

Zlepšená adhérenca pacienta s artériovou hypertenziou – dostupná možnosť skvalitnenia starostlivosti?

prof. MUDr. Ján Gajdošík, PhD.¹, doc. PhDr. Darina Brukkerová, PhD., MPH², prof. MUDr. Andrej Dukát, CSc.³, prof. MUDr. Milan Kriška, DrSc.⁴, MUDr. Jana Sokolová, PhD.⁵

¹Ambulancia praktického lekára pre dospelých, Nové Zámky

²SZU Bratislava

³II. interná klinika LF UK a UNB, Bratislava

⁴Ústav farmakológie a klinickej farmakológie LF UK, Bratislava

Cieľom práce bolo spoznať a porovnať názory pacientov s artériovou hypertenziou a všeobecných lekárov pre dospelých (VLD) na adhérenciu. Metódou bolo dotazníkové zisťovanie oslovením 100 VLD a 500 pacientov. Výsledky potvrdili záujem o problematiku, návratnosť dotazníkov – 95% VLD, 42,8 % pacienti. Závěry – nonadherencia je častou príčinou neuspokojivej odpovede pacienta s artériovou hypertenziou na liečbu. Vzostup adhérence je bazálnym predpokladom skvalitnenia zdravotnej starostlivosti, bez nutnosti výraznejšieho navýšenia prostriedkov.

Kľúčové slová: adhérenca, arteriálna hypertenzia, všeobecný lekár, pacient.

Enhanced patient adherence to hypertension - available option improving the quality of care?

The aim of this work was to explore and compare the views of patients with arterial hypertension and general practitioners on adherence. The method was a questionnaire survey addressing 100 GP and 500 patients. The results confirmed their interest in the issue, return questionnaires – 95% GP, 42.8% patients. Conclusions – nonadherence is a common cause of unsatisfactory patient's response to treatment with arterial hypertension. Rise of adherence is a prerequisite for basal improve health care of patients with arterial hypertension.

Key words: adherence, arterial hypertension, general practitioner, patient.

Via pract., 2012, 9(5): 228–230

Úvod

Artériová hypertenzia patrí v podmienkach Slovenskej republiky medzi dominujúce ochorenia, so stúpajúcim trendom výskytu poškodení cieľových orgánov hypertenzie, významným dopadom na komplikácie ochorenia, mortalitu. Je až prekvapujúce, že ochorenie, ktorého **diagnostika a začatie liečby** sú nenáročné na materiálno technické vybavenie ambulancie a v drivej väčšine prípadov je **možné v ambulancii všeobecných lekárov pre dospelých** (VLD), prináša také obrovské množstvo problémov, poznamenávajúcich negatívnym spôsobom i ekonomiku štátu (1).

I vo vyspelých krajinách je známy fakt, že napriek známej diagnóze a začatej liečbe 67 % pacientov s artériovou hypertenziou nemá účinne liečený vysoký krvný tlak (TK) (2). Neadekvátna kontrola TK znamená podľa údajov z USA ročne viac ako 40 000 kardiovaskulárnych príhod, viac ako 8 000 úmrtí, 964 miliónov dolárov nepriamych nákladov (3). Popritom je známe, že kontrola TK antihypertenzívnou liečbou je najefektívnejšou metódou na redukciu kardiovaskulárnej morbidity a mortality (4).

Dôvodom **nedosahovania cieľových parametrov TK** je viac. Medzi najfrekvencovanejšie

patria **neskorý príchod pacienta, nedostatočná diagnostika, cena liekov, neefektívne lieky, nejednotné odporúčenia, rezistentná hypertenzia, nežiaduce účinky liekov** a pod. (5).

Často dominuje skôr problematický vzťah lekár – pacient, nedostatočná spolupráca pacienta, poznamenávajúca významným spôsobom výsledok zdravotnej starostlivosti (6). Odborná literatúra používa pre objasnenie problému rôzne pojmy. **Compliance** je vnímané ako **pasívne podriadenie pacienta pokynom lekára** (7). V súčasnosti sa preferuje termín adhérenca, ktorá je závislá na súhlasnom vzťahu, ide o viac partnerský prístup. **Adhérenca** označuje **mieru, do akej pacientovo správanie zodpovedá akceptovaným odporúčaniam lekára**. Zdôrazňuje sa v nej pacientovo rozhodovanie a rozvíja definíciu compliance o potrebu dohody pacienta s lekárom (8). V časti literatúry sa objavuje pojem **konkordancia** označujúci **harmonický vzťah medzi lekárom a pacientom, ktorý vedie k terapeutickému zhode optimalizujúcej zdravotné prínosy** (9). Zohľadňuje to, čo si pacient želá, a to, čo je schopný dosiahnuť, rešpektuje presvedčenie pacienta. Zhoda závisí od schopnosti pacientov robiť vlastné kvalifiko-

vané rozhodnutia, pacienti sa sami rozhodujú. V našej literatúre dominuje pojem adhérenca, ktorý i naďalej používame v publikáciách.

Materiál a metodika

V štúdií predkladáme hodnotenie adhérence pacientov s artériovou hypertenziou akceptovanou metódou štruktúrovaného dotazníka (10, 11), vytvoreného spoluprácou sociológa, klinického farmakológa a VLD, ktorý sme overili v pilotnej štúdií. Použili sme dvojstupňové zisťovanie názorov – zistenie názorov lekárov a pacientov a ich vzájomné porovnanie, pri niektorých otázkach i názoru pacientov „obvyklého v prostredí, v ktorom respondent žije“. Postupy zodpovedajú podmienkam sociologického výskumu, nezvolili sme cestu kvalitatívnej analýzy. Porovnanie názorov lekárov, pacientov a ich interpretácia je výsledkom deskriptívnej analýzy.

Súbor lekárov bol vytvorený náhodným výberom zo zoznamu VLD, doručenie a zozbieranie dotazníkov bolo uskutočnené anketármi, 100 rozdaných, 62 vrátených. Súbor pacientov bol vytvorený rozdáním dotazníkov anketármi prvým piatim pacientom s artériovou hypertenziou z denného chodu ambulancie spolu-

Tabuľka 1. Veková štruktúra súboru pacientov

Vek	Absolútny počet	%
do 35 rokov	4	2 %
31 – 50 rokov	73	34 %
51 – 65 rokov	103	48 %
66 a viac rokov	34	16 %
Spolu	214	100 %

pracujúcich VLD (500 dotazníkov). Anonymita bola zabezpečená zberom do schránky v čakárni (vrátených 214, 42,8 %). V predloženej publikácii sa zaoberáme názormi pacientov a VLD na problematiku dodržiavanie režimu užívania liekov podľa odporúčania lekára.

Výsledky a diskusia

Súbor 214 odpovedajúcich pacientov tvorilo 104 (49 %) žien, 110 (51 %) mužov, veková štruktúra je uvedená v tabuľke 1. Podľa vzťahu k práci sú v súbore zastúpení pracujúci prevažne duševne – 62; 29 %, pracujúci prevažne fyzicky – 49; 23 %, dôchodcovia – 69; 32 %, nezamestnaní – 5; 3 %, pracujúci inak – 5; 2 %. Podľa spôsobu bývania – žijúci v rodine 171; 80 %, žijúci samostatne 40; 19 %, inak žijúci 3; 1 %.

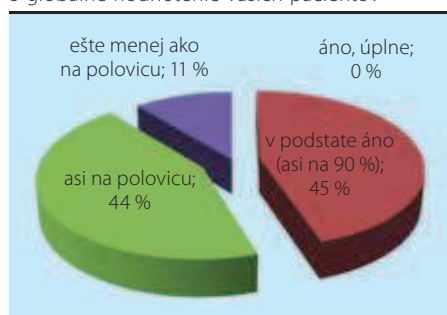
Dodržiavanie predpísaného liečebného režimu pacientmi podľa názoru VLD sme zisťovali otázkou: „**Ako by ste asi rozdelili Vašich pacientov? Akú percentuálnu časť predstavujú Vaši pacienti s arteriálnou hypertenziou podľa dodržiavania nariadeného liečebného režimu?**“ Temer polovica opýtaných lekárov (49,85 %), uviedla odpoveď „**lieči sa a berie lieky pravidelne presne podľa predpisu**“, zhruba jedna štvrtina odpovedí (26,45 %) bola „**lieči sa, ale niekedy neberie lieky úplne presne podľa predpisu**“. Odpoveď „**lieči sa, ale niekedy si sám určuje, ako bude lieky brať, lebo mu to vyhovuje inak, ako to predpísal lekár**“ uviedlo 12,01 %, možnosť „**ako kedy, lieky berie, iba keď mu je horšie**“ 11,06 % a odpoveď „**nelieči sa a neberie žiadne lieky**“ 10,89 % respondentov.

V tabuľke 2 sú znázornené odpovede na obdobnú otázku položenú pacientom „**Ak by ste mali zhodnotiť, ako Vy sám beriete predpísané lieky, resp. ako podľa Vášho názoru ľudia vo Vašom okolí berú predpísané lieky, ako by ste to zhodnotili pomocou percent?**“. V porovnaní odpovedí lekárov a pacientov je zrejme nadmerná dôvera VLD predpokladajúcich až temer 75 % adherenciu liečených pacientov. V odpovediach pacientov je skôr skepsa v presné dodržiavanie pokynov lekára, s významne nižším hodnotením užívania liekov v okolí pacientov.

Ďalším problémom liečby je pacientova príprava liekov na pravidelné užívanie. Má byť urči-

Tabuľka 2. Ak by ste mali zhodnotiť, ako Vy sám beriete a ako podľa Vášho názoru ľudia vo Vašom okolí berú predpísané lieky, ako by ste to zhodnotili pomocou percent?

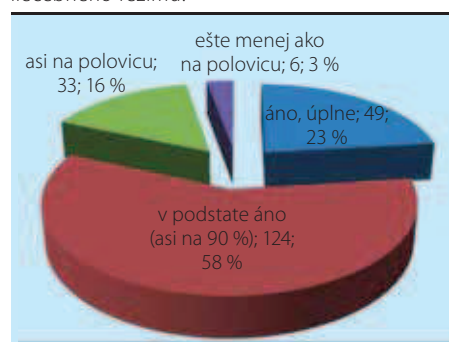
Užívanie liekov	Samohodnotenie		Hodnotenie okolia	
	Absolútny počet	%	Absolútny počet	%
presne podľa predpisu lekára (možno povedať na 95 – 100%)	67	31 %	21	10 %
v podstate podľa predpisu lekára, ale pripúšťate, že niekedy nie úplne presne (76 – 94%)	110	51 %	93	45 %
niekedy dobre, niekedy menej (25 – 75%)	30	14 %	73	34 %
menej ako štvrtinu (menej ako 25 %)	4	2 %	5	2 %
beriem lieky iba výnimočne, iba skutočne vtedy, keď to uznám za vhodné, a nie podľa lekára	5	2 %	3	1 %
inak	1	0 %	17	8 %

Graf 1. Myslíte si, že ste ako lekár presne informovaný o pacientovom dodržiavaní nariadeného liečebného režimu? Poprosíme Vás o globálne hodnotenie Vašich pacientov

tu prípravu pacienta k racionalizácii farmakoterapie. Z tohto aspektu sme zisťovali u VLD názory na prípravu zoznamu liekov na užívanie otázkou „**Aké máte poznatky o svojich pacientoch, majú urobený zoznam liekov, ktoré pravidelne berú? – vyjadrite sa v odhadovaných percentách**“. Prevažuje dôvera ku konaniu pacienta, odpoveď „**áno, majú ho urobený a nosia ho so sebou**“ zvolilo asi 55 % lekárov, ďalšiu „**áno, majú ho urobený, ale nenosia ho pri sebe, majú ho doma napísaný alebo u niekoho uložený**“ asi 20,41 %. Negatívne odpovede sú v menšine – „**nemajú urobený zoznam**“ asi 13,59 %, „**nechcem alebo neviem sa vyjadriť**“ 11 %.

V odpovediach pacientov na obdobnú otázku „**Máte urobený zoznam liekov, ktoré beriete?**“ sú diametrálne odlišné názory. Zápornú odpoveď „**nemám urobený zoznam**“ uviedlo 72 % (153) pacientov. Menšina opýtaných – 13 % (29) potvrdila existenciu zoznamu liekov formou odpovedí „**áno, mám ho urobený a nosím ho so sebou**“ a 14 % (31) pacientov uviedlo odpoveď „**áno, mám ho urobený, ale nenosím ho pri sebe, mám ho doma napísaný, alebo u niekoho uložený**“.

Vzhľadom na stúpajúci počet liekov nevyhnutných na zvládnutie arteriálnej hypertenzie, polymorbidít a starnutia populácie je dôležitá príprava liekov na užívanie. Názory VLD sme zisťovali otázkou „**Vedeli by ste Vašich pacien-**

Graf 2. Myslíte si, že je Váš lekár presne informovaný o Vašom dodržiavaní nariadeného liečebného režimu?

tov rozdeliť percentuálne podľa toho, ako si pripravujú (odpočítavajú, oddeľujú...) lieky v % ?“. VLD predpokladajú, že len zhruba jedna tretina pacientov (asi 32,8 %) si „**neprpravuje lieky vopred, zoberú si len to, čo práve potrebujú – pravidelne ráno, na obed a večer**“. Názory „**neprpravujú si lieky dopredu, zoberú si iba podľa potreby**“ tvoria asi 11,04 %; „**prpravujú si lieky do nádoby (alebo liekovky, alebo dávkovača ...) na deň vopred**“ – asi 24,40 %, „**prpravujú si lieky do nádoby na týždeň vopred**“ – asi 13,85 %, „**prpravujú si lieky do nádoby na dva týždne vopred**“ – asi 8,52 %, „**inak si pripravuje lieky**“ asi 9 %.

Postoje pacientov k príprave liekov sme zisťovali otázkou „**Ako si pripravujete (odpočítavate, oddeľujete...) lieky?**“. V odpovediach dominovali negatívne postoje, 66 % (134) odpovedajúcich uviedlo „**neprpravujem si lieky dopredu, zoberiem si len to, čo práve potrebujem – pravidelne ráno, na obed, večer**“; 9 % (18) uviedlo „**neprpravujem si dopredu, zoberiem si iba niekedy, podľa potreby**“. Len menšina pacientov si lieky vopred pripravuje – 9 % (18) pacientov odpovedalo „**prpravujem si lieky do nádoby (alebo liekovky, alebo dávkovača ...) na deň vopred**“; 10 % (20) si „**prpravuje si lieky do nádoby na týždeň vopred**“ a 4 % (8) si „**prpravuje lieky do nádoby na 2 týždne vopred**“.

Informovanosť VLD o dodržiavaní odporúčaného liečebného režimu je bazálnou podmienkou úspechu liečby. Ich názory sme zisťovali otázkou „**Myslíte si, že ste ako lekár presne informovaný o pacientovom dodržiavaní nariadeného liečebného režimu?**“ **Poprosíme Vás o globálne hodnotenie Vašich pacientov** (graf 1). Prevláda skeptický pohľad VLD – za plne informovaného sa nepovažuje žiadny. V odpovediach pacientov na obdobnú otázku (graf 2) prevažuje pozitívny názor na informovanosť lekára.

Významným prvkom a predpokladom zvyšovania adhérencie je i poučenie pacienta. Postoje VLD sme zisťovali položením otázky „**Myslíte si, že ak lekár dostatočne a zrozumiteľne vysvetlí ochorenie na artériovú hypertenziu a predpísaný spôsob liečby, pacient lepšie dodržiava nariadený liečebný režim?**“. Prevažujú pozitívne názory – 45 % odpovedalo „áno“, 48 % „asi áno“, nevedeli odpovedať 2 %, „asi nie“ uviedlo 5 % VLD. Na tú istú otázku odpovedalo „áno, určite“ 86 pacientov (40 %), „asi áno“ 98 (45 %), nevedelo odpovedať 21 (10 %), negatívne odpovede „asi nie“ uviedlo 7 (3 %), „určite nie“ 2 (1 %) pacientov. Názor, že „najlepšie si spôsob liečby určí každý sám, nezávisí to od nariadenej liečby, ale od vlastnej skúsenosti“ uviedli 2 pacienti 2 (1 %).

Záver

Už naše predošlé zisťovania potvrdili, že lekár v praxi nemá pri rozhodovaní často dostatok informácií o ochote pacienta k spolupráci (12). Obdobný problém poznamenáva i zdravotnú starostlivosť o pacientov s artériovou hypertenziou, názory lekárov a pacientov sa výrazne odlišujú. VLD majú tendenciu nadhodnocovať adhérenciu, čím sme potvrdili zistenia i v iných štúdiách (12, 13). Pacienti sú skôr skeptickí k užívaniu liekov podľa odporúčaní lekára, majú tendenciu vykresľovať svoje vlastné chovanie v priaznivejšom svetle, významne kritickejšie

hodnotia konanie pacientov v blízkom okolí. Potvrdením diskrepancie v hodnotení je i prevažujúca dôvera VLD v používanie zoznamu liekov pacientom, konfrontovaná so záporným postojom pacientov. Istou zaujímavosťou z prieskumu je referovaná nedôvera VLD v ochotu pacienta informovať o dodržiavaní liečebného režimu, u pacientov skôr tendencia „prikrášliť“ realitu. Pozitívnym zistením je skutočnosť, že ako VLD tak i pacienti prikladajú dôraz na formu a rozsah poučenia pacienta lekárom. Vždy je potrebné zdôrazňovať pacientom aj zmenu životného štýlu, naše ďalšie výsledky sú pripravené na publikáciu. Ako však ukázali takmer všetky epidemiologické sledovania, adhérenca k tomuto faktoru je všade vo svete zlá a nedostatočná a predbežné výsledky sa v sledovaniach, žiaľ, nepreukázali byť dlhodobo trvajúce (3, 8, 11).

Predložené výsledky signalizujú, že práve nonadherencia môže byť jedným z dôvodov nedostatočnej úspešnosti zdravotnej starostlivosti o pacientov s artériovou hypertenziou. Toľko diskutované skvalitnenie tejto starostlivosti v dlhodobom finančne podvyživenom zdravotníctve je bez dostatočnej motivácie pacientov a lekárov, najmä zo strany zdravotných poisťovní, skôr vysnenou metou ako reálne dosiahnuteľným cieľom. Skutočnosťou, potvrdenou štúdiami i praxou, je poznanie, že jednostranné úsilie výlučne zdravotníkov neprináša očakávaný výsledok (14). Návrhy, ako zlepšiť danú situáciu závisia iba sčasti na medicíne a zdravotníckom personáli. Väčšina je však závislá na spoločenskom systéme, zdravotnej politike štátu, ekonomike a záujme riadiacich pracovníkov vôbec.

Literatúra

1. Dahlöf B, et al. Prevention of cardiovascular events with an antihypertensive regimen of amlodipine adding perindopril as required versus atenolol adding bendroflumethiazide as required, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-Blood Pressure Lowering Arm (ASCOT-BPLA): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet* 2005; 366: 895–906.

- Equinox Model based on NHANES/NHIS and 2004 US Census, Sept-07.
- Flack JM et al. Cardiovascular disease costs associated with uncontrolled hypertension. *Manag Care Interface* 2002; 15: 28–36.
- Elliott WJ. High blood pressure control. *J Clin Hypertens* 2003; 5(S2): 3–13.
- Wolf-Maier K, et al. Hypertension treatment and control in five European countries, Canada, and the United States. *Hypertension* 2004; 43:10–17.
- Gajdošík J., Brukkerová D., Kriška M., Svoreňová A. Zodpovedajú predstavy lekárov o dodržiavaní liečebného režimu pacientmi skutočnosti? *Praktický lekár* 2007; 87(8): 478–482.
- Murphy N, Canales M. A critical analysis of compliance. *Nursing Inquiry* 2001; 8(3): 139–202.
- Hearnshaw H, Lindenmeyer A. What do we mean by adherence to treatment and advice for living with diabetes? A review of the literature on definitions and measurements. *Diabetic Medicine* 2006; 23(7): 720–728.
- Trehan GJ, Lyons AC, Hale ED, Douglas KMJ, Kitas GD. Predictors of medication adherence in people with rheumatoid arthritis: studies are necessary but non-validated measures of medications are of concern. *Rheumatology* 2005; 44: 1331.
- Cramer JA, Spilker B. Patient compliance in medical practice and clinical trial. New York, Raven Press 1999: 414.
- Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med* 2005; 453: 487–97.
- Gajdošík J, Brukkerová D, Kriška M, Svoreňová A. Poznáme dostatočne ochotu pacienta dodržiavať pokyny lekára? *Praktický lekár* 2007; 87(2): 103–107.
- Van Brabant H, Camberlin C, Vrijens F, et al. More is not better. *Eur Heart J* 2007; 28: 949–960.
- Materson BJ, et al. Single-drug therapy for hypertension in men. A comparison of six antihypertensive agents with placebo. The Department of Veterans Affairs Cooperative Study Group on Antihypertensive Agents. *N Engl J Med* 1993; 328: 914–21.
- Neutel JM. Fixed combination antihypertensive therapy. In: Oparil S, Weber MA, editors. *Hypertension. Companion to Brenner & Rector's The Kidney*. 2nd ed. Philadelphia, Elsevier Saunders 2005: 522–9.

prof. MUDr. Ján Gajdošík, PhD.

Ambulancia praktického lekára pre dospelých
Komárňanská 24, 940 76 Nové Zámky
gajdosik@za.psg.sk



Plantážne kávy z celého sveta

Internet

- čerstvá káva
- On - line shop
- 24 hodín denne
- bez poštovného
- množstvo informácií
- fórum o káve
- facebook

Home

- kvalitné kávovary
- čerstvo pražená káva
- najširší výber káv
- kávové špeciality

Office

- skvelá káva
- bezplatné nájmy
- rýchle dodávky
- profylaktický servis

www.kafe.sk

BARZZUZ
Č E R S T V Á K Á V A