktywnych fizycznie jest 60% badanych, 40% stosuje dietę, a 33% chorych stosowało suplementy diety. Zaprzestanie lub ograniczenie palenia papierosów zadeklarowało 17% badanych, 23% ograniczyło ilość wypijanego alkoholu. Żadnych dodatkowych środków prozdrowotnych nie stosuje 16% ankietowanych.

Aż 42% badanych uważa, że lekarz podczas wizyt nie przekazuje wszystkich niezbędnych informacji dotyczących leków i sposobu ich zażywania. Jako przyczynę słabego kontaktu i nie przekazywania wszystkich informacji podczas wizyt pacjenci głównie podawali brak czasu lekarza oraz zbyt krótki czas wizyt.

## Zależności występujące w badanej populacji

Wykazano wiele istotnych statystycznie zależności ukazujących grupy pacjentów szczególnie wymagających wsparcia i odpowiedniej motywacji do leczenia. Kobiety znacznie rzadziej od mężczyzn deklarują pomijanie dawek leków. Stosowanie się do zaleceń terapeutycznych jest więc uzależnione od płci chorego. Zależność między płcią a pomijaniem dawek leku jest istotna statystycznie (test  $\chi^2$ , dla  $\alpha = 0,05$ ;  $p < 0,001$ ).

Wiek również może mieć wpływ na podejście do choroby oraz stosowanie się do zaleceń. W badanej populacji zależności między grupami wiekowymi a pominięciem dawki leku są istotne statystycznie. W grupie osób będących w wieku 20–40 lat badani najczęściej przyznają się do pomijania dawek leku, co może być związane z największą aktywnością zawodową ludzi w tym wieku i pełnieniu wielu życiowych funkcji utrudniających regularne przyjmowanie leków (test  $\chi^2$ , dla  $\alpha = 0,05$ ;  $p < 0,001$ ).

Zmniejszanie dawek leku w zależności od samopoczucia i bez konsultacji z lekarzem deklarowały osoby w różnym wieku, o różnym statusie ekonomicznym i wykształceniu. W przypadku pomijania dawki leku w okresie lepszego samopoczucia istnieją istotne statystycznie różnice w zależności od wykształcenia. Osoby z wyższym wykształceniem najczęściej z wszystkich grup (59%) przyznawały, że nie zmniejszają liczby dawek leku nawet w okresie lepszego samopoczucia (test  $\chi^2$ , dla  $\alpha = 0,05$ ;  $p < 0,001$ ).

Dawki leku pomijają najczęściej mieszkańcy wsi i dużych miast. Mieszkańcy mniejszych miast liczących 50–100 tys. mieszkańców najrzadziej przyznają, że zdarza się im nie przyjąć dawki leku. Zależność między miejscem zamieszkania a pomijaniem dawki leku jest istotna statystycznie (test  $\chi^2$ , dla  $\alpha = 0,05$ ;  $p < 0,001$ ).

Palacze rzadziej stosują się do zaleceń dotyczących przyjmowania leków. 42% osób palących papierosy przyznało się do pomijania dawek leku. Wśród ankietowanych nigdy niepalących tylko 15% deklaruje, że pomija dawki leku. Wśród osób niepalących aż 78% dowodzi, że nigdy nie pomija dawek swoich leków, podczas gdy wśród palaczy odsetek osób niepomijających dawek leku wynosi 49%. Respondenci, którzy zaprzestali palenia również w znacznie większym stopniu nie przestrzegają zaleceń farmakologicznych (42% badanych pomija dawki leku) w porównaniu z osobami nigdy niepalącymi (test  $\chi^2$ , dla  $\alpha = 0,05$ ;  $p < 0,001$ ).

Osoby leczące się z powodu chorób układu krążenia, które uważają, że zażywają zbyt dużą liczbę leków znacznie częściej przyznają się do

nieprzyjmowania dawek leku. Wśród osób, które zażywają zbyt dużo leków, aż 45% zdarza się pomijać dawki leku. W grupie osób, które twierdzą, że nie zażywają zbyt dużo leków, 61% deklaruje, że sytuacja pomijania leku nie zdarza się, 24% pomija dawki leku, a 15% zdarza się to tylko czasem (test  $\chi^2$ , dla  $\alpha = 0,05$ ;  $p < 0,001$ ).

Istotne statystycznie różnice zanotowano między osobami, u których wystąpił epizod depresji a osobami, u których depresji nie było. W grupie badanych, u których wystąpił epizod depresji aż 45% przyznaje się do nieprzyjmowania dawek leku, a w grupie osób nie mających depresji pomijanie dawek leku deklaruje 24% ankietowanych (test  $\chi^2$ , dla  $\alpha = 0,05$ ;  $p < 0,001$ ).

Okazuje się, że udzielanie przez lekarza szczegółowych informacji na temat sposobu zażywania leków i leczenia może mieć pozytywny wpływ na stosowanie się pacjentów do jego zaleceń. Wśród osób, którym lekarz udziela ich zdaniem wszystkich niezbędnych informacji na temat leku i sposobu leczenia aż 74% badanych deklaruje, że nie zdarza się im sytuacja pomijania dawek leku, a respondenci uważający, że lekarz nie udziela im wystarczających informacji w 38% przyznają, że przyjmują każdą zaplanowaną dawkę leku (test  $\chi^2$ , dla  $\alpha = 0,05$ ;  $p < 0,001$ ).

Statystycznie istotna jest również zależność między liczbą zażywanych dziennie tabletek a pomijaniem dawek leku. Osoby zażywające > 10 tabletek dziennie najczęściej przyznawały się do pomijania dawek leku (60%). Największą systematyczność zadeklarowały osoby zażywające 1 tabletkę dziennie (67%) i przyjmujące 5–10 tabletek dziennie (88%) (test  $\chi^2$ , dla  $\alpha = 0,05$ ;  $p < 0,001$ ).

Czas trwania choroby może mieć również wpływ na regularne zażywanie leków. Istnieje statystyczna zależność pomijania dawki leku od czasu trwania choroby. Wyniki pokazują, że najtrudniej jest przyjmować regularnie wszystkie leki tym badanych, którzy chorują krócej niż rok (50% pomija dawki leku) oraz osobom chorującym 2–5 lat. Im dłużej trwa choroba, tym respondenci coraz rzadziej pomijają dawki leku. Wśród osób chorujących > 10 lat 100% deklaruje niepomijanie żadnej dawki leku (test  $\chi^2$ , dla  $\alpha = 0,05$ ;  $p < 0,001$ ).

Stosowanie diety odpowiedniej dla danej jednostki chorobowej jest istotnie statystycznie, uzależnione od wieku ankietowanego chorego. Dieta ma duże znaczenie zwłaszcza w leczeniu i profilaktyce chorób układu krążenia. Stosowanie odpowiedniej dla swojej jednostki chorobowej diety deklarowały najczęściej osoby w wieku 40–60 lat (55% tej grupy). Osoby poniżej 20. r.ż. nie stosują odpowiedniej diety. Ankietowani będący w wieku 20–40 lat w 65% przyznawali się do niestosowania

właściwej diety. Osoby po 60. r.ż. nie stosowały się do zaleceń dietetycznych w 67% (test  $\chi^2$ , dla  $\alpha = 0,05$ ;  $p < 0,001$ ).

Istnieje również statystyczna zależność między liczbą osób w gospodarstwie domowym a przyjmowaniem leków podczas złego samopoczucia, które może się wiązać z lekiem. Osoby samotne i z większych rodzin najczęściej w okresie złego samopoczucia decydują się na pominięcie dawki leku.

Okazuje się również, że ankietowani prowadzący aktywny tryb życia, którzy są aktywni fizycznie także poza pracą zawodową lub obowiązkami domowymi znacznie rzadziej pomijają dawki zaordynowanych leków. W grupie osób, którzy są codziennie aktywni fizycznie 82% deklaruje, że nie zdarza im się nie przyjąć dawki leku, a 18% z tej grupy pomija dawkę leku tylko czasami. Wśród osób ćwiczących 2–3 razy w tygodniu 24% przyznaje się do pomijania dawek leku, a 76% deklaruje, że taka sytuacja się nie zdarza. Znacznie gorzej sytuacja wygląda u osób, które są aktywne fizycznie tylko kilka razy w miesiącu, raz w miesiącu lub wcale. W tych grupach ponad 66% badanych deklaruje nie przyjmowanie dawek leku. Może to świadczyć o tym, że osoby regularnie ćwiczące mają dużą świadomość zdrowotną i bardziej dbają o zdrowie, nie pozwalając sobie na pominięcie dawek leku (test  $\chi^2$ , dla  $\alpha = 0,05$ ;  $p < 0,001$ ).

### **Wyniki testu Morisky'ego-Greena do samooceny stopnia współpracy**

Ankieta zawierała 4 pytania, które stanowią test Morisky'ego-Greena do samooceny stopnia współpracy:

Czy kiedykolwiek zapomniałeś wziąć swoje lekarstwo?

Czy zdarza ci się nie przestrzegać godzin przyjmowania leków?

Czy pomijasz kolejną dawkę leku, jeśli się dobrze czujesz?

Kiedy czujesz się źle i wieszesz to z lekiem, czy pomijasz kolejną dawkę?

Aż 73% ankietowanych przyznaje, że zdarzyło im się pominąć zaplanowaną dawkę leku, 61% nie przyjmuje leków o stałych porach. 47% chorych pomija kolejne dawki leku, kiedy czuje się dobrze. W sytuacji złego samopoczucia aż 67% ankietowanych nie przyjmuje kolejnej dawki leku.

Udzielone odpowiedzi jednoznacznie pokazują, że pacjenci wykazują się bardzo ograniczoną współpracą. W większości pytań ponad połowa ankietowanych przyznaje się do niestosowania się do zaleceń lub do ich modyfikacji.

## **Omówienie**

Stosowanie się do zaleceń lekarskich nie dotyczy tylko przyjmowania leków, lecz całościowego przestrzegania instrukcji medycznych. Nie jest więc wyłącznie związane z określeniem *compliance*, skupiającym się tylko na farmakoterapii, ale dotyczy zachowań określanych jako *adherence* (przestrzeganie zaleceń) i wytrwałości w stosowaniu się do tych zaleceń – *persistence*. Zachowania te obejmują zarówno odpowiednie pobieranie leków, stosowanie diety, aktywność fizyczną oraz zmianę stylu życia zgodnie z rekomendacjami lekarza prowadzącego [5]. Przestrzeganie zaleceń przez pacjenta w tak szerokim znaczeniu wymaga świadomości i zgody pacjenta. Pacjent staje się wówczas aktywnym partnerem lekarza.

Ankietowani cierpiący na choroby układu krążenia nie przestrzegają sumiennie zaleceń lekarskich. Spośród badanych przez autorów niniejszego artykułu respondentów aż 64% przyznaje się do pomijania dawki leku, a 56% zmniejszało dawki swojego leku zależnie od samopoczucia. Niestosowanie się do zaleceń jest poważnym problemem na całym świecie. Z badań przeprowadzonych w USA, Kanadzie i Australii wynika, że około połowa chorych przyjmuje tylko 30–50% zapisanych przez lekarza leków [6].

Badania pokazują, że na przestrzeganie zaleceń lekarskich mają wpływ takie czynniki, jak: płeć, wiek oraz prowadzony przez chorego tryb życia. Mniejszą dyscypliną w przestrzeganiu zaleceń lekarskich wykazują się mężczyźni. Kobiety są bardziej zdyscyplinowane i obowiązkowe. Badane kobiety cierpiące na choroby układu sercowo-naczyniowego częściej stosowały się do zaleceń dietetycznych i miały bardziej aktywny tryb życia. Potwierdzają to badania NATPOL. 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 [7].

Niestosowanie się osób przewlekle chorych do zaleceń lekarskich potwierdza również wiele innych badań przeprowadzonych na świecie i w Polsce. Komisja Europejska w ramach 7. Programu Ramowego Badań i Rozwoju Technologicznego postanowiła sfinansować badania, które mogą przyczynić się do opracowania europejskiej strategii poprawy przestrzegania zaleceń terapeutycznych, a tym samym większej skuteczności prowadzonego leczenia, przy jednoczesnym obniżeniu jego kosztów. Projekt nosi nazwę „Ocena barier na drodze do przestrzegania zaleceń terapeutycznych” (ABC – *Ascertaining Barriers for Compliance*). Uniwersytet Medyczny w Łodzi został koordynatorem międzynarodowego konsorcjum.

Badania obejmą 16 państw Unii Europejskiej. Wyniki posłużą naukowcom do opracowania europejskich wytycznych dotyczących polityki zdrowotnej z zakresu zapobiegania i nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych [8, 9].

W ramach projektu ABC w 2009 r. na zlecenie Fundacji na Rzecz Rozwoju Polskiej Farmacji i Medycyny agencja Pentor Research International przeprowadziła badania postaw 1006 Polaków wobec zaleceń terapeutycznych w terapii chorób przewlekłych. Z badania wynika, że co 4. chory przewlekłe nie stosuje się do zaleceń lekarza i występowały u niego sytuacje, w których nie wykorzystał całego opakowania leków lub stosował tylko jeden z kilku zaordynowanych leków. Chorzy przewlekłe przyznają również, że zdarza się im sytuacja odstawiania leków bez konsultacji z lekarzem zarówno w przypadku złego, jak i w okresie lepszego samopoczucia [10].

Chorobą z dobrze udokumentowanymi problemami dotyczącymi przestrzegania zaleceń medycznych jest nadciśnienie tętnicze [11]. W badanej przez autorów tej pracy populacji nadciśnienie tętnicze występowało u 65% ankietowanych. 45% pacjentów z nadciśnieniem tętniczym modyfikowało zażywanie leków zależnie od samopoczucia. Brak współpracy ze strony pacjenta jest jednym z głównych powodów nieskuteczności leczenia hipotensyjnego. Dotyczy to zarówno sposobu przyjmowania leków, jak i zaleceń odnoszących się do trybu życia (nadmierne spożycie soli, otyłość, palenie papierosów, spożywanie alkoholu).

Skuteczne leczenie nadciśnienia tętniczego zmniejsza ryzyko wystąpienia powikłań nawet do 40%, wielu chorych leczy się jednak nieregularnie lub nie leczy się wcale [12]. WHO, Europejskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego z Europejskim Towarzystwem Kardiologicznym oraz National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee (Komitet Koordynujący Narodowy Program Edukacji w Nadciśnieniu Tętniczym), a także Polskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego uznają edukację pacjenta i leczenie nefarmakologiczne za podstawowe metody postępowania w przypadku chorych na nadciśnienie tętnicze.

Szacuje się, że około 40% chorych na nadciśnienie jest otyłych [13]. W badanej grupie ankietowanych tylko 30% chorych na nadciśnienie deklaruje stosowanie diety odpowiedniej dla swojej jednostki chorobowej, ale aż 50% pali papierosy i spożywa alkohol, 45% pomija dawki leków. Świadczy to o bardzo małym zaangażowaniu w leczenie i małej świadomości zdrowotnej. Pomocna może okazać się odpowiednia edukacja pacjentów.

Ważne jest więc podejście lekarza, jego umiejętność nawiązania kontaktu z pacjentem i przede wszystkim wyczerpujące informowanie pacjenta

o charakterze jego choroby. Istotne znaczenie odgrywa również osobowość pacjenta, zaakceptowanie przewlekłego charakteru choroby i duża wiedza na jej temat. Czynnikiem wpływającym na proces leczenia są także wcześniejsze doświadczenia pacjenta, sytuacja materialna, inne dolegliwości oraz przyjmowane leki [14].

Ankietowani to osoby korzystające z forów internetowych dla osób z chorobami układu krążenia, dlatego można uznać, że pierwsza grupa pacjentów była zainteresowana swoją chorobą i poszukiwała informacji na jej temat. Drugą grupą byli pacjenci Śląskiego Centrum Chorób Serca, którzy odbywali wizytę kontrolną. Między badanymi grupami nie wystąpiła istotna statystycznie różnica w udzielanych odpowiedziach. W obydwu grupach można jednak zauważyć, że osoby z wyższym wykształceniem rzadziej pomijały dawki leku (59% badanych nie pomijało dawki leku) i częściej stosowały odpowiednią dietę oraz wykonywały ćwiczenia fizyczne. Można więc założyć, że osoby z wyższym wykształceniem mają większą świadomość zdrowotną i częściej poszukują informacji na temat choroby.

Im więcej jest przepisanych leków, tym trudniej jest je regularnie przyjmować. W zbadanej grupie pacjentów, którzy przyjmowali > 10 tabletek dziennie, aż 80% zdarzyło się pominać dawkę leku. Przeprowadzone badanie wykazało również, że osoby przyjmujące mniejszą liczbę tabletek na dobę znacznie rzadziej pomijały dawkę leku i rzadziej były niezadowolone z leczenia. Potwierdzają to również inne badania. Dowiedziono, że zmniejszenie częstości podawania leku zwiększa *adherence*, dlatego każdy lek o przedłużonym działaniu z punktu widzenia jego skuteczności ma znaczną przewagę nad tym, który musi być podawany kilkakrotnie na dobę. W piśmiennictwie światowym popiera się stosowanie leków zwiększających *adherence*, np. przyjmowanie 2 leków przeciwnadciśnieniowych w 1 tabletkę (inhibitor ACE z diuretykiem) [6]. Dane z rejestrów aptecznych wykazują lepszą wytrwałość i zgodność wśród pacjentów, którzy otrzymują gotowe połączenie 2 leków w porównaniu do sytuacji, gdy preparaty występują w postaci osobnych tabletek [6]. Zależności te nie dotyczą wyłącznie chorób układu krążenia. Potwierdzają to badania przeprowadzone wśród osób z osteoporozą. Przyjmowanie mniejszej liczby leków wpływało na lepsze stosowanie się do zaleceń lekarskich. Na podstawie kilkudziesięciu prac Claxton et al. [6] udowadniają, że prosty schemat przyjmowania leku i rzadziej stosowane dawki poprawiają przestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Po roku od rozpoczęcia leczenia 32% pacjentów utrzymywało ciągłość przyjmowania leku codziennie, a 44% kontynuowało leczenie lekiem

stosowanym raz w tygodniu. Możliwość stosowania leków rzadziej zwiększa systematyczność i wydłuża wytrwałość w terapii.

Tylko 60% chorych czyta ulotki dołączone do leków. Pacjenci często boją się przyjmowania leków ze względu na zawarte w ulotkach bardzo szczegółowo opisane skutki niepożądane, mogące wystąpić podczas stosowania leków. Ważne jest jednak uświadomienie, że stosowanie leku zgodnie ze wskazaniami gwarantuje pacjentowi, że w danych chorobach, przy określonych wskazaniach, korzyści znacznie przewyższają ryzyko zażywania leków. Ważny jest zatem kontakt i rozmowa z lekarzem, aby pacjent czuł się bezpiecznie w czasie stosowania farmakoterapii.

Pacjent natomiast powinien być świadomy, że sytuacje, w których dochodzi do wystąpienia zawrotów głowy, zaburzeń równowagi, mroczków w polu widzenia, złego samopoczucia, osłabienia i innych dolegliwości wymagają zmiany leków lub zmniejszenia dawki, nawet jeśli nie osiągnięto zakładanych optymalnych wartości leczenia [15]. Takie zmiany muszą być jednak konsultowane z lekarzem.

Przeprowadzono liczne badania na temat wytrwałości w leczeniu (*adherence*). Metaanaliza 21 badań potwierdziła obserwacje, że duża *adherence* jest odpowiedzialna za wielokrotnie lepszy wynik zdrowotny, w tym także mniejszą śmiertelność [6].

Istnieje koncepcja, zgodnie z którą wpływ stosowania się do zaleceń lekarskich nie zawsze jest związany ze stosowanymi lekami, skoro jest obecny również w grupie placebo. Niewątpliwie wynika to z osobowości pacjenta, jego stanu emocjonalnego i odbioru samego siebie. Taki pacjent może przykładać dużą rolę do zachowań zdrowotnych, co może stanowić główny pozytywny czynnik wpływający na rezultaty leczenia. Takie doniesienia potwierdza badanie CHARM, którego wyniki dowiodły, że mała *adherence* powodowała o 30% większą śmiertelność wśród pacjentów biorących udział w badaniu. U chorych zażywających regularnie placebo (*adherence* > 80%) wystąpiło natomiast aż o 3,5-krotne zmniejszenie śmiertelności niż w grupie osób z małą *adherence* [16].

Mimo postępu nauki i zwiększających się nakładów finansowych, choroby serca i układu krążenia są nadal przyczyną większości zgonów w krajach uprzemysłowionych.

Wyniki badań pokazują, że w zakresie społecznej wiedzy o chorobach przewlekłych występują 4 kluczowe problemy:

- wiedza dotyczy głównie najpoważniejszych zagrożeń – a takie najłatwiej nie traktować poważnie, bo są zbyt odległe, pojawiają się tylko w skrajnych przypadkach,

- brak wiedzy na temat mniej poważnych konsekwencji, postępującego rozwoju choroby i stopniowego wyniszczania przez nią organizmu, atakowania kolejnych narządów, a tym samym pogarszania ogólnego funkcjonowania, prowadzi do bagatelizowania swojego stanu zdrowia i potrzeby regularnego leczenia,

- brak świadomości, że właściwe postępowanie, stosowanie się do zaleceń lekarza może poprawić stan zdrowia, ograniczyć postęp choroby,

- brak wiedzy na temat pozytywnych skutków stosowania się do zaleceń [17].

Biorąc pod uwagę wszystkie wyżej wymienione argumenty niezmiernie istotną wydaje się konieczność budowania szerokiej współpracy dotyczącej stosowania się do zaleceń terapeutycznych z udziałem wszystkich zainteresowanych środowisk:

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

- ludzie mający wśród bliskich chorych z przewlekłymi schorzeniami muszą się uczyć współżycia i współpracy z nimi. Potrzebują wiedzy o tym jak wzmocnić u chorego wolę walki z chorobą, ale też jak w codziennym życiu realizować zalecenia odnośnie zażywania leków oraz sposobu odżywiania się i stylu życia,

- w odniesieniu do środowisk medycznych szczególnie ważna jest popularyzacja problematyki *compliance*, w tym argumentów wskazujących na wagę tego zagadnienia zarówno w perspektywie ściśle medycznej, jak i społecznej. Szczególnie istotne jest doskonalenie umiejętności lekarzy dotyczące pracy z przewlekle chorymi, zwłaszcza rozumienia stanów psychicznych i zachowań tych pacjentów, a także nauczanie metod pomagających motywować chorych do ścisłego przestrzegania farmakologicznych oraz pozafarmakologicznych zaleceń terapeutycznych [18].

Pojedyncze interwencje, mające na celu poprawę przestrzegania zaleceń terapeutycznych, mogą mieć więc umiarkowaną skuteczność. Najlepsze wyniki osiąga się łącząc kilka interwencji obejmujących: edukację, uproszczenie schematu stosowanego leczenia, samokontrolę, szeroko rozumiane wsparcie oraz wszelkiego rodzaju elementy przypominające o konieczności leczenia (np. łączenie przyjmowania kolejnych dawek leków z posiłkami lub innymi czynnościami rutynowo podejmowanymi przez pacjenta). Celowe wydaje się wielokrotne ponawianie działań, które przyczyniają się do poprawy przestrzegania zaleceń [19].

## Wnioski

Większość ankietowanych cierpiących na choroby układu sercowo-naczyniowego nie wykazuje odpowiedniej współpracy w czasie trwania terapii, zgodności w przyjmowaniu leków odpowiednio ze schematem terapeutycznym oraz wytrwałości w stosowaniu się do tych zaleceń.

Na stosowanie się do zaleceń terapeutycznych w terapii przewlekłych chorób układu sercowo-naczyniowego mają wpływ: płeć, wykształcenie i miejsce zamieszkania chorych. Kobiety, osoby z wyższym wykształceniem, mieszkańcy małych

miast w większym stopniu przestrzegali zaleceń terapeutycznych, a osoby palące papierosy, pacjenci ze stanami depresyjnymi oraz przyjmujący wiele leków istotnie w mniejszym stopniu przestrzegali zaleceń terapeutycznych.

Pacjenci nie są zadowoleni z relacji lekarz–pacjent i w większości mają słaby kontakt z lekarzem, nie informując go o większości wątpliwości, a 27% z nich nie realizuje recept.

Występuje potrzeba edukacji, wsparcia i budowania szerokiej współpracy dotyczącej stosowania się do zaleceń terapeutycznych pacjentów w terapii chorób przewlekłych.

## Piśmiennictwo

- [1] **Heszen I., Sek H.:** Psychologia Zdrowia. PWN, Warszawa 2007, 23.
- [2] **Gaciong Z., Kuna P.:** *Adherence, compliance, persistence* – współpraca, zgodność i wytrwałość – podstawowy warunek sukcesu terapii. *Med. Dyp.* 2008, 3, 2–5.
- [3] **Ochman B.:** *Compliance*, czyli pacjent lekceważący. *Farm. Prakt.* 2009, 20.
- [4] **Zdrojewski T., Broda G., Goryński P. i wsp.:** Czynniki ryzyka i umieralności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego w Polsce. [W:] *Kardiologia zapobiegawcza*. Red.: Naruszewicz M. eMKa 2007, 278–290.
- [5] WHO Report. Adherence – health and economic benefits. World Health Organization, Geneva 2003.
- [6] **Sławiński J., Cessak G.:** Systematyczne stosowanie leku – najważniejszy element terapii. *Med. Dypł.* 2008, 3, 9.
- [7] **Gaciong Z.:** Współpraca z pacjentem w leczeniu nadciśnienia tętniczego. *Med. Dypł.* 2008, 3, 8–10.
- [8] Projekt ABC – Ocena barier na drodze do przestrzegania zaleceń terapeutycznych – [http://www.zmr.lodz.pl/projekt\\_ABC.php](http://www.zmr.lodz.pl/projekt_ABC.php).
- [9] ABC – Ascertaining Barriers for Compliance – <http://www.abcproject.eu/>.
- [10] Postawy Polaków wobec zaleceń lekarskich w terapii chorób przewlekłych. Raport z badania. [W:] *Polskiego pacjenta portret własny*. Warszawa 2010, 32.
- [11] **Thrall G., Lip G.Y., Lane D.:** Compliance with pharmacological therapy in hypertension: can we do better, and how? *J. Hum. Hypertens.* 2004, 18, 595–597.
- [12] **Szczęch R., Sznayder A., Wizner B., Grodziński T., Narkiewicz K.:** Edukacja chorych na nadciśnienie tętnicze. [W:] *Nadciśnienie tętnicze*. Red.: Januszewicz A., Januszewicz W., Szczepańska-Sadowska E., Sznajderman M. MP. 2007, 1225–1230.
- [13] **Cybulska I., Prejbisz A.:** Oporne Nadciśnienie Tętnicze. [W:] *Nadciśnienie tętnicze*. MP. 2007, 1186–1189.
- [14] **Kardas P., Ratajczyk-Pakalska E.:** Nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich przez osoby starsze – problem medyczny i społeczny. *Gerontol. Pol.* 2002, 8(2), 11–17.
- [15] **Nęcki M., Grodzicki T.:** Nadciśnienie tętnicze u chorego w wieku podeszłym – zasady postępowania. *Przew. Lek.* 2003, 6, 1, 70–81.
- [16] **Sewerynek E.:** Wpływ współpracy lekarza z pacjentem na efektywność leczenia osteoporozy. *Terapia* 2006, 3, 43–46.
- [17] **Kardas P.:** Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych na świecie i w Polsce. [W:] *Polskiego pacjenta portret własny*. Warszawa 2010, 32.
- [18] **Podolec P., Kopeć G., Gruchała M., Rynkiewicz A.:** Ocena ryzyka sercowo-naczyniowego. [W:] *Podręcznik polskiego forum profilaktyki*. Red.: Podolec P. MP 2011, 157.
- [19] **Kulik J.:** Profilaktyka chorób sercowo-naczyniowych w dyrektywach Unii Europejskiej. Materiały z Ogólnopolskiej Konferencji „Ostrowieckie Dni Promujące Zdrowie”, Ostrowiec 2004.

### Adres do korespondencji:

Hanna Pudło  
ul. Orzechowa 11  
41-806 Zabrze  
tel.: 79 303 00 95  
e-mail: hanna.pudlo@gmail.com

Konflikt interesów: nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 19.07.2012 r.  
Po recenzji: 31.07.2012 r.  
Zaakceptowano do druku: 12.10.2012 r.

Received: 19.07.2012  
Revised: 31.07.2012  
Accepted: 12.10.2012