

Davorina Petek¹

Ovire sodelovanja bolnikov pri zdravljenju

Obstacles to Adherence to Treatment

IZVLEČEK

KLJUČNE BESEDE: sodelovanje pri zdravljenju, prepričanja, stališča, meritve sodelovanja

Sodelovanje bolnika pri predpisanem zdravljenju je posebej pomembno pri kroničnih boleznih. Poudarjeno je aktivno soodločanje bolnika v postopku zdravljenja, ne le pasivno podrejanje zdravnikovim navodilom. Večina študij ocenjuje, da je pri 30–50 % bolnikov s kroničnimi boleznimi sodelovanje pri zdravljenju slabo. Meritve sodelovanja so lahko neposredne (meritev metabolita v telesni tekočini) ali posredne, kot so intervju in različne metode samoocenjevanja. Nobena metoda žal ne daje povsem zanesljive ocene sodelovanja. Kot možni vzroki slabega sodelovanja so analizirali številne dejavnike, npr. sociodemografske značilnosti, dejavnike zdravljenja in zdravlil ter ekonomske spremenljivke, a večinoma je dokazana povezava šibka. Pomembna so bolnikova z zdravjem povezana prepričanja in znanje. Preizkušanih je bilo več intervencij za izboljšanje sodelovanja, med njimi uporaba raznih opomnikov, poučitev bolnikov, prilagoditev števila odmerkov, zmanjševanje praktičnih ovir, kot je npr. dostopnost do kontrol ali organizacija pomoči v družini. Posebej poudarjen je pomen dobrega odnosa med bolnikom in zdravnikom.

ABSTRACT

KEY WORDS: adherence to treatment, compliance, beliefs, attitudes, adherence monitoring

Adherence to treatment is especially important for patients with a chronic illness. The emphasis is on the active cooperation of the patient in the treatment process, not just his passive submission to doctors' instructions. Most studies conclude that poor compliance is to be expected in 30–50% of patients with a chronic illness. The measurements of compliance can be direct (detection of a chemical metabolite) or indirect-like interviews and other self report methods. No method gives valid and reliable data for measuring of compliance. Numerous variables (sociodemographic, treatment factors, economic factors) have been studied as possible causes of poor adherence, but none of them is consistently related to adherence. Patient health beliefs seem important in this context. Several interventions have been investigated to improve patient adherence, including reminders, education, fewer doses per day, diminishing practical obstacles in access to check-ups or organisation of help in the family. Doctor–patient relationship and communication are identified as an important issue.

¹ Davorina Petek, dr. med., spec. spl. med. Zdravstveni Zavod Zdravje, Smoletova 18, 1000 Ljubljana.

UVOD

Neupoštevanje zdravnikovih navodil in neredno jemanje predpisanih zdravil od nekdanjih predstavljata kompleksen problem, posebej pri bolnikih s kroničnimi boleznimi. Slabo sodelovanje pri zdravljenju predstavlja javnozdravstveni problem, ker:

- bistveno vpliva na izid zdravljenja,
- predstavlja finančno breme zdravstvenih sistemov.

Vpliva pa tudi na izide randomiziranih kliničnih študij in povečuje njihovo ceno.

Zgodovina raziskav nesodelovanja sega v sedemdeseta leta, ko je bila narejena ena prvih pomembnejših študij tega področja *Compliance in health care* Haynesa, Taylorja in Sacketta (1). V študiji so raziskovali dejavnike, povezane s slabim sodelovanjem bolnikov pri zdravljenju. Od takrat se je z razumevanjem, merjenjem in izboljševanjem sodelovanja ukvarjalo veliko študij, tako da je bilo raziskovanih čez 200 spremenljivk, ki bi lahko napovedovale sodelovanje pri zdravljenju. Vendar je področje pomanjkljivo obravnavano z zelo pomembne perspektive – s strani bolnika. Namen prispevka je opredeliti pojem sodelovanja pri zdravljenju, njegov pomen, načine merjenja, dejavnike, ki vplivajo na sodelovanje in možnosti izboljšanja sodelovanja.

DEFINICIJA

Sodelovanje pri zdravljenju (angl. *patient's compliance*) lahko opredelimo kot stopnjo, do katere se obnašanje osebe (v smislu jemanja zdravil, izvajanja diete in spremembe življenjskega sloga) ujema z zdravstvenimi priporočili (1). Definicija temelji na predpostavki, da je zdravniški nasvet brez izjeme dober za bolnika in da dobro sodelujoči bolnik povsem sledi temu nasvetu.

Na drug način lahko ta pojem opredelimo glede na rezultate zdravljenja. V tem primeru je bistven izid zdravljenja, ki ga bolnik z upoštevanjem navodil omogoča. Dobro sodelovanje predstavlja najmanj tisti odstotek upoštevanja navodil in rednega jemanja zdravil, ki še zagotavljata dober izid zdravljenja (npr. normalizacijo krvnega tlaka).

V Vermeierjevem preglednem članku je opredeljena vsebina nekompliantnega obnašanja kot različne vrste nesodelovanja (6):

- prepozno iskanje zdravstvene pomoči,
- nesodelovanje v programih zgodnjega odkrivanja bolezni,
- opuščanje kontrolnih pregledov,
- neizpolnjevanje navodil zdravnika.

Opredeljuje tudi primarno nesodelujočega bolnika:

- prejme recept, vendar zdravila ne dvigne iz lekarne,
- jemlje nepravilne odmerke,
- jemlje odmerke zdravil ob nepravem času,
- neredno jemlje zdravila,
- prezgodaj preneha z jemanjem predpisanih zdravil;

in sekundarno nesodelujočega bolnika:

- ne pride iskat ponovnega recepta za nadaljevanje zdravljenja.

Nesodelovanje je lahko hoteno ali nehoteno. Večina bolnikov vsaj občasno dela nehotene napake v jemanju zdravil zaradi pozabljivosti ali nerazumevanja navodil. Vendar je tudi hoteno nesodelovanje pomembna težava, posebej pri bolnikih, ki imajo kronične bolezni z dolgotrajnim zdravljenjem. Najpomembnejši vzrok za opustitev zdravljenja v tej skupini je »dobro počutje z odločitvijo, da ne bi jemal zdravil«. Vzpostavitev sodelovanja pri zdravljenju zato zahteva zavestno spremembo v obnašanju (7).

V raziskavah, objavljenih v angleškem jeziku, je najpogosteje uporabljen izraz *compliance*, ki je v prejšnjem desetletju začel doživljati številne kritike (2–4): *compliance*; *to comply* – *to act in the way that someone else has commanded or wished* (podrediti se, privoliti) (5).

V sebi nosi negativen prizvok všččnosti, podrejanja zdravnikovim navodilom (v angleško-slovenskem slovarju pomeni *compliance* privolitev, sporazum, voljnost, *compliant* pa ustrežljiv, voljan).

Zaradi negativnega prizvoka besede *compliance* se je v angleški literaturi začel uporabljati izraz *concordance* (angl. *concord*: *state of peace* – dogovor, soglasnost, skladnost) (5).

Pojem *concordance* izhaja iz pojmovanja bolnika kot soodločevalca v procesu zdravljenja,

gre za njegovo zavestno odločitev, izbiro in strinjane ter za harmonijo bolnika in zdravnika.

Izraz *adherence* (angl. *to adhere – to stick to, to remain loyal to; adherence – privrženost, pripadnost*) se je v novejši literaturi najbolj uveljavil in pomeni sodelovanje, partnerstvo in uravnoteženost v odnosu bolnik–zdravnik (5, 6). Uporabo tega izraza predlaga večina kritikov izraza *compliance* (2, 3, 4, 6).

V slovenskem izrazoslovju se največkrat uporablja »sodelovanje pri zdravljenju«, ki vsebinsko ustreza. Izraz *adherence* je v slovarju tujk opredeljen figurativno kot pripadnost, »privrženost zdravljenju«. Izraz *kompliansa*, ki ga slišimo v pogovornem jeziku, je treba upoštevati zaradi uporabe v številnih tujih študijah. Primeren in morda najlepši pa je tudi izraz »zavzetost za zdravljenje«.

POMEN SODELOVANJA PRI ZDRAVLJENJU ZA NJEGOV IZID

Sodelovanje pri zdravljenju predstavlja ključno povezavo med postopkom zdravljenja in njegovim izidom. Pričakovati je, da je ob učinkovitem zdravljenju izid boljši pri bolnikih, ki pri zdravljenju dobro sodelujejo. Ker je placebo biološko neaktivna snov, bi moral biti izid »zdravljenja« enak pri dobro sodelujočih bolnikih in pri tistih, ki placebo ne jemljejo po predpisanem režimu. Vendar Horwitz v preglednem članku povzema rezultate številnih študij, ki so dokazale, da je izid zdravljenja pri dobro sodelujočih bolnikih boljši, kot pri slabo sodelujočih, ne glede na to, ali jemljejo učinkovino ali placebo (8). Placebo namreč povzroča nespecifične učinke zdravljenja, vezane na bolnikova pričakovanja. Lahko bi predpostavili, da bolniki, ki pričakujejo uspešnost zdravljenja, izvajajo še druge zdravstvene postopke, ki izboljšujejo izid zdravljenja (npr. umivanje rok pri rakavih bolnikih, ki redno jemljejo antibiotike za preprečevanje okužb). Če je bil izid zdravljenja prej pojmovan povsem kot rezultat specifičnega delovanja zdravil ali postopka zdravljenja, sodelovanje pa je bilo pomembno le, ker je določalo količino zdravila, ki ga je bolnik prejel, lahko sedaj predvidevamo, da sodelovanje pri zdravljenju aktivira vrsto nespecifičnih učinkov, povezanih z bolnikovimi pričakovanji in uporabo dodatnih

terapevtskih postopkov, ki prav tako vplivajo na izid zdravljenja (8).

Večina študij navaja, da je pri 30–50% bolnikov sodelovanje pri zdravljenju slabo (6, 9, 10). Sodelovanje pri zdravljenju si moramo predstavljati v širokem razponu 0–100%, pri kroničnem zdravljenju, ki si ga sami prilagajajo (npr. inhalacijska zdravila proti astmi), je ocenjeno na okrog 50%. Za kratkotrajna zdravljenja sega odstotek sodelovanja do 75%, toda že pri dokončanju predvidenega antibiotičnega zdravljenja pri akutnem infektu pade pod 25%, po nekaterih študijah pod 60% (9, 11). Najslabše je pri priporočenih spremembah življenjskega sloga, saj kar 75% ali več bolnikov ne uspe upoštevati navodil zdravnika (11). Ocenjeno je celo, da tretjina bolnikov jemlje zdravila tako, da resno ogrožajo svoje zdravje (10). Treba pa je vedeti, da za večino predpisanih zdravljenj odstotek sodelovanja, ki je potreben za doseganje dobre ga izida zdravljenja, ni znan (9).

Sodelovanje s predpisanim zdravljenjem je spremenljivka. S klinično presojo najbrž lahko ugotovimo zelo natančne in zelo površne osebe glede privrženosti zdravljenju, težko pa je opredeliti, katera stopnja sodelovanja med obema ekstremoma še zagotavlja dober izid zdravljenja. Zavedati se je treba značilnih vzorcev jemanja zdravil, kot so »tabletne počitnice« med vikendi, dopusti in obratno, oziroma natančno izvajanje navodil v času pred zdravniško kontrolo (12).

MERITVE SODELOVANJA

Razvoj raznih dovolj zanesljivih pristopov nadzora jemanja predpisanih zdravil je omogočil številne raziskave tega področja. Vendar so zaradi kompleksnosti problema meritve sodelovanja težavne in ne poznamo zlate standardne meritvene metode.

Razvrstimo jih lahko v dve skupini – neposredne in posredne meritve sodelovanja pri zdravljenju:

- neposredne meritve so sicer natančnejše, vendar večinoma invazivne, saj temeljijo na določanju metabolita ali kemijskega označevalca v telesni tekočini;
- posredne meritve temeljijo na podatkih iz intervjujev, dnevnikov, štetja tablet, uporabljenih receptov in na izidih zdravljenja.

Vsaka od teh metod ima pomanjkljivosti v pridobivanju podatkov, ki bi realno prikazovali stopnjo sodelovanja s predpisanim zdravljenjem (6).

Roter s sodelavci pa v metaanalizi intervencij meritve sodelovanja deli v pet večjih skupin (10):

- kazalci izida zdravljenja: npr. meritve krvnega tlaka, sprejem v bolnišnico, bolečina, poslabšanje astme;
- neposredne meritve: fiziološke substance (npr. krvni sladkor, holesterol) in snovi v sledih v urinu, pa tudi sprememba telesne teže ali telesnega maščevja;
- posredne meritve: štetje tablet, naročanje receptov, razni mehanični in elektronski monitorji porabljenih zdravil;
- subjektivne meritve sodelovanja: poročila bolnikov ali drugih ljudi, pregled medicinske dokumentacije;
- kazalci uporabe zdravstvenih storitev, npr. naročanje na kontrole in izvajanje kontrolnih pregledov, uporaba preventivnih pregledov (mamografija, cepljenja, brisi materničnega vratu).

Raziskovalci v študijah uporabljajo različne metode merjenja sodelovanja. Willejeva s sodelavci v študiji o stopnjah spremembe sodelovanja pri zdravljenju uporablja elektronski monitorski sistem za nadzor porabe zdravil in že preverjen vprašalnik MAS – *Medication Adherence Scale* (7).

Klinične ocene sodelovanja so daleč od popolnosti, lahko pa s pomočjo kliničnih informacij ugotovimo, pri katerih bolnikih je treba opredeliti stopnjo sodelovanja. Pozorni moramo biti pri bolnikih:

- ki ne prihajajo na kontrole,
- pri katerih prej učinkovito zdravljenje postane neučinkovito.

Pri teh bolnikih je treba preveriti sodelovanje z eno od prej omenjenih metod. Najdostopnejša in najenostavnejša metoda preverjanja je intervju, ki ob uporabi primerne tehnike razgovora brez obsodb in grožnje odkrije več kot polovico slabo sodelujočih bolnikov (9).

VZROKI SLABEGA SODELOVANJA

Številne raziskave so se ukvarjale z vzročno povezavo med različnimi spremenljivkami in

sodelovanjem pri zdravljenju, a večinoma je dokazana povezava šibka in nima napovedne vrednosti za sodelovanje. Analizirane so bile številne spremenljivke:

- Sociodemografske značilnosti: Spol, starost, zakonski stan, izobrazba, socialne razmere ali število ljudi v skupnem gospodinjstvu so slabi kazalci razlik pri sodelovanju (6). Vzročnih povezav ni našla niti večina študij, ki se je ukvarjala s starejšo populacijo, ali pa so izsledki študij nasprotujoči (npr. vpliv socioekonomskega statusa na sodelovanje starostnikov) (13).
- Dejavniki zdravljenja in zdravil: Trajanje zdravljenja, sopojavljanje z drugimi boleznimi, število predpisanih zdravil, pogostost odmerjanja. V splošnem je bilo ob daljšem trajanju zdravljenja in prisotnosti več boleznih hkrati sodelovanje slabše. Večinoma velja, da tablete s podaljšanim sproščanjem izboljšajo sodelovanje. Večje število predpisanih zdravil ga zmanjšuje, vendar izsledki študij niso enotni. Zanimivo je, da so stranski učinki le redko omenjeni kot ovira pri zdravljenju (6, 14).
- Ekonomske spremenljivke: plačevanje zdravstvenih storitev, neurejeno zdravstveno zavarovanje in visoka cena zdravil poslabšujejo sodelovanje (6, 14).
- Stik bolnik – zdravnik: vpliv večjega števila ambulantnih obiskov in večjega števila terapevtov – mešani izsledki študij. Slabše sodelovanje je pričakovati tudi ob dolgih čakalnih dobah za pregled in velikih časovnih razmakih med kontrolami (9).
- Bolnikovo z zdravjem povezano znanje in prepričanja, motivacija in zaznavanje učinka zdravljenja: Zelo pomemben dejavnik je neznanje bolnika o naravi bolezni, načinu zdravljenja in njegovi učinkovitosti. Ta dejavnik se lahko ugotavlja s strani bolnika, pa tudi zdravnika, njegovih komunikacijskih in učiteljskih sposobnosti. Nič manj pomembna niso bolnikova prepričanja o zdravilih in medicini na splošno. Večina študij potrjuje, da bolniki sledijo samo navodilom, ki jim verjamejo, in tistim, ki so jih sposobni izvajati (11). Zavzetost za predpisano zdravljenje je večja, če je bolnik prepričan v svojo ranljivost oziroma dovzetnost za boleznimi in njene posledice, ter v to, da upoštevanje zdravstvenih navodil zmanjšuje ali odstranjuje grožnjo bolezni.

- Odnos bolnik – zdravnik: Pogosto omenjen vzrok slabega sodelovanja je neustrezno sporazumevanje. Le-to je bilo največkrat merjeno s sposobnostjo bolnika za obnovev zdravnikovih navodil. Velja, da si bolniki zapomnijo dobro polovico navodil. Zdravniki pogosto uporabljajo strokovne medicinske izraze, bolniki pa so preveč zavrti, da bi povprašali po dodatni razlagi, celo nasprotno, v znak razumevanja kima-jo, čeprav ne razumejo (11). Slabo vplivajo nasprotujoče si informacije ali zdravniška navodila.

Bolniki naj bi bili poglavitni dejavniki v odločitvah, zdravnik pa naj bi prevzel vlogo usmerjevalca in podporne osebe. Znano je, da bolniki, posebej tisti s kroničnimi boleznimi, sprejemajo odločitve o zdravljenju, ki se ujemajo z njihovimi prepričanji in osebnimi okoliščinami.

Pomen bolnikovih prepričanj za sodelovanje pri predpisanem zdravljenju

Bolniki imajo določena stališča o zdravilih na splošno, pa tudi stališča o zdravilih za določene bolezni. Le-ta lahko delimo v dve skupini:

- prepričanja o nujnosti predpisanega zdravila za ohranjanje zdravja,
- zaskrbljenost o možnih škodljivih učinkih jemanja zdravil (npr. pojav odvisnosti od zdravil ali pojav dolgotrajnih stranskih učinkov).

Prepričanja o zdravilih na splošno so prav tako oblikovana v dveh skupinah:

- prepričanja o načelni škodljivosti zdravil, ki naj bi se jih, če je le mogoče, izognili,
- prepričanja o tem, kako zdravila pri zdravljenju uporabljajo zdravniki (15).

Na podlagi teh študij je bil oblikovan vprašalnik za kvantitativno oceno prepričanj o zdravilih. V študiji Horna in Weinmana so bila prepričanja o zdravilih močnejši napovedni dejavnik sodelovanja kot klinični in sociodemografski dejavniki. Kljub prepričanju, da so zdravila nujna, je tretjina bolnikov zaskrbljena zaradi možnih stranskih učinkov, kar je povzročilo slabše sodelovanje (pomemben je odnos nujnost – zaskrbljenost).

Lahko predvidevamo, da je sodelovanje pri zdravljenju nekaterih boleznih slabše kot pri drugih prav zato, ker »zaskrbljenost« pretehta »nujnost« (15).

Na tem področju raziskovalnega dela namdemo tudi več kvalitativnih študij, ki so zelo informativne, kadar je tema slabše raziskana. Njihov namen je širok pogled in poglobitev v problematiko, brez posploševanja rezultatov. Primeri takšnih študij so študija o stališčih izvajalcev zdravljenja sladkornih bolnikov, o konceptu motivacije, o prepričanjih sladkornih bolnikov (16–18).

IZBOLJŠEVANJE SODELOVANJA BOLNIKOV S PREDPISANIM ZDRAVLJENJEM

Posege za izboljšanje sodelovanja lahko po Roterju strnemo v štiri večje skupine:

- izobraževalne intervencije obsegajo ustne ali pisne izobraževalne metode, med njimi tudi individualno ali skupinsko poučevanje, uporabo sodobnih audiovizualnih pripomočkov, svetovanje po telefonu;
- vedenjsko usmerjene intervencije: obsegajo metode za preoblikovanje ali krepitev določenih vedenjskih vzorcev;
- v čustvovanje usmerjene intervencije, ki poskušajo vplivati na čustva in občutke, socialne odnose in podporo (tudi podpora družini);
- k izvajalcu usmerjene intervencije pomagajo izvajalcu izboljšati sporazumevanje in vedenje (npr. opomniki za preventivne dejavnosti bolnikov) za doseganje boljšega sodelovanja bolnika pri zdravljenju (10).

Več povezanih intervencijskih strategij je bolj uspešnih v izboljševanju sodelovanja kot ena sama, skladno z načeli zdravstvene- ga izobraževanja, da se ljudje učijo na različne načine in da različni pedagoški pristopi povečajo zanimanje učencev (10). Najboljši rezultati intervencij so se pokazali v skupini sladkornih bolnikov, dobri pri astmatikih, bolnikih z rakom, arterijsko hipertenzijo in duševno motnjo, nekoliko slabši pa pri bolnikih z vnetjem srednjega ušesa in drugih okužbah s potrebo po zdravljenju z antibiotikom.

Za izboljšanje sodelovanja je bilo preizkušanih že več metod, med njimi zmanjševanje števila dnevnih odmerkov predpisanih zdravil, skrajševanje trajanja zdravljenja, opomniki, izobraževanje bolnikov, posebej poučitev o stranskih učinkih zdravil, merjenje bolnikovega zadovoljstva.

Na bolnikovo zadovoljstvo vplivajo dolžina pregleda, količina ponujenih informacij, stopnja partnerskega odnosa, pozitivni pristop med pregledom. Med naštetimi metodami se nobena ni izkazala za posebej koristno, posebej ne pri kroničnih in asimptomatskih bolnikih (6).

Izboljšanje sodelovanja se skuša doseči s številnimi praktičnimi pripomočki, kot so koledarji, posebna praktična pakiranja zdravil, odmerniki, pa tudi s pisnimi in ustnimi navodili zdravnika, drugih zdravstvenih delavcev in farmacevtov. Izboljšanje zavzetosti za zdravljenje s pomočjo teh pripomočkov ni jasno dokazana, velja pa, da so ustna navodila učinkovitejša kot pisna (14).

Vendar je treba bolniku pomagati in mu omogočiti izvajanje navodil zdravljenja tako, da mu zmanjšujemo praktične ovire, kot je dostopnost do kontrol, usklajevanje jemanja zdravil z dnevnim urnikom, in tudi z organizacijo pomoči in podpore družinskih članov (11). Podpora okolja je posebej pomembna pri nekaterih kroničnih boleznih, npr. pri sladkorni bolezni (13).

Več študij se je ukvarjalo z neupoštevanjem dogovorjenih kontrol. Zmanjševanje tveganja neupoštevanja kontrol lahko pričakujemo pri višji starosti, višji izobrazbi, boljših ekonomsko-socialnih razmerah, zakonskemu stanu, pri upokojenih osebah, pa tudi pri večjem zadovoljstvu bolnikov, pri krajši čakalni dobi, naročanju, za katerega se odloči bolnik.

Za bolnikovo sodelovanje je pomembno, da pozna povezavo med boleznijo in učinkom zdravljenja, kar lahko pričakujemo ob izboljšani poučitvi bolnika. Ob tem je treba upoštevati bolnikova prepričanja. Za izboljšanje sodelovanja je treba uporabljati več naštetih pristopov hkrati. Cilj naj bi bil izboljšanje bolnikovega razumevanja navodil, pomnjenja navodil ter izboljšanje motivacije.

Veliko je pristašev mnenja, da zavzetost za zdravljenje izboljša dober odnos med zdravnikom in bolnikom. Pripomore zdravnikova

prijaznost in dostopnost, dobro sodelovanje, v katerem je bolnik središče, izboljšane učiteljske sposobnosti zdravnika in upoštevanje psiholoških dimenzij bolnika. Za dober izobraževalni učinek je zelo pomembno poznavanje večšin dobrega sporazumevanja.

V odnosu bolnik – zdravnik je poudarjena bolnikova avtonomija in pravica do samoodločanja. S tem je opuščeno nekdanje pojmovanje podrejenega izvajanja navodil oziroma compliance bolnika, saj je on tisti, ki ob dobri informiranosti in svetovanju odloča o poteku zdravljenja kot enakopravni partner. Zdravnik pa prevzame vlogo ekspertnega svetovalca (2). Sporazumevanje je osrednja tema odnosa, saj se ob dobri komunikaciji izboljšuje bolnikovo zadovoljstvo, spremeni se bolnikova prepričanja glede zdravja in zdravljenja, njegovo sodelovanje v zdravljenju in izid le-tega. Navsezadnje pa je nudenje podpore bolniku pri njegovem trudu za izboljšanje zdravja s pomočjo predpisanega zdravljenja tudi intelektualni in čustveni izziv za zdravnika (11).

Posebej pri kroničnih boleznih je pomemben multidisciplinarni pristop, ki izboljša dostopnost zdravstvenih storitev in omogoča uporabo večšin nezdravniških članov skupine ter v zdravljenje pritegne družino, ki mora biti dobro izobražena o bolezni in zdravljenju (19).

Dosedanje študije so se večinoma ukvarjale z izvorom slabega sodelovanja z režimom zdravljenja v odnosu bolnik – zdravnik, ter v bolnikovih prepričanjih glede zdravljenja. Pomemben pa je tudi pogled s strani bolnika, njegovo doživljanje bolezni in pomen zdravil v njegovem vsakodnevnem življenju. Bolnik ima pravico, da ne upošteva navodil zdravljenja in ta odločitev je lahko povsem racionalna, npr. v primeru napačne diagnoze, stranskih učinkov zdravil ali spremembe stanja kronične bolezni. Bolnik ima lahko odpor do jemanja katerih koli zdravil, lahko ima številne strahove in negativen odnos do zdravil. Sodelovanje pri zdravljenju bi se najbrž lahko izboljšalo ob razumevanju bolnikovih izkušenj z boleznijo in zdravljenjem, torej s pogledom z njegove strani, ne le s pogledom in pričakovanji s strani zdravstvenega delavca.

ZAKJUČEK

Sodelovanje bolnika s predpisanim zdravljenjem predstavlja pomemben pogoj za dober izid zdravljenja. Povsem ustrezni in sodobni postopki zdravljenja ob nesodelovanju bolnika ne privedejo do pričakovanega izboljšanja stanja. Meritve stopnje sodelovanja so težavne. Najenostavnejše so posredne metode, npr. intervju, podatki iz dnevnikov, štetje uporabljenih receptov, lahko pa ocenjujemo sodelovanje preko izida zdravljenja. Stopnjo sodelovanja lahko merimo tudi z neposrednimi metodami, ki temeljijo na določanju kemijskega označevalca v telesni tekočini.

Kot možni vzroki slabega sodelovanja so bile analizirane številne spremenljivke. Zelo pomembne so z zdravjem povezano znanje in prepričanje bolnikov in sporazumevanje med bolnikom in zdravnikom. Sodelovanje lahko izboljšamo z zmanjševanjem praktičnih ovir, ki jih ima bolnik pri zdravljenju in z individualno prilagoditvijo zdravljenja njegovemu življenjskemu slogu, z opomniki, navodili in ne nazadnje z organizacijo podpore družinskih članov. Potrebno je izboljšati bolnikovo motivacijo za zdravljenje in obvladati večino dobrega sporazumevanja. S tem pripomoremo k aktivni vlogi bolnika in povečamo njegovo zavzetost za zdravljenje.

LITERATURA

1. Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL, eds. Compliance in health care. Baltimore: The John's Hopkins University press; 1979.
2. Holm S. What is wrong with compliance? *J Med Ethics* 1993; 19: 108–110.
3. Fawcett J. Compliance: Definitions and Key Issues. *J Clin Psychiatry* 1995; 56: 4–8.
4. Anon. Editor's choice. Compliance – a broken concept. *BMJ* 1997; 314: 1.
5. Kernerman Semi – Pass Word. English Dictionary for Speakers of Slovenian. Ljubljana: DZS; 1993.
6. Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P, Denekens J. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *J Clin Pharm Ther* 2001; 26: 331–342.
7. Willey C, Redding C, Stafford J, Garfield F, Geletko S, Flanigan T et al. Stages of Change for Adherence with Medication Regimens for Chronic Disease: Development and Validation of a Measure. *Clin Ther* 2000; 22: 858–871.
8. Horwitz RI, Horwitz SM. Adherence to Treatment and Health Outcomes. *Arch Intern Med* 1993; 153: 1863–8.
9. Stephenson B, Rowe BH, Haynes B, Macharia WM, Leon G. Is This Patient Taking the Treatment as Prescribed? *JAMA* 1993; 269: 2779–81.
10. Roter DR, Hall JA, Merisca R, Nordstrom B, Cretin D, Svarstad B. Effectiveness of Interventions to Improve Patient Compliance: A meta – Analysis. *Med Care* 1998; 36: 1138–61.
11. DiMatteo MR. Enchancing Patient Adherence to Medical Recommendations. *JAMA* 1994; 271: 79–80.
12. Kruse W. Patient compliance with drug treatment – new perspectives on an old problem. *Invest Med* 1992; 70: 163–6.
13. Garay-Sevilla ME, Nava LE, Malacara JM, Huerta R, de Leon JD, Mena A et al. Adherence to Treatment and Social Support in Patients With Non-Insulin Dependent Diabetes Mellitus. *J Diabetes Complications* 1995; 9: 81–6.
14. Peveler R, George C, Kinmonth AL, Campbell M, Thompson C. Effect of antidepressant drug counselling and information leaflets on adherence to drug treatment in primary care: randomised controlled trial. *BMJ* 1999; 319: 612–5.
15. Horne R, Weinman J. Patients' Beliefs about prescribed Medicines and their Role in Adherence to Treatment in Chronic Physical Illness. *J Psychosom Res* 1999; 47: 555–67.
16. Larme AC, Pugh JA. Attitudes of Primary Care Providers Toward Diabetes. *Diabetes Care* 1998; 21: 1391–6.
17. Maclean N, Phil B, Pound P, Wolfe C, Rudd A. The Concept of Patient Motivation. A Qualitative Analysis of Stroke Professionals' Attitudes. *Stroke* 2002; 33: 444–8.
18. Greenhalgh T, Helman C, Chowdhury A. Health beliefs and folk models of diabetes in British Bangladeshis: a Qualitative study. *BMJ* 1998; 316: 978–83.
19. Frank E. Enhancing Patient Outcomes: Treatment Adherence. *J Clin Psychiatry* 1997; 58: 11–4.

Prispelo 28. 7. 2002