

Ocena przestrzegania zaleceń lekarskich i systematycznego przyjmowania leków u osób powyżej 65. roku życia

The estimation of compliance and adherence by persons above 65 years of life

Dorota Szydłarska¹, Wiesław Grzesiuk¹, Marcin Dębski¹, Aneta Pragacz², Janusz Sierdziński³

¹ Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Endokrynologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

² Poradnia Endokrynologiczna, Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Stefana Niewirowicza w Staszowie

³ Zakład Informatyki Medycznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Streszczenie

Wstęp. Od kilkunastu lat podejmowane są próby oceny stosowania się pacjentów do zaleceń lekarskich. Jednym z powodów nieprzestrzegania zaleceń lekarskich jest brak kojarzenia przez pacjentów pogorszenia się jakości życia z chorobą. Także bezobjawowy przebieg chorób, takich jak na przykład nadciśnienie tętnicze czy cukrzyca, zwłaszcza w jej początkowej fazie, nie mobilizuje chorych do przestrzegania zaleceń lekarskich. **Cel Pracy.** Celem badania była ocena przestrzegania zaleceń lekarskich i systematycznego przyjmowania leków w grupie osób powyżej 65. roku życia. **Materiał i metody.** Badaniami objęto 90 osób hospitalizowanych na oddziale wewnętrznym i 335 osób leczonych ambulatoryjnie. Każdy z pacjentów wypełniał anonimową ankietę zgodną z testem Morisky'ego-Greena dla samooceny stopnia współpracy z lekarzem. **Wyniki.** Uzyskane odpowiedzi były podobne, niezależnie od wieku pacjentów. Największą różnicę zanotowano w odpowiedzi na pytanie dotyczące nieprzestrzegania godzin przyjmowania leków. 55,7% osób powyżej 65. roku życia i 65,8% poniżej tego wieku przyznało się do nieprzestrzegania zaleceń lekarskich. Ponad 60% pacjentów odpowiedziało, że zapomniało przyjąć lekarstwo. Częściej takie zachowanie występowało w grupie osób młodszych w porównaniu ze starszymi (odpowiednio 67,7% i 61,3%). W jednakowym stopniu, niezależnie od wieku, pacjenci skłonni są opuścić zalecaną dawkę leku wtedy, kiedy czują się źle i wiążą to z przyjmowanym lekiem oraz wtedy, kiedy czują się dobrze. **Wnioski.** Ani wiek, ani wykształcenie nie mają wpływu na przestrzeganie zaleceń lekarskich. Pomimo że pacjenci powyżej 65. roku w większym odsetku przyjmują większe ilości tabletek w ciągu dnia to ich *compliance*, jak i *adherence* są podobne do obserwowanych u młodszych pacjentów. *Geriatrics* 2010; 4: 165-169.

Słowa kluczowe: przestrzeganie zaleceń lekarskich, systematyczne przyjmowanie leków

Summary

Introduction. Since several years tests of the compliance of patients to medical recommendation have been undertaken. One of reasons of this state is the fact that not all the patient connect the decline in quality of their life with a disease. Also the asymptomatic course of diseases, eg arterial hypertension or diabetics, especially in its initial stage, do not stimulate patients to the warnings of medical recommendations. **The aim of the study.** The aim of investigation was to estimate the warnings of medical recommendations and systematical medicine reception by persons above 65. **Materials and methods.** The research included 90 hospitalized patients and 335 persons receiving out patient treatment. Each patient filled in an anonymous questionnaire according to Morisky-Green's test for the self estimation of cooperation with doctor. **Results.** Answers were similar independently on the age of patient. The biggest difference concerned the answer to the question on the time of taking the medicine. The 55,7% and 65,8% of

patients above and below the age 65, respectively, declared not keeping the hours of taking the medicine. Over 60% of patients were forgotten taking medicine. More often it took place in the group of younger patients in comparison to older one (67.7% and 61.3% respectively). Independently on age, patients used to skip the dose of the medicine if they feel bad or if they feel well. **Conclusions.** Neither the age, nor the education influenced the warnings of medical recommendations. Albeit patients above 65 in the greater percentage accepted greater quantities of tablets per day, however their compliance as well as adherence were similar as in the group of younger patients. *Geriatrics 2010; 4: 165-169.*

Keywords: compliance, adherence

Wstęp

Najczęściej stosowaną definicją dla określenia współpracy chorego z lekarzem jest „zakres, do jakiego zachowanie pacjenta w odniesieniu do przyjmowania leków, przestrzegania diety i modyfikacji stylu życia pozostaje zgodny z zaakceptowanymi przez chorego zaleceniami medycznymi” [1]. Aby opisać stopień przestrzegania zaleceń lekarskich najczęściej używa się określenia pochodzącego z języka angielskiego „*compliance*”. Natomiast systematyczne przyjmowanie leków zgodnie z zaleceniem lekarza określane jako jest „*adherence*”.

Od kilku lat podejmowane są próby oceny stosowania się pacjentów do zaleceń lekarskich [2,3]. Panuje zgodna opinia, że jest to dość duży problem. Jednym z powodów nieprzestrzegania zaleceń lekarskich może być brak powiązania przez pacjentów pogorszenia jakości życia z chorobą. Także bezobjawowy przebieg chorób, jak na przykład nadciśnienia tętniczego czy cukrzycy, zwłaszcza w jej początkowej fazie, nie skłania chorych do przestrzegania zaleceń lekarskich. Dopiero wieloletni przebieg choroby może być postrzegany jako przyczyna pogorszenia jakości życia [2]. Stale poszukuje się sposobów poprawy istniejącego stanu rzeczy. Z przeprowadzonych do tej pory badań wynika, że istnieją różnice w *compliance*, jak i *adherence*, zarówno wśród osób chorujących na różne schorzenia, jak też będących w różnym wieku.

Cel badania

Celem naszego badania była ocena przestrzegania zaleceń lekarskich i systematycznego przyjmowania leków u osób powyżej 65. roku życia.

Materiał i metody

Jesienią 2009 roku przeprowadzono ankietę wśród 90 osób hospitalizowanych w Klinice Chorób

Wewnętrznych i Endokrynologii WUM oraz 335 chorych zgłaszających się do Poradni Lekarza Rodzinnego Niepublicznego Zakładu Zdrowia w mieście stołecznym oraz Niepublicznego Zakładu Zdrowia w małym mieście województwa świętokrzyskiego. Badanych podzielono na dwie grupy. Jedną stanowiły osoby przed, drugą po 65. roku życia. Wśród badanych przeważały kobiety w stosunku do mężczyzn (341 vs 84). Charakterystykę grupy badanej przedstawiono w tabeli 1. Pytania zawarte w ankiecie (tabela 2) były zgodne z testem Morisky'ego-Greena dla samooceny stopnia współpracy [4].

Tabela 1. Ogólna charakterystyka badanej grupy

	>65 roku życia		≤65 roku życia	
liczba osób	106	29 mężczyzn	319	55 mężczyzn
		77 kobiet		264 kobiety
wiek (średnia ±sd)	75,4 ±6,7		47,8 ±13,7	

Tabela 2. Pytania, na które odpowiadali pacjenci

Numer pytania	Treść pytania
1.	Czy kiedykolwiek zapomniał Pan/Pani wziąć swoje lekarstwo?
2.	Czy zdarza się Panu/Pani nie przestrzegać godzin przyjmowania leków?
3.	Czy zapomina Pan/Pani kolejną dawkę leku, jeśli się dobrze czujesz?
4.	Kiedy czujesz się Pan/Pani źle i wiąże to z lekiem czy pomija Pan/Pani kolejną dawkę leku?

Ankietę poszerzyliśmy o stopień wykształcenia oraz liczbę przyjmowanych tabletek w ciągu doby. Analizę statystyczną przeprowadzono zgodnie z testem Chi-kwadrat, przyjmując $p < 0,005$ za istotne statystycznie.

Wyniki

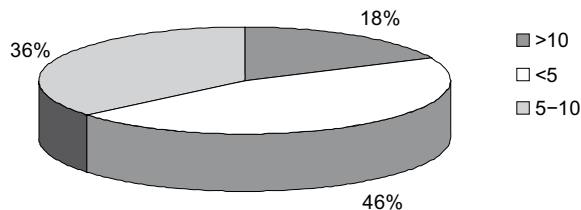
Pomimo stwierdzenia różnic w wypowiedziach pomiędzy osobami powyżej i poniżej 65. roku życia, nie wykazano istotnej statystycznie różnicy porównując dwie badane grupy. Największą różnicę zanotowano w odpowiedzi na pytanie dotyczące nie przestrzegania godzin przyjmowania leków. 55,7% osób powyżej 65. roku życia i 65,8% poniżej tego wieku przyznało się do tego.

Ponad 60% pacjentów odpowiedziało, że zapomniało przyjąć lekarstwo. Częściej takie zachowanie obserwowano w grupie osób młodszych w porównaniu ze starszymi (odpowiednio 67,7% i 61,3%). Na podstawie ankiety można także stwierdzić, że pacjenci skłonni są pominąć dawkę zaleconego leku zarówno, kiedy czują się źle i wiążą to z przyjmowanym lekiem, jak i wtedy, kiedy czują się dobrze i uważają, że nie ma sensu zażyć lekarstwa. Szczegóły są zawarte w tabeli 3.

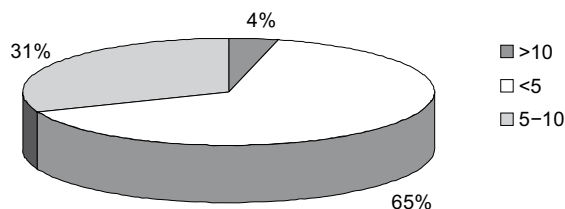
Tabela 3. Odpowiedź twierdząca (%) na pytania zawarte w teście Morisky'ego-Greena

pytanie	Odpowiedź twierdząca (%)	
	>65 roku życia	≤65 roku życia
1.	61,3	67,7
2.	55,7	65,8
3.	75,5	75,8
4.	74,5	72,7

Liczbę stosowanych leków, w zależności od wieku, obrazują ryciny 1 i 2. Wykazano, że większą liczbę tabletek przyjmują pacjenci po 65. roku życia. W grupie osób starszych aż 18% przyjmuje powyżej 10 tabletek dziennie. Zwraca uwagę, że wśród osób przyjmujących 5-10 tabletek dziennie ilość pacjentów w obu grupach jest zbliżona. Zróżnicowanie stopnia wykształcenia badanej populacji przedstawiono w tabeli 4. Wykształcenie średnie i wyższe w obu grupach deklaruje podobna ilość pacjentów.



Rycina 1. Liczba tabletek (%) przyjmowanych przez chorych powyżej 65. roku życia



Rycina 2. Liczba tabletek (%) przyjmowanych przez chorych poniżej 65. roku życia

Tabela 4. Stopień wykształcenia badanej populacji z uwzględnieniem podziału na wiek

wykształcenie	>65 roku życia %	≤65 roku życia %
podstawowe	25,5	8,5
zawodowe	13,2	25,4
średnie	41,5	43,9
wyższe	19,8	22,2

Dyskusja

Analiza *compliance* jest bardzo istotna nie tylko z finansowego punktu widzenia, ale także oceny częstości zaostżeń chorób przewlekłych, a co z tym związane - narażenia chorych na kontakt ze środowiskiem szpitalnym i wewnątrzszpitalnymi zakażeniami. Jest wiele metod oceny *compliance*. W badaniach naukowych *compliance* oblicza się za pomocą stosowania leków zabezpieczonych w specjalne elektroniczne urządzenia monitorujące moment otwarcia opakowania lub licząc tabletki w opakowaniach leków zwróconych przez chorego. Dzięki temu możliwe jest wyliczenie odsetka nieprzyjętych dawek. Inną metodą oceny stosowania się do zaleceń lekarskich jest rejestracja wystawionych oraz zrealizowanych recept i obliczenie „wskaźnika posiadania leku” (MPR - *medication possession ratio*), oznaczającego liczbę dni, w których chory posiadał niezbędny dla terapii lek w stosunku do czasu trwania leczenia. Wskaźnik posiadania leku obrazuje systematyczność realizacji recept, a jednocześnie porównuje czas, na jaki zostały wydane z okresem pomiędzy realizacją recept. Inną metodą oceny *compliance* jest analiza oparta na ankietach wypełnianych przez chorych. Wadą tej metody jest zawyżona wielkość *compliance*. Wszak nie jest łatwo przyznać się, że postępuje się nierozsądnie. Jednak bezsprzecznie jest to najtańsza metoda badawcza tego zagadnienia. W naszej pracy zadziwiające jest, że zapominanie o przyjmowaniu leku dotyczy prawie w takim samym

stopniu ludzi młodych, co osób w podeszłym wieku. Stopień przestrzegania zaleceń lekarskich można także weryfikować metodami bezpośrednimi poprzez ocenę efektu działania leku czy oznaczanie jego stężenia lub stężenia metabolitów w płynach ustrojowych pacjenta.

Stosowanie się do zaleceń lekarskich jest uznawane jako kluczowy punkt w efektywności podjętej terapii. Czynnikiem, które mają wpływ na *compliance* są, poza umiejętnością odpowiedniego przekazania informacji pacjentowi przez lekarza, również akceptacja choroby i wsparcie otoczenia, a w szczególności rodziny oraz czas trwania leczenia i stopień skomplikowania prowadzonej terapii. Krótki przebieg choroby i młody wiek nie zachęcają do przestrzegania zaleceń.

Niestosowanie się do zaleceń lekarskich stanowi znaczący problem i duże wyzwanie dla lekarzy. Umiejętność cierpliwego i jasnego wyrażania problemu dotyczącego stanu zdrowia chorego, patofizjologii chorób, powikłań oraz sposobów ich leczenia to cechy dające możliwość skuteczniejszej współpracy z pacjentem. Zgodnie z zasadami farmakologii, bez obecności stałego stężenia leku w surowicy w zakresie wartości terapeutycznych nie możemy oczekiwać skuteczności jego działania. Uzyskanie wysokiej wartości *adherence* możliwe jest w warunkach szpitalnych, kiedy to personel pielęgniarski, zgodnie z zaleceniami lekarza, rozdziela leki pacjentom i kontroluje ich przyjmowanie. Niewątpliwie stopień regularności przyjmowanych leków zależy od stopnia ich akceptacji. Największy problem pojawia się w sytuacji, kiedy nie występuje akceptacja objawów ubocznych podczas stosowania terapii farmakologicznej. Pacjenci z cukrzycą za najmniej akceptowany objaw niepożądany uważali bóle głowy (62%), wahania ciśnienia (31%). Wśród badanych mężczyzn z nadciśnieniem tętniczym 75% nie akceptowało zaburzeń potencji jako objawu ubocznego leczenia hipotensyjnego [3]. W takiej sytuacji trudno wymagać regularnego przyjmowania leków. Wobec tego niebagatelna staje się rola lekarza w informowaniu o lekach. Ważnym zagadnieniem związanym z regularnością przyjmowania leków jest kwestia informacji o preparatach i zaufanie do ich działania. Na przestrzeni ostatnich lat wyraźnie wzrosła rola ulotek informacyjnych i artykułów dotyczących leków. Ważną rolę zaczęli odgrywać znajomi pacjenta. Oczywiście, że największa rola przypada w tym względzie lekarzowi prowadzącemu. Dowiedziono, że szczególnie trudno osiągnąć dobrą współpracę lekarz-pacjent wśród chorych

będących pod opieką poradni zdrowia psychicznego [5-7]. W naszym badaniu nie wykazaliśmy istotnej statystycznie różnicy we współpracy z lekarzem pomiędzy grupą osób poniżej oraz powyżej 65. roku życia, aczkolwiek w niektórych zagadnieniach gorzej wypadali pacjenci z młodszej grupy. Biorąc pod uwagę starzenie się populacji wydaje się, że coraz trudniejsza będzie realizacja zaleceń lekarskich. Coraz większa będzie populacja chorych z demencją starczą czy chorobą Alzheimera [8]. W badanych przez nas obu grupach procent ze średnim i wyższym wykształceniem był podobny. Natomiast obie grupy różniły się w pod względem wykształcenia zawodowego i podstawowego. Więcej osób z wykształceniem podstawowym znajdowało się w starszym pokoleniu w porównaniu z młodszym. W grupie do 65. roku życia więcej było osób z wykształceniem zawodowym. Tak więc pacjenci młodszy byli lepiej edukowani, ale nie przełożyło się to na lepszą współpracę z lekarzem. Wśród badanej przez nas populacji aż 67% chorych w grupie młodszych pacjentów przyznało się do zapomnienia przyjmowania leku i aż 75% ogółu badanych zapominała przyjąć lek w stanie dobrostanu. Stosowanie leków o przedłużonym działaniu bądź zmniejszenie liczby przyjmowanych leków (preparaty łączone) zwiększa szansę regularnego ich przyjmowania [9]. Leczenia skojarzone poprawia *adherence* [10]. Nie należy zapominać o ważnej kwestii jaką jest synergizm leków podawanych łącznie [11,12]. Całkowity skutek ich jednoczesnego podania jest większy niż efekt ich działania osobno. Stosowanie się do zaleceń lekarskich i ich przestrzeganie ma także wpływ na zmniejszenie śmiertelności, co było tematem wielu badań klinicznych. Badanie CHARM jednoznacznie dowodziło zmniejszenia śmiertelności wśród chorych przyjmujących systematycznie kandesartan w porównaniu do grupy badanej niestosującej się do zaleceń lekarskich [9]. Inne badania także potwierdzają nie tylko lepszy efekt terapii, ale także zmniejszenie śmiertelności wśród chorych z wysoką *adherence* [12,13]. Brak istotnej różnicy w *adherence* i *compliance* w badanej populacji z uwzględnieniem wieku może wynikać z przeprowadzania ankiety wśród osób potrafiących samodzielnie odpowiadać na pytania (zachowany kontakt słowno-logiczny). Natomiast regularność przyjmowania leków i stosowanie się do zaleceń lekarskich wśród chorych wymagających opieki osób trzecich będą uzależnione od zaangażowania opiekunów tych chorych.

Na podstawie przedstawionej pracy można wysunąć następujące wnioski:

1. Ani wiek, ani wykształcenie nie mają wpływu na przestrzeganie zaleceń lekarskich.
2. Pomimo iż pacjenci powyżej 65. roku w większym odsetku przyjmują większe ilości tabletek w ciągu dnia, ich *compliance*, jak i *adherence* są podobne jak u osób młodszych.

Adres do korespondencji:

Dorota Szydłarska
Klinika Chorób Wewnętrznych i Endokrynologii
Warszawski Uniwersytet Medyczny
ul. Banacha 1a; 02-097 Warszawa
Tel.: (+48 22) 599 28 71
E-mail: dszydłarska@op.pl

Piśmiennictwo

1. Brookhart MA, Patric AR, Dormuth C, Avorn J, Shrank W, Cadarette SM, et al. Adherence to lipid-lowering therapy and the use of preventive health services: an investigation of the healthy user effect. *Am J Epidemiol* 2007;166:348-54.
2. Knypl K. Przestrzeganie zaleceń lekarskich oraz motywacja do leczenia wśród chorych na nadciśnienie tętnicze. *Medycyna Rodzinna* 2002;17:10-4.
3. Grzesiuk W, Popow M, Dubno B, Knypl K, Bar-Andziak E. Wiek pacjenta a przestrzeganie zaleceń dotyczących leczenia hipotensyjnego wśród pacjentów z nadciśnieniem tętniczym i współistniejącą cukrzycą lub nadczynnością tarczycy. *Geriatr Pol* 2005;4:11-8.
4. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care* 1986;24:67-74.
5. Demyttenaere K. Noncompliance with antidepressants: who's to blame? *Int Clin Psychopharmacol* 1998;13:19-25.
6. Gaciong Z, Kuna P. Adherence, compliance, persistence – współpraca, zgodność i wytrwałość – podstawowy warunek sukcesu terapii. *Medycyna po dyplomie, wydanie specjalne* 2008;03:2 -5.
7. Gehi AK, Ali S, Na B, Whooley MA. Self-reported medication adherence and cardiovascular events in patients with stable coronary heart disease. *Arch Inter Med* 2007;167:1798-803.
8. Marcum ZA, Handler SM, Boyce R, Gellad W, Hanlon JT. Medication misadventures in the elderly: a year in review. *Am J Geriatr Pharmacother* 2010;8:77-83.
9. Granger BB, Swedberg K, Ekman I, Granger CB, Olofsson B, McMurray JJ, et al. Adherence to candesartan and placebo and outcomes in chronic heart failure in the CHARM programme: double-blind, randomized, controlled clinical trial. *Lancet* 2005;366:2005-11.
10. Horwitz RI, Viscoli CM, Berkman L, Donaldson RM, Horwitz SM, Murray CJ, et al. Treatment adherence and risk of death after a myocardial infarction. *Lancet* 1990;336:542-5.
11. Irvine J, Baker B, Smith J, Jandciu S, Paquette M, Cairns J, et al. Poor adherence to placebo or amiodarone therapy predicts mortality: results from the CAMAIT study. *Psychosom Med* 1999;61:566-75.
12. Scholze J, Breitstadt A, Cairns V, Bauer B, Bender N, Priestley C, et al. Short report: ramipril and hydrochlorothiazide combination therapy in hypertension: a clinical trial of factorial design. *J Hypertens* 1993;11:217-21.
13. Rasmussen JN, Chong A, Alter DA. Relationship between adherence to evidence-based pharmacotherapy and long term mortality after acute myocardial infarction. *JAMA* 2007; 297:177-86.