

*Tomasz Sobów

Przestrzeganie zaleceń medycznych przez pacjentów w wieku podeszłym

Adherence to medication among elderly patients

Zakład Psychologii Lekarskiej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi i Oddział Psychogeriatrici, Centralny Szpital Kliniczny, Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Kierownik Zakładu: prof. nadzw. dr hab. Tomasz Sobów

Streszczenie

Nieprzestrzeganie zaleceń medycznych, w tym dotyczących stosowania leków, jest niezwykle częstym zjawiskiem wśród chorych w wieku podeszłym. Przyczyny tego zjawiska są złożone i obejmują aspekty psychologiczne, psychopatologiczne i fizjologiczne związane z pacjentem (takie jak przekonania zdrowotne, zaburzenia funkcji poznawczych, objawy lękowe i depresyjne, problemy ze wzrokiem i słuchem), aspekty związane z lekarzem (w tym jego umiejętnościami edukacyjnymi i komunikacyjnymi) oraz obiektywne czynniki utrudniające stosowanie się do zaleceń (związane z dostępnością do świadczeń i funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia, ale też rodzajem schorzenia, typem i formą stosowanego leczenia). Identyfikacja nieprzestrzegania zaleceń i wdrażanie metod zmierzających do jego poprawy mogą mieć istotne znaczenie dla poprawy efektywności i bezpieczeństwa stosowanych metod leczniczych, redukcji związanego z chorobami cierpienia i poprawy jakości życia chorych, zmniejszenia śmiertelności i chorobowości oraz związanych z nimi kosztów, a także mogą przyczynić się do większej satysfakcji pacjentów i lekarzy z procesu diagnostyczno-terapeutycznego i poprawy ogólnej oceny funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

Słowa kluczowe: przestrzeganie zaleceń, przekonania zdrowotne, komunikacja lekarz-pacjent, system ochrony zdrowia, proces diagnostyczno-terapeutyczny

Summary

Treatment non-adherence, including non-adherence to medications, is a common situation among elderly patients. The reasons for this are complex and include psychological, psychopathology-related and physiological patient-related factors (such as health beliefs, cognitive disturbances, anxiety and emotional symptoms, troubles with vision and hearing) as well as objective factors related to treatment itself, such as poor access to appointments and medications, patient's interaction with health care system, type of disorder, type and formulation of medications. Proper identification of treatment non-adherence and implementing methods to improve it might exert positive effects not only for treatment effectiveness and safety but might also reduce disease-related patients' and caregivers' burden, enhance patients quality of life, improve global effectiveness of the health care system (including mortality, morbidity and costs reductions). Moreover, both patients and doctors satisfaction from the entire diagnostic and therapeutic process might get significantly augmented as well as might a global appraisal of a health care system functioning.

Key words: treatment adherence, health beliefs, doctor-patient communication, health care system, diagnostic and therapeutic process

WPROWADZENIE

Współpraca lekarz-pacjent jest bez wątpienia istotna dla optymalnego wykorzystania możliwości współczesnej medycyny. Jednym z kluczowych elementów oceny dobrej współpracy lekarz-pacjent jest przestrzeganie przez pacjentów zaleceń medycznych (*compliance, adherence*). Większość badań skupia się na przestrzeganiu zaleceń dotyczących farmakoterapii, czyli na prawdopodobieństwie, że pacjent będzie przyjmował zalecany lek, w zalecany sposób (dawka,

droga podania, liczba dawek) i przez zalecany czas (kontynuowanie przyjmowania leku, zwłaszcza w chorobach przewlekłych lub o nawracającym przebiegu). W szerszym kontekście przestrzeganie zaleceń może dotyczyć także innych zachowań pacjenta związanych z procesem leczenia, takich jak: przestrzeganie zaleceń dotyczących stylu życia (np. diety, aktywności fizycznej, stosowania używek), właściwego stosowania urządzeń wykorzystywanych do leczenia (np. aparatu CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure* – stałe do-

datnie ciśnienie w drogach oddechowych) do leczenia zespołu bezdechu śródsewnego), wykonywanie zalecanych badań dodatkowych i innych procedur medycznych zgodnie z zaleceniem lekarskim. Rozważając korelaty przestrzegania zaleceń medycznych u pacjentów w wieku podeszłym warto uwzględnić trzy podstawowe domeny. Pierwszą z nich są uwarunkowania psychospołeczne, spośród których istotne znaczenie mają takie czynniki jak system przekonań dotyczących zdrowia i choroby, motywacja do leczenia, relacja lekarz (inni pracownicy ochrony zdrowia)-pacjent czy sieć wsparcia społecznego. Drugą istotną domeną jest obecność zaburzeń funkcji poznawczych oraz zaburzeń psychicznych (w tym afektywnych, lękowych oraz psychotycznych) wpływających na możliwość zrozumienia i zaimplementowania instrukcji medycznych. Trzecią domeną są czynniki związane bezpośrednio z proponowaną metodą leczenia (np. lekiem), w tym takimi jej aspektami jak dostępność, koszty, skuteczność i tolerancja (objawy niepożądane, interakcje) a także. W artykule zostaną przedstawione podstawowe problemy dotyczące przestrzegania zaleceń medycznych dotyczących chorych w wieku podeszłym. Ponieważ większość badań skupia się na farmakoterapii, dane dotyczące innych zaleceń medycznych przedstawione zostaną tylko w ograniczonym zakresie. Omówione zostaną ponadto możliwości monitorowania oraz interwencji poprawiających przestrzeganie zaleceń przez pacjentów w wieku podeszłym.

PRZESTRZEGANIE ZALECEŃ FARMAKOLOGICZNYCH PRZEZ CHORYCH W WIEKU PODESZŁYM

Pacjenci w wieku podeszłym często są leczeni z powodu wielu chorób, stąd powszechne jest zjawisko polipragmazji. Badania nad przestrzeganiem zaleceń pokazują, że zaledwie co drugi pacjent przestrzega w pełni proponowanego sposobu leczenia farmakologicznego, o ile jest to leczenie przewlekłe (1, 2). Jednocześnie zakres problemu nieprzestrzegania zaleceń nie jest dokładnie poznany, tym bardziej, że wykazano, że lekarze mają tendencję do przeceniania stosowania się do zaleceń przez swoich pacjentów (3, 4). Z badań wynika ponadto, że chorzy nie przestrzegają zaleceń, a ich lekarze nie dostrzegają tego problemu zwłaszcza wówczas, gdy lekarze dysponują ograniczonymi umiejętnościami w zakresie komunikacji i jakość relacji terapeutycznej lekarz-pacjent jest niska (5). Nieprzestrzeganie zaleceń co do stosowania leków prowadzi w oczywisty sposób do niekorzystnych następstw dla efektywności leczenia i samego procesu terapeutycznego.

Pospolite jest wówczas zmienianie uprzednio postawionej diagnozy (nieefektywność leczenia i diagnoza *ex juvantibus*), zbędne podwyższanie dawkowania leków czy dodawanie kolejnych leków. Groźnym następstwem może być sytuacja znalezienia się przez chorego w szpitalu czy placówce opiekuńczej i nagłego podania wszystkich uprzednio zapisywanych, a nieko-

niecznie regularnie i w odpowiednich dawkach przyjmowanych leków.

Wiele badań klinicznych wykazało, że nieprzestrzeganie zaleceń prowadzi do wzrostu liczby hospitalizacji (w tym w oddziałach ratunkowych i pomocy doraźnej) (6-8), podwyższonych wskaźników śmiertelności (9, 10) oraz dodatkowych kosztów (8-9). Nieprzypadkowo zatem w raporcie WHO dotyczącym przestrzeganiu zaleceń w opiece długoterminowej podkreślono, że „poprawa skuteczności interwencji nastawionych na przestrzeganie zaleceń lekarskich może poprawić stan zdrowia publicznego w większym stopniu niż jakakolwiek specyficzna interwencja medyczna” (11).

ZABURZENIA FUNKCJI POZNAWCZYCH A PRZESTRZEGANIE ZALECEŃ PRZEZ CHORYCH W WIEKU PODESZŁYM

Przestrzeganie zaleceń dotyczących przyjmowania leków wymaga sprawności specyficznych procesów poznawczych. Pacjent musi mieć zdolność zrozumienia instrukcji (problem dotyczy tu może szczególnie zaburzeń uwagi, ale też rozumienia tekstu mówionego i pisanego), następnie jej zapamiętania i prospektywnego wydobywania z zasobów pamięci, wreszcie skutecznego wykonywania (funkcje wykonawcze) (12). Problematyczne mogą być zwłaszcza instrukcje alternatywne, czyli zawierające różne schematy postępowania w zależności od aktualnej sytuacji klinicznej (typowy przykład to instrukcja przyjmowania dodatkowych dawek leków w zależności od np. wysokości ciśnienia tętniczego czy wyniku badania glukometrem). W tabeli 1 zestawiono czynniki mogące wpływać na poszczególne etapy procesów poznawczych, mających wpływ na przestrzeganie zaleceń.

Istnieje szereg badań wskazujących na możliwości usprawnienia zapamiętywania i późniejszego wykonywania instrukcji przez starszych pacjentów. Instrukcje na piśmie są, dla przykładu, lepiej zapamiętywane i odtwarzane jeśli mają wyraźną strukturę (wyodrębnione paragrafy dla informacji ważnych, posługiwanie się listą, a nie ciągłym tekstem), odpowiednio dobrane czcionki, wykorzystują tabele i/lub elementy graficzne, nie nadużywają koloru (13, 14). Dla wielu starszych pacjentów pomocne będzie także powtarzanie instrukcji lekarza bezpośrednio po jej uzyskaniu, a także sporządzanie własnych notatek (wymagają sprawdzenia przez lekarza) (15). Użytecznym sposobem zarówno oceniania przestrzegania zaleceń, jak i wzmacniania przyszłych pożądaných zachowań związanych z przyjmowaniem leku jest pytanie pacjenta o to, w jaki sposób przyjmuje leki w trakcie kolejnych wizyt kontrolnych.

W przypadku chorych otępiały rozważenia wymaga zawsze wprowadzenie bezpośredniego nadzoru nad przyjmowaniem leków. Dotyczyć to może zwłaszcza pacjentów z dysfunkcjami skroniowo-czołowymi (nawet we wczesnych stadiach demencji) oraz chorych nie

Tabela 1. Procesy poznawcze a przestrzeganie zaleceń przez pacjentów w wieku podeszłym.

Proces	Zaburzenia wpływające	Inne bariery	Możliwości usprawnienia
Rozumienie instrukcji	Uwaga, funkcje językowe	Zaburzenia wzroku i słuchu, niejasna instrukcja, trudny schemat dawkowania, liczba leków, instrukcje alternatywne	Podawanie instrukcji na piśmie, instrukcje w formie graficznej
Zapamiętywanie	Pamięć, uwaga, afekt i motywacja		Sprawdzanie rozumienia i zapamiętania instrukcji bezpośrednio po jej podaniu
Prospektywne odtwarzanie instrukcji	Pamięć, afekt i motywacja	Preparaty generyczne (zmiana nazwy/wyglądu leku)	Posługiwanie się metodami przypominającymi (np. kalendarzem, alarmem, pojemnikami na leki z zaznaczonymi dniami/porami dnia)
Wykonywanie instrukcji	Funkcje wykonawcze, afekt i motywacja	Brak leku, trudne technicznie posługiwanie się lekiem (np. zabezpieczone opakowania)	Trening przyjmowania leków, bezpośredni nadzór nad przyjmowaniem leków

rozumiejących potrzeby leczenia. Najnowsze badania wskazują także na znaczenie odpowiedniego wyboru leków, w tym prokognitywnych, uwzględniającego nie tylko rodzaj leku, ale także dawkowanie (najlepiej raz na dobę) i drogę podania (np. system transdermalny) (16).

PRZEKONANIA DOTYCZĄCE ZDROWIA I CHOROBY A PRZESTRZEGANIE ZALECEŃ U CHORYCH W WIEKU PODESZŁYM

Starsi pacjenci często mają różne błędne przekonania dotyczące zdrowia, przyczyn nękających ich przypadłości, a także metod leczenia, w tym sposobów stosowania leków. Przekonania te są bardzo silnymi predyktorami zachowań związanych z leczeniem. Wykazano w szczególności, że starsi pacjenci lepiej pamiętają informacje medyczne i przestrzegają zaleceń jeśli są one zgodne z ich wcześniejszą wiedzą i przekonaniem (17, 18). Istotne jest zatem wykrywanie błędnych przekonań dotyczących zdrowia i choroby, najlepiej w swobodnej rozmowie (otwierające pytania typu: Co Pan już wie na temat swojej choroby? Jak, według Pana, powinno przebiegać leczenie?) i korygowanie ich. Warto w tym miejscu wspomnieć o możliwym paradoksalnym wpływie powtarzanych ostrzeżeń, zwłaszcza jeśli są one formułowane w sposób negatywny. Zjawisko to jest określane w literaturze jako „iluzja prawdy” i polega na tym, że proste powtarzanie informacji zwiększa szansę na uznanie jej w przyszłości za prawdziwą. Jeśli zatem, dla przykładu, podamy pacjentowi ostrzeżenie niezgodne z jego wcześniejszymi przekonaniem zdrowotnymi (np. poinformujemy go, żeby nie przerywał leczenia lekiem obniżającym ciśnienie tętnicze nawet jeśli jest ono w normie) i powtórzmy je w takiej formie kilka razy, jest całkiem duża szansa na to, że chory uważający wcześniej, że leki hipotensyjne przyjmuje się tylko wtedy, gdy ciśnienie tętnicze jest podwyższone, będzie nie tylko nadal w sposób nieuzasadniony przerywał leczenie, ale także uważał, że tak właśnie zalecił mu lekarz!

(19). Ważną implikacją praktyczną takich obserwacji jest zalecenie posługiwania się raczej bezpośrednim zaleceniem niż ostrzeżeniem; mówimy pacjentowi zatem, dla przykładu, „proszę przyjmować ten lek po jedzeniu” a nie „proszę nie brać tego leku na pusty żołądek”. Ta druga opcja może bowiem, u chorego przekonanego wcześniej o lepszym działaniu leków przyjmowanych na czczo, spowodować paradoksalne utwierdzenie się w błędnym przekonaniu i niestosowanie się do zaleceń.

ŁĘK UOGÓLNIONY I POSTAWA HIPOCHONDRYCZNA A PRZESTRZEGANIE ZALECEŃ PRZEZ CHORYCH W WIEKU PODESZŁYM

Zespół lęku uogólnionego jest częstą psychopatologią u starszych pacjentów, równie często pozostaje nierozpoznany, z powodu zarówno niepełnoobjawowego obrazu klinicznego, jak i przekonań (pacjentów, ale też lekarzy) o charakterologicznym raczej niż chorobowym pochodzeniu uporczywego lęku (20). Lęk uogólniony u starszych pacjentów powszechnie współwystępuje z innymi zaburzeniami psychicznymi (zwłaszcza nastroju, w tym depresją oraz nadużywaniem leków uspokajających i nasennych). U starszych chorych z lękiem uogólnionym (szczególnie współwystępującym z depresją) obserwowano ponadto częstsze występowanie przewlekłych chorób somatycznych (21).

Jednym z problemów powszechnie spotykanych u chorych z lękiem uogólnionym w wieku podeszłym jest ich nadmierne skupienie się na dolegliwościach cielesnych, lękowe „oczekiwanie” wystąpienia choroby lub nasilenia jej objawów, a także nadinterpretowanie banalnych objawów jako zwiastunów lub dowodów na obecność choroby – postawa hipochondryczna. Tacy chorzy mają przede wszystkim tendencję do przyjmowania nadmiernej liczby zbędnych leków, w tym także tych wydawanych w aptece bez recepty. Paradoksalnie mogą oni także nie przestrzegać zaleceń lekarskich, a najczęstszym zjawiskiem jest lęk przed wystąpieniem

niepożądanych efektów terapii. Prototypowy przykład takiego pacjenta starannie studiuje ulotkę leku, selekcyjnie jednak wyrażnie informacje. W badaniu przeprowadzonym w Danii 77% chorych uważało, że najważniejszymi informacjami w ulotce są możliwe objawy uboczne (znaczny odsetek czytał tylko te informacje!) i aż 32% chorych zaprzestało przyjmowania leku z powodu obaw o wystąpienie objawu ubocznego (22). W innym badaniu przeczytanie ulotki podwyższało poziom lęku u 35% pacjentów a u 10% powodowało niestosowanie się do zaleceń (23).

Wydaje się, że w praktyce klinicznej istotne jest wczesne identyfikowanie pacjentów lękowo nastawionych do leków (zwłaszcza objawów ubocznych) i omawianie z nimi możliwych sposobów leczenia, w tym bezpieczeństwa leku zanim zapoznają się oni (i przerażą) z treścią ulotki. U wybranych pacjentów pomocne mogą być elementy terapii behawioralno-poznawczej.

ZABURZENIA DEPRESYJNE A NIEPRZESTRZEGANIE ZALECEŃ U CHORYCH W WIEKU PODESZŁYM

Nieprzestrzeganie zaleceń dotyczących przyjmowania leków jest częste u pacjentów cierpiących na depresję, także w subpopulacji geriatrycznej. Najczęstszymi przyczynami są obawy o możliwość uzależnienia się od leków przeciwdepresyjnych i o wystąpienie objawów ubocznych, samo rzeczywiste wystąpienie objawów ubocznych oraz odczuwana niewystarczająca skuteczność leczenia są kolejnymi istotnymi czynnikami (24). Chorzy cierpiący z powodu depresji mają problemy z przestrzeganiem zaleceń nie tylko jeśli chodzi o leki przeciwdepresyjne. Gorzej współpracują oni także w terapii chorób somatycznych, nie przyjmują zalecanych leków, nie wykonują zalecanych badań, nie zgłaszają się na porady kontrolne i nie przestrzegają zaleceń niefarmakologicznych (np. dotyczących diety czy aktywności fizycznej). W konsekwencji współistniejąca depresja pogarsza przebieg wielu chorób somatycznych, podwyższa wskaźniki śmiertelności i koszty leczenia (25).

METODY OCENY PRZESTRZEGANIA ZALECEŃ FARMAKOLOGICZNYCH PRZEZ CHORYCH W WIEKU PODESZŁYM

Opublikowano liczne narzędzia kwestionariuszowe, zarówno wypełniane przez pacjenta, jak i jego opiekunów, do oceny współpracy w leczeniu. Wszystkie te narzędzia mają na celu ocenę nie tylko przestrzegania zaleceń farmakologicznych, ale często także identyfikację problemów z przyjmowaniem leku, postawy i przekonania pacjenta wobec leczenia czy też wiedzę na temat choroby i jej leczenia (26, 27). Subiektywność tych narzędzi prowadzi jednak często do ich krytyki jako niedostatecznie skutecznie wykrywających nieprzestrzeganie zaleceń. Bardziej obiektywne metody jak liczenie tabletek, elektroniczne rejestry wykupienia leków w aptece czy specjalne pojemniki zlicza-

jące wyjęte z nich tabletki mają poprawić tę sytuację, jednak nadal nie są narzędziami idealnymi. W praktyce klinicznej warto polecić dwie techniki. Po pierwsze, pomocne może być pytanie chorego o to, jaki lek i w jakiej dawce oraz ile razy na dobę przyjmuje. Chorzy bez zaburzeń funkcji poznawczych i dobrze współpracujący w leczeniu powinni, albo precyzyjnie odpowiadać na tego typu pytania albo posługiwać się pisemną (lub inną) instrukcją. Po drugie, warto sprawdzać czy liczba przepisywanych uprzednio leków „pasuje” do terminu aktualnej wizyty. Możemy w ten sposób wykryć zarówno niemożność przestrzegania zaleceń (chory miał za mało leku pomiędzy wizytami), jak i możliwe nadużywanie leku, gdy chory raportuje brak leku pomimo tego, że z naszych notatek wynika, że powinien mieć jeszcze istotny zapas. Te proste kliniczne metody, jakkolwiek niedoskonałe, często skutecznie poprawiają przestrzeganie zaleceń lub wpływają motywująco na bliskich chorych i skłaniają ich do lepszego nadzoru nad leczeniem starszych chorych.

STRATEGIE POPRAWY PRZESTRZEGANIA ZALECEŃ PRZEZ CHORYCH W WIEKU PODESZŁYM

Istnieje relatywnie niewiele badań oceniających poszczególne metody zmierzające do poprawy przestrzegania zaleceń lekarskich przez chorych starszych. Jako skuteczne oceniano regularne wizyty kontrolne połączone z systematyczną oceną liczby wykorzystanych tabletek (przez lekarza lub farmaceutę), techniki edukacyjne, maksymalne upraszczanie schematu dawkowania leków oraz motywujące wywiady (28-30). Jako istotne podkreśla się optymalne strategie komunikacji lekarz-pacjent obejmujące takie aspekty jak: rozumienie oczekiwań i doświadczeń pacjenta i jego bliskich; dążenie do podejmowania wspólnych (lekarza z pacjentem) decyzji co do wyboru formy leczenia; dostarczanie odpowiednio podanych, zrozumiałych informacji dotyczących leczenia oraz systematyczne ocenianie rozumienia zaleceń i ich akceptowania. Ten ostatni aspekt często jest pomijany przez lekarzy, którzy nie uwzględniają dość oczywistego faktu, że raz wyrażona zgoda chorego (np. na podanie leku w formie depot) nie jest na zawsze! (31). Najczęściej zalecane metody poprawy przestrzegania zaleceń medycznych zestawiono w tabeli 2.

PODSUMOWANIE

Nieprzestrzeganie zaleceń medycznych, w tym zwłaszcza tych dotyczących stosowania leków, jest niezwykle istotnym problemem dotyczącym chorych w wieku podeszłym. W konsekwencji tego zjawiska obserwujemy niepowodzenia terapeutyczne, a także rosnące koszty leczenia. Rozpoznawanie nieprzestrzegania zaleceń i wdrażanie strategii zmierzających do jego poprawy wydaje się być zatem istotnym, choć często pomijanym, zadaniem lekarskim. Rozważenie i,

Tabela 2. Metody i strategie stosowane w celu poprawy przestrzegania zaleceń farmakologicznych (za Osterberg & Blaschke, 2005 (9), zmodyfikowane).

Obszar działań	Metody, techniki
Identyfikacja nieprzestrzegania zaleceń	Markery nieprzestrzegania zaleceń (niezgłaszanie się na wizyty kontrolne, zła odpowiedź na leczenie, potwierdzony brak leku); obiektywne i subiektywne bariery dla przestrzegania zaleceń (np. koszty leku, dostęp do lekarza, zmiana leku, leki o różnych nazwach (generyki)).
Strategie komunikacyjne	Podjęmowanie wspólnych decyzji; podkreślanie znaczenia regularnego przyjmowania leków; instruowanie chorego w prosty, zrozumiały sposób i weryfikowanie zrozumienia instrukcji; uwzględnianie oczekiwań, doświadczeń i preferencji pacjenta.
Strategie edukacyjne	Edukowanie pacjenta i jego bliskich o chorobie, metodzie leczenia; odróżnianie objawowego od profilaktycznego działania leków (istotne przy chorobach przewlekłych z fazami bezobjawowymi np. nawracającej depresji).
Strategie związane bezpośrednio z lekiem	Maksymalne upraszczanie schematu dawkowania (zwłaszcza unikanie podawania wielu dawek w ciągu doby oraz zaleceń warunkowych); stosowanie metod wspomagających przyjmowanie leków (pisemne instrukcje, pojemniki na leki); rozważenie stosowania zmiany formy leku (stosowanie leków o długim okresie półtrwania, leków o przedłużonym uwalnianiu, iniekcji w formie depot, leków w formie systemów transdermalnych).

o ile to możliwe, modyfikowanie czynników zależnych od pacjenta (zwłaszcza psychologicznych uwarunkowań przestrzegania zaleceń, zaburzeń funkcji poznawczych, objawów lękowych i depresyjnych, zaburzeń narządów zmysłów), od systemu opieki zdrowotnej (w tym dostępu do świadczeń), od rodzaju i przebiegu

schorzenia (w tym występowania faz bezobjawowych) oraz od lekarza (zwłaszcza odpowiednich strategii komunikacyjnych) może poprawić współpracę z chorym, przestrzeganie zaleceń lekarskich i, w konsekwencji, satysfakcję pacjenta (i lekarza) z procesu diagnostyczno-terapeutycznego.

PIŚMIENNICTWO

- Hughes CM: Medication non-adherence in the elderly: how big is the problem? *Drugs Aging* 2004; 21: 793-811.
- Steinman MA, Hanlon JT: Managing medications in clinically complex elders. *JAMA* 2010; 304: 1592-601.
- George J, Goldberg AI, Cohen G, Rubin AH: Physician assessments of patient compliance with medical treatment. *Soc Sci Med* 1998; 47: 1873-6.
- Barat I, Andreasen F, Damsgaard EM: Drug therapy in the elderly: what doctors believe and patients actually do. *Br J Clin Pharmacol* 2001; 51: 615-22.
- Haskard Zolnierok K, DiMatteo R: Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Med Care* 2009; 47: 826-34.
- Williams BR, Nichol MB, Lowe B et al.: Medication use in residential care facilities for the elderly. *Ann Pharmacother* 1999; 33: 149-55.
- Hope CJ, Wu J, Tu W et al.: Association of medication adherence, knowledge, and skills with emergency department visits by adults 50 years and older with congestive heart failure. *Am J Health Syst Pharm* 2004; 61: 2043-9.
- Sokol MC, McGuigan KA, Verbrugge RR et al.: Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare costs. *Med Care* 2005; 43: 521-30.
- Osterberg L, Blaschke T: Adherence to medication. *N Engl J Med* 2005; 353: 487-97.
- Bailey JE, Wan JY, Tang J et al.: Antihypertensive medication adherence, ambulatory visits and risk of stroke and death. *J Gen Intern Med* 2010; 25: 495-503.
- WHO. Adherence to long-term therapies: evidence for action. WHO Press, New York 2003.
- Park DC: Applied cognitive aging research. [In:] Craik FIM, Salthouse TA (Red) *Handbook of cognition and aging*, Mahwah NJ, Erlbaum 1992; 449-493.
- Hartley J: Designing instructional text for older readers: a literature review. *Br J Educational Technol* 1994; 25: 172-188
- Rice GE, Meyer BJF, Miller DC: Using text structure to improve older adults' recall of important medical information. *Educational Gerontol* 1989; 15: 527-42.
- Morrow DG, Leirer VO, Carver LM et al.: Effects of aging, message repetition and note-taking on memory for health information. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1999; 54: P369-79.
- Bassil N, Grossberg GT: Novel regimens and delivery systems in the pharmacological treatment of Alzheimer's disease. *CNS Drugs* 2009; 23: 293-307.
- Rice GE, Okun MA: Older readers' processing of medical information that contradicts their beliefs. *J Gerontol* 1994; 49: 199-28.
- Kiviniemi MT, Rothman AJ: Selective memory biases in individuals' memory for health-related information and behavior recommendations. *Psychol Health* 2006; 21: 247-272.
- Skurnik I, Yoon C, Park DC, Schwarz N: How warnings about false claims become recommendations. *J Consumer Res* 2005; 31: 713-24.
- Flint AJ: Generalised anxiety disorder in elderly patients: epidemiology, diagnosis and treatment options. *Drugs Aging* 2005; 22: 101-14.
- Mackenzie CS, Reynolds K, Chou KL et al.: Prevalence and correlates of generalized anxiety disorder in a national sample of older adults. *Am J Geriatr Psychiatry* 2011; 19: 305-315.
- Horwitz A, Reuther L, Andersen SE: Patient information leaflets seen through the eyes of patients in general practice. *Ugeskr Laeger* 2009; 171: 599-602.
- Vinker S, Eliyahu V, Yaphe J: The effect of drug information leaflets on patients behavior. *IMAJ* 2007; 9: 383-6.
- Olfson M, Marcus SC, Tedeschi M, Wan GJ: Continuity of antidepressant treatment for adults with depression in the United States. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 101-8.
- Katon WJ: Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. *Dialogues Clin Neurosci* 2011; 13: 7-23.

26. Morisky DE, Green LW, Levine DM: Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care* 1986; 24: 67-74.
27. Bondesson A, Hellstrom L, Eriksson T, Hoglund P: A structured questionnaire to assess patient compliance and beliefs about medicines taking into account the ordered categorical structure of data. *J Eval Clin Pract* 2009; 15: 713-23.
28. Haynes RB et al.: Interventions to enhance medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 19: CD000011.
29. Elliott RA, Stewart DC: A systematic review of interventions to improve medication taking in elderly patients prescribed multiple medications. *Drugs Aging* 2008; 25: 307-24.
30. Possidente CJ, Bucci KK, McClain WJ: Motivational interviewing: a tool to improve medication adherence? *Am J Health Syst Pharm* 2005; 62: 1311-14.
31. Epstein RM, Alper BS, Quill TE: Communicating evidence for participatory decision making. *JAMA* 2004; 291: 2359-66.

otrzymano/received: 30.05.2011
zaakceptowano/accepted: 06.07.2011

Adres/address:
*Tomasz Sobów
Zakład Psychologii Lekarskiej, Katedry Nauk Humanistycznych,
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
ul. Sterlinga 5, 91-425 Łódź
e-mail: tomasz.sobow@umed.lodz.pl