

*Michał Wąsowski

Przestrzeganie zasad leczenia – czy jest problemem u osób w wieku podeszłym?

Adherence to medication – is this a problem in elderly people?

Klinika Medycyny Rodzinnej, Chorób Wewnętrznych i Chorób Metabolicznych Kości Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie
Kierownik Kliniki: prof. dr hab. med. Ewa Marcinowska-Suchowierska

„Drugs don't work in patients who don't take them”.
C. Everett Koop, M.D.

Streszczenie

Choroby przewlekłe wymagają systematycznej terapii wg wskazań i zaleceń lekarza (*compliance*) przez długi okres czasu (*persistence*), czyli przestrzegania procedur długoterminowego leczenia (*adherence*) w celu minimalizacji skutków choroby. Nieprzestrzeganie zasad terapii długoterminowej powoduje obniżenie efektywności leczenia, co prowadzi najczęściej do zaprzestania terapii przez chorego i w konsekwencji wywołuje większą liczbę powikłań nieleczonej choroby, zwiększa śmiertelność i obciąża ochronę zdrowia m.in. poprzez zwiększenie kosztów leczenia. Konsekwencje niewłaściwego przestrzegania zasad długoterminowej terapii zależą od leku, charakteru choroby i stopnia jej zaawansowania. U podstaw takiego stanu rzeczy leży przede wszystkim właściwa relacja lekarz-pacjent, oczekiwania pacjenta co do rezultatów terapii, nieodpowiednia edukacja na temat choroby i sposobów jej leczenia oraz wiek. Ponad 50% pacjentów wymagających długoterminowej terapii przerywa ją w ciągu pierwszego roku. Jeden na pięciu z nich nie wykupuje leku zaleconego przez lekarza. Kluczem do sukcesu jest zrozumienie, dlaczego tak się dzieje, a nie da się tego osiągnąć bez właściwej relacji lekarz-pacjent.

Słowa kluczowe: wiek podeszły, starość, długoterminowe przestrzeganie zasad terapii, stopień stosowania się do zaleceń lekarskich, ciągłość terapii, choroby przewlekłe, aktualne leczenie

Summary

The treatment of chronic illnesses should be provided systematically with physicians orders (*compliance*) for a long period of time (*persistence*). Poor adherence is a common cause of non-response to medication and it decreases effectiveness of therapy. It is the most significant reason for failed pharmacotherapy. It also leads to medical complications, increases mortality and has a major impact on healthcare systems and resources. 10% of hospital admissions and almost a quarter of nursing home admissions are due to non-compliance with medication. Consequences of non-adherence can range from inconsequential to disastrous, depending on drug characteristics, disease state and severity (i.e. drug-resistant strains in human immunodeficiency virus). Barriers to adherence include patients' health beliefs, inadequate education, and age. More than 50% of patients undergoing chronic disease long-term therapy interrupt therapy during the first year. One in five of them do not even redeem drugs prescribed by their physicians. Good patient-physician relationship gives a good adherence to therapy.

Key words: adherence, compliance, persistence, chronic diseases, osteoporosis, current therapies

WPROWADZENIE

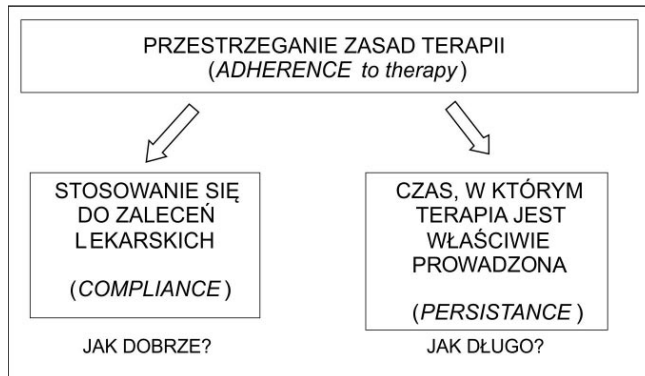
Okres starości (wg WHO) ma następujące etapy: od 60-75. r.ż. – wiek podeszły (tzw. wczesna starość), od 75-90. r.ż. – wiek starczy (tzw. późna starość), 90. r.ż. i więcej – wiek sędziwy (tzw. długowieczność). Osoby w wieku podeszłym są w dużej mierze tą grupą pacjentów, którzy doświadczają chorób przewlekłych – chorób posiadających (wg WHO) jedną z poniższych cech: są długotrwałe, mogą wiązać się z częściową

niepełnosprawnością chorego, często w ich przebiegu dochodzi do nieodwracalnych zmian patologicznych, chorzy wymagają specjalnej edukacji, rehabilitacji oraz wieloletniej obserwacji, opieki i nadzoru (2).

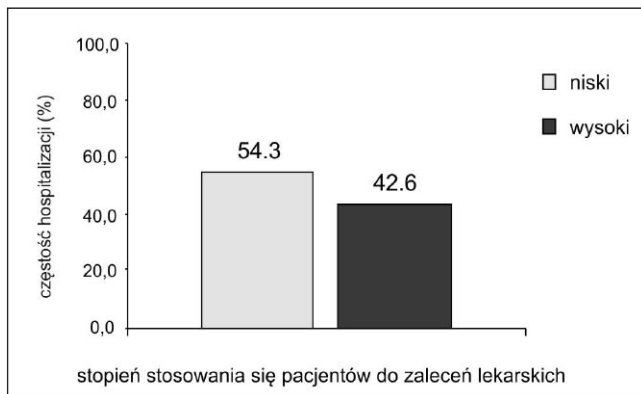
PRZESTRZEGANIE ZASAD TERAPII – ADHERENCE TO MEDICATION

Podstawowe dane. Odpowiedź na leczenie jest ważnym, jeśli nie jednym z najważniejszych aspek-

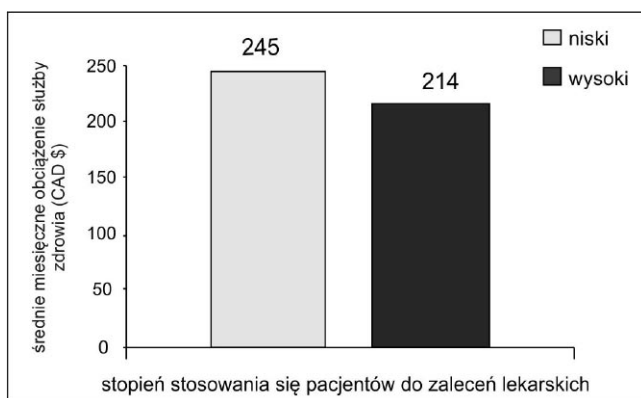
tów procesu terapeutycznego chorób przewlekłych. Nieprzestrzeganie zasad terapii długoterminowej niesie za sobą zwiększoną częstość hospitalizacji (ryc. 1 i 2), a co za tym idzie zwiększone obciążenie finansowe ochrony zdrowia (ryc. 3).



Ryc. 1. Przestrzeganie zasad terapii w chorobach przewlekłych – terminologia (27).



Ryc. 2. Niedostateczne stosowanie się do wskazań lekarza zwiększa częstość hospitalizacji (27).



Ryc. 3. Niedostateczne stosowanie się do wskazań lekarza zwiększa obciążenie ochrony zdrowia (27).

Ze względu na to, że wciąż nie mamy w języku polskim odpowiedniego określenia dla działań sprzyjających prawidłowemu przestrzeganiu zasad terapii długoterminowej używamy często angielskiego słowa *adherence* w celu opisanego dwóch zjawisk – stopnia stosowania się do zaleceń lekarskich (*compliance*) oraz czasu, w którym terapia jest prowadzona (*persistence*).

A dla nieprzestrzegania zasad długoterminowej terapii stosuje się termin *poor adherence*. Najczęściej wykorzystywanym i używanym wykładnikiem stosowania się do wskazań i zaleceń lekarskich (*compliance*) jest wskaźnik MPR (*Medication Possession Ratio*), czyli stosunek liczby dawek leku przyjętych przez pacjenta w danym okresie do zalecanej przez lekarza liczby dawek. Zaś miarą ciągłości (*persistence*) – jest procent pacjentów pozostających w terapii w zaleconym okresie czasu (bez przerw dłuższych niż 30 dni).

Od czego zależy adherence? Często jako lekarze praktycy stawiamy sobie pytanie o przyczynę różnej skuteczności terapii u naszych pacjentów z chorobami przewlekłymi. Może ona znajdować się po stronie pacjenta, lekarza lub wynikać z samej istoty choroby (1). Powodzenie leczenia zależy od wielu czynników, ale w szczególności od efektywności działania leków oraz przestrzegania zasad terapii, cech osobowościowych pacjenta (indywidualnych, a także warunki socjoekonomiczne, organizacja i dostępność służby zdrowia), charakterystyki samej choroby przewlekłej i sposobu jej leczenia. Tak więc wśród czynników determinujących *adherence* są: charakter samej choroby, czas trwania leczenia, efekty uboczne leków, koszty leczenia, niezaprzeczalnie właściwa relacja lekarz-pacjent oraz warunki socjoekonomiczne, a także odpowiednie monitorowanie terapii (ryc. 4).

W literaturze jest wiele dowodów na to, że pacjenci z chorobami przewlekłymi (w tym osoby starsze) mają trudności w realizacji terapii, co daje gorsze wyniki leczenia, a tym samym gorszą kontrolę choroby. Problemy z przestrzeganiem terapii pojawiają się wszędzie tam, gdzie wymagana jest określona samokontrola choroby, bez względu na charakter procesu chorobowego, jego przewlekłość czy dostępność opieki zdrowotnej. Ta samokontrola jest bardziej upośledzona u osób starszych, często dotkniętych wieloma chorobami przewlekłymi, ze znacznym stopniem niepełnosprawności psychoruchowej.

NIEPRZESTRZEGANIE ZASAD TERAPII – PRZYCZYNNY, SKALA PROBLEMU

Podstawowe dane. Przestrzeganie zasad długoterminowej terapii (*adherence*) przez osoby starsze zależy od wielu czynników, w szczególności od właściwej relacji pacjent – lekarz, motywowania pacjenta do stosowania terapii, ale także od stosowania kontroli przestrzegania zaleceń, prostoty schematu i monitorowania leczenia, jak najmniejszej ilości objawów niepożądanych, co za tym idzie większego zadowolenia z terapii. Według danych WHO z 2003 r. aż 50% pacjentów z chorobami przewlekłymi przerywa leczenie, a co piąty (20%) w ogóle nie realizuje recept, co potwierdzają liczne badania kliniczne dotyczące przestrzegania zasad terapii długoterminowej w chorobach przewlekłych (ryc. 5) (2). Jest to wynikiem skomplikowanego dawkowania leków, ich tolerancji, a także w przypadku niektórych chorób braku objawów klinicznych (przebieg asymptotyczny choroby, jak to ma miejsce w

przypadku osteoporozy), co powoduje niski poziom przestrzeganego zagrożenia zdrowia i nie motywuje chorego do kontynuacji terapii. Doprowadza to do niewłaściwej kontroli choroby, pogorszenia stanu zdrowia pacjenta z powodu zaostrzenia choroby podstawowej z jej możliwymi powikłaniami, pogorszenia jakości życia, zwiększa śmiertelność, liczbę dodatkowych hospitalizacji, a ochronę zdrowia obciąża dodatkowymi kosztami.

Niepowodzenie w leczeniu chorób przewlekłych z powodu nieprzestrzegania zalecanej terapii dotyczy zarówno krajów rozwijających się, jak i bardzo bogatych – z dobrze funkcjonującym systemem ochrony zdrowia. W krajach rozwijających jest to bardziej nasilone, co wynika m.in. z gorszej dostępności do ochrony zdrowotnej, ubóstwa społeczeństwa itp.

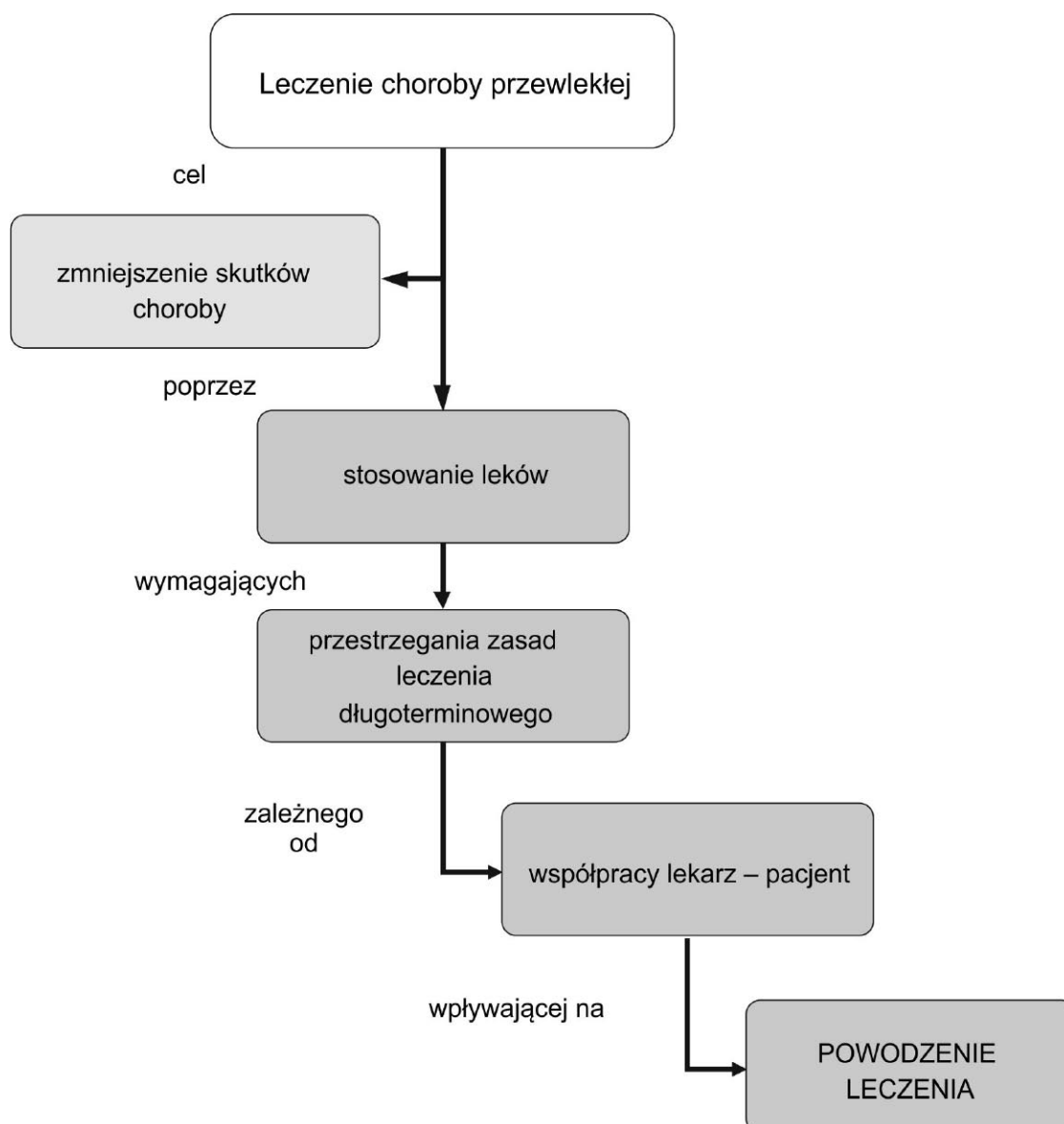
W Chinach, Gambii i na Seszelach tylko odpowiednio 43, 27 i 26% chorych z nadciśnieniem tętniczym stosuje się do zalecanej przez lekarza terapii; w krajach dobrze rozwiniętych, jak np. USA, równie mało, bo tylko 51% (2,18). W USA, Wielkiej Brytanii i Wenezueli prawidłowo

wą kontrolę ciśnienia tętniczego krwi u osób leczonych z powodu nadciśnienia miało odpowiednio 30, 7 i 4,5% (19). Podobnie niepokojące są dane dotyczące pacjentów leczących się z powodu depresji: 40-70% chorych akceptuje i przestrzega leczenia) (20), astmy oskrzelowej – regularnie przepisane leki zażywa tylko 43% (10), zakażeń wirusem HIV – stosuje zasady terapii od 38 do 83% chorych – w zależności od stosowanego leku oraz charakterystyki populacji, z której wywodzi się pacjent (2).

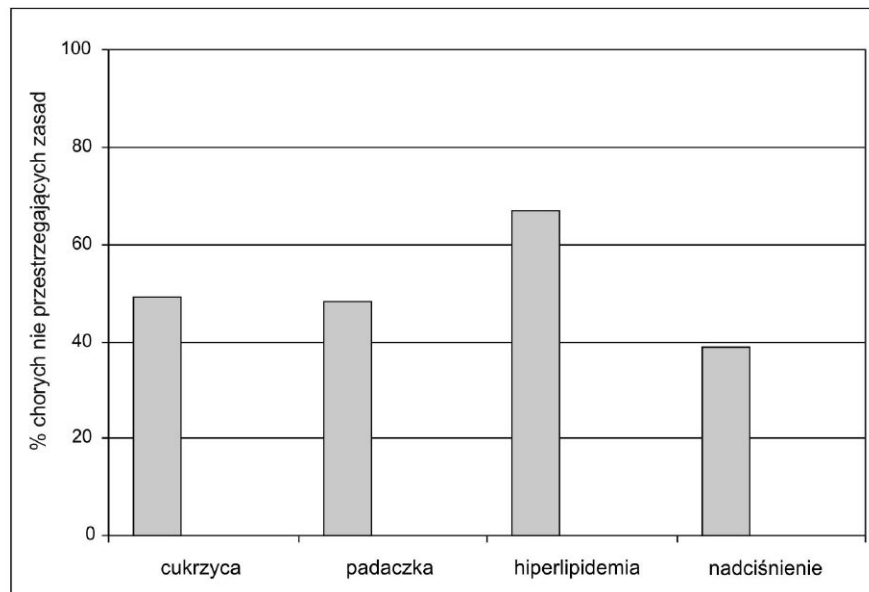
Tzw. „*poor adherence*” jest główną przyczyną uniemożliwiającą pacjentowi osiągnięcie pełnych korzyści z leczenia. To z kolei powoduje komplikacje medyczne, obniża w znacznym stopniu jakość życia, może powodować nasilenie rozwoju oporności na stosowane leczenie (jak to ma miejsce w terapii HIV, gruźlicy) i obciąża kosztami system ochrony zdrowia.

Skala problemu

Cukrzyca t. 2. W USA mniej niż 2% dorosłych z cukrzycą t. 2 stosuje się do zaleceń Amerykańskiego



Ryc. 4. Leczenie choroby przewlekłej – od czego zależy powodzenie terapii (26).



Ryc. 5. Procent chorych z chorobami przewlekłymi nieprzestrzegających zasad terapii długoterminowej (27).

Towarzystwa Diabetologicznego (ADA). W badaniu CODE-2 (*Cost of Diabetes In Europe* – t. 2) stwierdzono, że tylko 28% pacjentów leczonych z powodu cukrzycy ma prawidłową kontrolę glikemii (3). Inne aspekty kontroli choroby, poza samokontrolą glikemii, jak przestrzeganie diety, kontrola okulistyczna, odpowiednia higiena stóp przeciwdziałająca zespołowi stopy cukrzycowej znacznie zmniejszały częstość powikłań cukrzycy. Badanie CODE-2 wykazało, że koszty leczenia ponad 10 mln pacjentów z cukrzycą t. 2 wynoszą 29 mld \$, co stanowi około 5% wszystkich wydatków zdrowotnych krajów, w których prowadzono badanie! A koszty terapii związane z niewłaściwym stosowaniem się do zasad terapii (koszty leczenia powikłań cukrzycy) są 3-4 razy wyższe niż u chorych regularnie przyjmujących leki i stosujących zasadę dobrej kontroli leczenia (4).

Nadciśnienie tętnicze. Powszechnie wiadomo, że nadciśnienie tętnicze zwiększa ryzyko choroby niedokrwiennej serca (około 3-4 razy), a ryzyko chorób sercowo-naczyniowych ogólnie 2-3 razy (5). Ryzyko udaru mózgu u osób ze źle kontrolowanym nadciśnieniem wzrasta 8 razy (6). Badania prowadzone w wielu krajach pokazały, że mniej niż 25% pacjentów leczonych z powodu nadciśnienia ma optymalne wartości ciśnienia tętniczego krwi. W Wielkiej Brytanii i USA odpowiednio tylko 7 i 30% pacjentów miało dobrą kontrolę ciśnienia.

Za główną przyczynę złej kontroli ciśnienia u badanych chorych uznano niestosowanie się pacjentów do zasad terapii („*poor adherence*”). W jednym z badań pacjenci, którzy nie otrzymywali betaadrenolityku (LBA) w terapii nadciśnienia byli 4-5 razy częściej narażeni na powikłania w postaci choroby niedokrwiennej serca niż otrzymujący LBA.

Nieprzestrzeganie zasad terapii nadciśnienia powoduje złą kontrolę RR u 2/3 chorych. Niewłaściwa kon-

trola ciśnienia tętniczego przekłada się z kolei na koszty związane z leczeniem powikłań nadciśnienia; w USA np. koszty z tym związane stanowiły w 1998 r. 12,6% wszystkich wydatków na ochronę zdrowia (7). Zaleceń lekarskich w terapii nadciśnienia przestrzega skrupulatnie około 50-60%, częściowo 30-40%, a całkowicie nie stosuje się do nich 5-10% starszych chorych. Wiąże się to m.in. z celowością stosowania różnych grup leków hipotensyjnych, o różnych mechanizmach działania. Celem poprawy przestrzegania terapii nadciśnienia tętniczego wskazane jest stosowanie preparatów złożonych. W badaniach wskazuje się, że wytrwałość w przyjmowaniu połączonych leków hipotensyjnych połączonych w 1 tabletkę jest większa niż w przypadku stosowania tych środków w postaci 2 oddzielnych tabletek (8).

Terapia statynami. Celem kanadyjskich autorów Jackevicius i Mamdani było porównanie przestrzegania terapii statynami w 3 grupach pacjentów w wieku podeszłym otrzymujących statyny – po ostrym zespole wieńcowym, z przewlekłą chorobą wieńcową oraz w prewencji pierwotnej. Do badania kwalifikowano pacjentów w wieku 66 i więcej lat, którym w okresie od stycznia 1994 r. do grudnia 1998 r. przepisano preparat z grupy statyn i osoby te poddano 2-letniej obserwacji.

Wśród badanych było 22 379 pacjentów po ostrym zespole wieńcowym, 36 106 pacjentów z przewlekłą chorobą wieńcową oraz 85 020 pacjentów otrzymujących statynę w prewencji pierwotnej. Odsetek stosowania się do zasad terapii w ciągu 2 lat obserwacji wynosił tylko 40,1% w grupie po ostrym zespole wieńcowym, 36,1% w grupie z przewlekłą chorobą wieńcową i 25,4% w prewencji pierwotnej (9).

Astma oskrzelowa. Nieprzestrzeganie zasad terapii astmy waha się w granicach od 30% nawet do 70% – w zależności od kraju, warunków socjoekonomicznych, dostępu do ochrony zdrowotnej (10).

W krajach rozwiniętych badania te pokazały, że do zasad terapii stosuje się około 28% pacjentów (11). Koszty leczenia astmy w tych badanych krajach stanowiły 1-2% kosztów przeznaczonych na ochronę zdrowia.

Osteoporoza. Osteoporoza bardzo często dotyczy osób w wieku podeszłym. Najczęściej osoby te cierpią na współistniejące choroby przewlekłe, jak np. choroby układu sercowo-naczyniowego, cukrzyca, choroby układu oddechowego itp., które wymagają stosowania kilku leków. Upośledzone z wiekiem zdolności poznawcze, zaburzenia pamięci warunkują nieprzestrzeganie terapii. Spośród 100 zbadanych starszych osób przyjmujących średnio 9,6 leków dziennie, 53% nie stosowało się do zaleceń (12). Przyczyn niezadawalającego przestrzegania zasad w terapii osteoporozy upatruje się w braku objawów choroby w długim początkowym okresie czasu (do momentu pojawienia się złamań), objawach ubocznych leków (zwłaszcza objawy z przewodu pokarmowego), reżimie związanym z przyjmowaniem tych leków (np. bisfosfonianów), oczekiwaniach pacjentów co do poprawy stanu zdrowia. Asymptomatyczny przebieg osteoporozy, odsunięte w czasie wymierne efekty leczenia sprawiają, że chorzy często nie podejmują lub przerywają leczenie (*poor adherence*). W przypadku osteoporozy 13% pacjentów w ogóle nie przyjmuje leków, 6% nie rozpoczyna terapii, ponieważ nie czuje potrzeby leczenia; innymi powodami nierozpoczęcia terapii jest np. lęk po przeczytaniu ulotki informacyjnej o leku, jego skomplikowane przyjmowanie. Wśród leczonych bisfosfonianami doustnymi w dawce codziennej 49% kontynuowało terapię przez rok, a 30% w ciągu dwóch lat (13). Pickney i Arnason stwierdzili, że znaczący wpływ na stopień przestrzegania terapii osteoporozy ma zarówno edukacja pacjenta na temat choroby, jak i wyników badania DXA. W badaniu uczestniczyło 1000 osób z wiejskich rejonów Wisconsin. Wśród tych zbadanych osób 63% z prawidłowymi wartościami T-score, 31% z osteopenią i 50% z osteoporozą właściwie zrozumiało interpretację wyników badania DXA. Z kolei osoby z niską BMD, które prawidłowo zrozumiały i zaakceptowały wyniki badania DXA, chętniej kontynuowały terapię osteoporozy (14).

Spośród obserwowanych w Polsce podczas 18-miesięcznej kuracji alendronianem w dawce 10 mg/dobę 20,4% pacjentów przerwało terapię, w tym 8,5% w ciągu pierwszych 6 miesięcy. Wśród przyczyn przerywania terapii poza nietolerancją ze strony przewodu pokarmowego (47,8%) oraz chorób współistniejących (8,7%) podawano uciążliwość przyjmowania leku w terapii codziennej (13,1%) oraz brak poprawy klinicznej (26,1%) (15). W innym badaniu 17% pacjentów stosujących HRT, 12% SERM i 13,5% przy leczeniu bisfosfonianami przerwało leczenie z powodu objawów ubocznych (16). Negri i wsp. zaobserwowali, że przerwało leczenie w ciągu pierwszych 4 miesięcy 20% pacjentów, a 17% w ciągu pół roku od zastosowania terapii 70 mg alendronianu tygodniowo (17).

JAK POPRAWIĆ ZASADY PRZESTRZEGANIA TERAPII DŁUGOTERMINOWEJ?

Według WHO w 2001 r. takie choroby przewlekłe jak nadciśnienie tętnicze, cukrzyca t. 2, choroby układu sercowo-naczyniowego, choroby psychiczne, jak również zakażenie HIV, gruźlica stanowiły 54% wszystkich chorób; prognoza na rok 2020 przewiduje przekroczenie 65% (3). Dlatego poprawa przestrzegania przez pacjentów zasad zalecanej terapii powinna stać się głównym wyzwaniem dla osób zajmujących się długoterminową terapią chorób przewlekłych w każdym kraju.

Współpraca lekarz-pacjent. Efekt leczniczy jest problemem złożonym, w którym najistotniejszą rolę odgrywa pacjent jako podmiot leczenia oraz współpraca pacjenta z lekarzem. Równie ważna jest dostępność leków, ich dystrybucja i polityka zdrowotna państwa. W literaturze zwraca się coraz więcej uwagi na wypracowanie zasad modelu tej współpracy, zwłaszcza w grupie osób w wieku podeszłym, gdzie postrzeganie choroby przewlekłej i świadomość konieczności kontynuowania długoterminowej terapii jest bardziej upośledzone.

Spośród przyczyn niestosowania się do terapii wymienianych w kwestionariuszach przez starszych pacjentów są zapomnienie o przyjęciu leku (30%), ominięcie dawki (16%) – tzw. „wakacje od leków” polegające na nieprzyjmowaniu leków przez kilka dni. Ocenia się, że zjawisko to dotyczy 16-20% chorych, często pacjenci ci przyjmują mniejsze dawki leków niż zalecane lub zmieniają odstępy czasu przy ich stosowaniu, stąd w znakomitej większości starsi pacjenci wymagają dokładnej pisemnej informacji odnośnie dawki i pory przyjmowania leku oraz regularnych kontroli leczenia. Szeroko pojęte czynniki emocjonalne stanowiły w grupie osób starszych ok. 7%, a brak informacji na temat leku, konieczności jego stosowania ok. 9% przyczyn nieprzestrzegania terapii. Aż 27% osób poddanych ankiecie nie umiało podać przyczyny przerwania terapii (21).

Brak świadomości choroby. Ponieważ przyczyn niezadawalającego przestrzegania zasad w terapii chorób przewlekłych u osób w wieku podeszłym upatruje się w braku świadomości choroby, naszą rolą jako lekarzy jest uświadamianie pacjentów jakie konsekwencje niesie za sobą choroba przewlekła, często pomimo braku objawów chorobowych w początkowym okresie. Niestety pacjenci najbardziej systematycznie przyjmują leki działające objawowo – leki przeciwbólowe, przeciwbiegunkowe, działające na zawroty głowy, itp. Stąd świadomość istoty choroby przewlekłej, jej często asymptomatycznego początkowo przebiegu ma ogromne znaczenie w przestrzeganiu zasad terapii.

Objawy uboczne leków. Często powodem zaprzestania terapii, zmniejszenia dawek lub częstości stosowania leków jest obawa przed wystąpieniem objawów ubocznych (jak np. hipotonia ortostatyczna podczas stosowania leków hipotensyjnych). Odpowiednia rzetelna informacja na temat możliwych działań niepo-

żądanym może wyeliminować ten czynnik spośród warunkujących *poor adherence*. Równie częstym powodem zaprzestania terapii jest reżim związany z przyjmowaniem tych leków (np. bisfosfonianów w leczeniu osteoporozy), a także niespełnienie oczekiwań pacjentów co do poprawy stanu zdrowia.

Zmniejszenie częstości dawkowania leków. Łatwość stosowania leków to jedna z fundamentalnych zasad skuteczności stosowanego leczenia. Nie dziwi więc fakt, że dużo większy procent chorych kontynuuje leczenie jeśli lek zażywa 1 x w tygodniu, jeszcze większy, gdy 1 x w miesiącu w porównaniu z koniecznością codziennej terapii. Zmniejszenie częstości dawkowania leków powoduje właściwą ciągłość leczenia (wytrwałość w leczeniu), zmniejszenie liczby początkowych „wypadnięć” z leczenia (*drop-outs*), systematyczne stosowanie się do wskazań lekarza (wyższy wskaźnik przyjmowania leków – MPR, czyli stosunek liczby dawek przyjętych przez pacjenta w danym okresie do zalecanej przez lekarza liczby dawek) niż przy codziennym podawaniu leku. Zmniejszenie częstości dawkowania leków, łącznie z właściwym monitorowaniem chorych często wspomaga przestrzeganie leczenia i poprawia wyniki terapii. I tak w przypadku stosowania leku jednorazowo na dobę wynosiło ono 80%, podczas gdy przy stosowaniu leku 4 razy dziennie ok. 50% (22). Minimalizacja częstości dawkowania leków przy użyciu preparatów o przedłużonym działaniu oraz stosowaniu preparatów złożonych może istotnie poprawić stopień przestrzegania terapii. Stosowanie leków pakowanych w blistrach także poprawiało *adherence* u osób w wieku podeszłym (23). Chory powinien otrzymać pisemną informację o leku, sposobie jego przyjmowania, ewentualnych powikłaniach.

Monitorowanie chorych i edukacja dają pacjentom świadomość ciągłości procesu leczenia, pozwala zrozumieć istotę choroby, a tym samym konieczność terapii. Poprawę stopnia przestrzegania terapii mogłyby znacznie poprawić elektroniczne systemy rozdzielania leków, jednak wymagają one w przypadku pacjentów geriatrycznych pomocy wyedukowanych opiekunów (24). Inną strategią, która mogłaby pomóc w przestrzeganiu zasad terapii u osób starszych i wyeliminowała by czynnik związany z zapominaniem przyjęcia dawki leku mogłyby być systemy oparte o telefoniczne przypomnienie o przyjęciu leku. W badaniu prowadzonym przez Uniwersytet Północnej Karoliny – Chapel Hill – automatyczne telefoniczne „przypominacze” okazały się skuteczną pomocą w przestrzeganiu terminu badania mammograficznego (25). Pacjenci mogliby otrzymywać wiadomości tekstowe lub głosowe przypominające o przyjęciu dawki leku.

Populacji osób starszych często dotyczą zaburzenia poznawcze, zaburzenia widzenia, depresja, niesprawność ruchowa uniemożliwiająca samodzielną obsługę, co znacznie utrudnia przestrzeganie zasad długoterminowej terapii. Ocena stopnia zaburzeń poznawczych przed leczeniem, wdrożenie metod ułatwiających stosowanie leków, takich jak odpowiednie opakowania,

urządzenia przypominające o przyjęciu dawki leku, pomoc osób drugich mogą znacznie poprawić skuteczność leczenia w myśl zasady „lek niestosowany nie jest skuteczny”.

PODSUMOWANIE

Nieodzowną rolę w poprawie *adherence* odgrywa więc właściwa opieka nad osobami starszymi, a także właściwa relacja lekarz – pacjent. Na nią składają się indywidualne cechy pacjenta – jego osobowość, zdolność zrozumienia istoty i akceptacji choroby przewlekłej i wiedzy na jej temat, wcześniejszych doświadczeń z pracownikami ochrony zdrowia, sytuacji materialnej pacjenta, współistniejących chorób i przyjmowanych leków, stanu psychicznego pacjenta. Po drugiej stronie znajdują się cechy indywidualne lekarza – umiejętność nawiązania dobrego kontaktu z chorym, motywacja i zaangażowanie w diagnostykę i leczenie choroby, komunikatywność (w tym umiejętność przekazywania informacji na temat sposobu diagnostyki i leczenia i jej zakres). Ważną rolę odgrywa również ciągłość monitorowania (np. regularna kontrola ciśnienia tętniczego krwi podczas terapii hipotensyjnej czy kontrola glikemii glukometrem w terapii cukrzycy), dostępność wizyt i badań diagnostycznych, co wiąże się z odpowiednią organizacją ochrony zdrowia. Na początku terapii należy określić harmonogram spotkań z lekarzem, co wpływa na terminowość wizyt i akceptację przez chorego schematu leczenia. Niezmiernie ważnym elementem powodzenia leczenia jest świadomość chorego co do istoty choroby i jego przekonanie, że efektywność leczenia zależy od przestrzegania protokołu terapii. A wykładnikiem skuteczności stosowanych leków nie zawsze są bezpośrednio odczuwane efekty kliniczne, a wyniki badań, które są zlecane i monitorowane przez lekarza.

Tak więc wśród czynników pośrednio lub bezpośrednio wpływających na stopień przestrzegania zasad terapii chorób przewlekłych u osób w wieku podeszłym należy wymienić:

- niewystarczającą wiedzę na temat choroby i jej leczenia (m.in. zrozumienie potrzeby stosowania długotrwałej terapii),
- niewłaściwą relację lekarz – pacjent,
- asymptomatyczną naturę choroby,
- objawy uboczne leków,
- wiarę pacjenta w możliwość wyzdrowienia (zahamowania rozwoju choroby),
- obawy chorego związane zarówno z samą chorobą, jak i stosowaną terapią,
- wiek chorego,
- kontrola stosowania się do zaleceń,
- choroba psychiczna (ocena sprawności umysłowej przed rozpoczęciem leczenia),
- sprawność fizyczna i sytuacja socjalno-ekonomiczna,
- złożoność terapii (w przypadku osób w wieku podeszłym powinniśmy stosować tylko niezbędne preparaty, wyłącznie o udowodnionym działaniu, rozpoczynając od najmniejszych działających

dawkę, stopniowo je zwiększając – „start low, go slow”), koszt kuracji,

- trudności z otwarciem opakowania leku.

Jak zatem poprawić przestrzeganie terapii chorób przewlekłych u naszych pacjentów w wieku podeszłym?

Kluczem do sukcesu są indywidualne podejście do pacjenta, wybór właściwego leku (uwzględniając przeciwwskazania do stosowania, objawy uboczne oraz interakcje z innymi lekami, co w przypadku stosowania wielu leków u osób w wieku przewlekłym ma ogromne znaczenie), wypracowanie protokołów postępowania z możliwością wprowadzenia bardziej przyjaznego dla pacjenta schematu leczenia (np. zastąpienie codziennego podawania leku podawaniem go 1 x w tygodniu lub w miesiącu, jak to ma miejsce w osteoporozie, stosowanie preparatów łączonych w terapii nadciśnienia

tętniczego), dbałość o odpowiednią opiekę nad chorym w domu, jakość relacji lekarz-pacjent, zaangażowanie w proces diagnostyki i leczenia, akceptacja choroby i motywacja chorego, stałe monitorowanie chorego w terapii z właściwą dostępnością do badań i specjalistów.

Powinniśmy stworzyć rodzaj partnerstwa opartego na właściwym sposobie komunikowania się i wzajemnym zaufaniu, którego celem jest dobra jakość życia i kontrola choroby przewlekłej. Pacjent musi zrozumieć istotę choroby, być świadomym zarówno jej skutków, jak i konsekwencji swojego niewłaściwego postępowania. Właściwa informacja o chorobie, sposobie jej diagnostyki i leczenia to połowa sukcesu. Resztę stanowi odpowiednia motywacja i opieka w trakcie terapii z nadzorem przyjmowania leków.

PIŚMIENNICTWO

- Kardas P: Nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich przyczyna nieskuteczności terapii. *Pol Merk Lek* 2003; 9: 732-35.
- Adherence to long-term therapies: evidence for action. World Health Organization 2003. WHO/MNC/03.01.
- The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva, WHO, 2002.
- Liebl A: Complications, co-morbidity, and blood glucose control in type 2 diabetes mellitus patients in Germany – results from the CODE-2 study. *Experimental & Clinical Endocrinology & Diabetes* 2002; 110: 10-16.
- Berenson GS: Association between multiple cardiovascular risk factors and atherosclerosis in children and young adults. The Bogalusa Heart Study. *NEJM* 1998; 338: 1650-56.
- Thompson DW, Furlan AJ: Clinical epidemiology of stroke. *Neurologic Clinics* 1996; 14: 309-15.
- Hodgson TA, Cai L: Medical care expenditures for hypertension, its complications, and its comorbidities. *Medical Care* 2001; 39: 599-615.
- 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 (supl.): 2-6.
- Jackevicius C, Mamdani M, Tu J: Adherence with statin therapy in elderly patients with and without acute coronary syndromes. *JAMA* 2002; 288 (4): 462-67.
- Reid D: Management and treatment perceptions among young adults with asthma in Melbourne: the Australia experience from the European Community respiratory health survey. *Respirology* 2000; 5: 281-87.
- Pearson MH, Bucknall CE: Measuring clinical outcomes in asthma. London, Royal College of Physicians, 1999.
- Roth MT, Ivey JL: Self reported medication use in community residing older adults: a pilot study. *Am J Geriatr Pharmacotherapy* 2005; 3: 196-204.
- Lombas C, Hakim C, Zanchetta JR: Compliance with alendronate treatment in an osteoporosis clinic. *J Bone Miner Res* 2001; 15: 406.
- Pickney CS, Arnason JA: Correlation between patient recall of bone densitometry results and subsequent treatment adherence. *Osteopor Int* 2005; 16: 1156-60.
- Sewerynek E, Dąbrowska K, Skowrońska-Joźwiak E et al.: Stopień przestrzegania zaleceń przewlekłej terapii alendronianem 10 przez pacjentów leczonych z powodu osteoporozy. *Endokrynol Pol* 2009; 60(2): 76-81.
- Tosteson AN, Grove MR, Hammond CS: Early discontinuation of treatment for osteoporosis. *Am J Med* 2003; 115: 209-16.
- Negri AL: Short-term compliance with alendronate 70 mg in patients with osteoporosis: the ECMO Trial. *Bone* 2003; 23 (Supl): 487.
- Weber B, Burnier M, Brenner HR: How to improve adherence with prescribed treatment in hypertensive patients? *Journal of Cardiovascular Pharmacology* 2000; 35(Suppl 3): 23-26.
- Sulbaran T: Epidemiologic aspects of arterial hypertension in Maracaibo, Venezuela. *Journal of Human Hypertension* 2000; 14(Suppl 1): 6-9.
- Hughes DA: The impact of non-compliance on the cost effectiveness of pharmaceuticals: a review of the literature. *Health Economics* 2001; 10: 601-15.
- Banning M: Older people and adherence with medication: A review of the literature. *Int J Nurs Stud* 2008; 45: 1550-61.
- Claxton AJ, Cramer J, Pierce C: A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. *Clin Ther* 2001; 23(8): 1296-310.
- Osterberg L, Blasche T: Adherence to medication. *NEJM* 2005; 353: 487-97.
- Buckwalter KC, Wakefield BJ, Hanna B, Lehmann J: New technology for medication adherence. Electronically managed medication dispensing system. *J Gerontol Nurs* 2004; 30(7): 5-8.
- DeFrank JT, Rimer BK, Gierisch JM et al.: Impact of Mailed and Automated Telephone Reminders on Receipt of Repeat Mammograms – American Journal of Preventive Medicine *Am J Prev Med* 2009; 36 (6): 459-67.
- Wąsowski M, Marcinowska-Suchowierska E: Przyczyny niepowodzeń farmakologicznej terapii chorób przewlekłych ze szczególnym uwzględnieniem osteoporozy. *Postępy Nauk Medycznych* 2006; 6: 359-66.
- Claxton AJ, Kramer J, Pierce C: A systemic review of the associations between dose regiment and medication compliance. *Clin Ther* 2001; 23: 1296-310.

otrzymano/received: 31.03.2011

zaakceptowano/accepted: 20.04.2011

Adres/address:

*Michał Wąsowski

Klinika Medycyny Rodzinnej Chorób Wewnętrznych i Chorób Metabolicznych Kości

Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego SPSK im. Prof. W. Orłowskiego

ul. Czerniakowska 231, 00-416 Warszawa

tel.: (22) 628-69-50, fax: (22) 622-79-81

e-mail: drneo@wp.pl