

JAK POPRAWIĆ PRZESTRZEGANIE ZALECEŃ U PACJENTÓW PO PRZESZCZEPIENIU SERCA? PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA I DOŚWIADCZENIA WŁASNE

How to improve adherence to treatment among heart transplant recipients? Literature review and own experience



Irena Milaniak¹, Wioletta Makieła¹, Piotr Przybyłowski^{1,2}, Karol Wierzbicki^{1,2}, Jerzy Sadowski^{1,2}

¹Oddział Kliniczny Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii, Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II

²Uniwersytet Jagielloński *Collegium Medicum* w Krakowie

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2011; 2: 99-106

Adres do korespondencji:

mgr **Irena Milaniak**, Oddział Kliniczny Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii, Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II, ul. Prądnicka 80, 31-202 Kraków, tel. +48 12 614 32 16, tel./faks +48 12 614 34 56, e-mail: imilan@szpitaljp2.krakow.pl

Streszczenie

Wstęp: Przeszczepianie narządów jest skuteczną, uznaną i bezpieczną metodą leczenia schyłkowej niewydolności narządów. Celem transplantacji jest przedłużenie życia, poprawa jego jakości i powrót chorego do społeczeństwa. Brak adherencji u pacjentów po przeszczepieniu oscyluje w granicach od 5% do 70% (1 na 5 pacjentów). Z powodu braku adherencji wzrasta siedmiokrotnie prawdopodobieństwo niewydolności graftu, co jest trzecią główną przyczyną epizodów odrzucania przeszczepionego narządu.

Cel pracy: Ocena przestrzegania zaleceń u chorych po przeszczepieniu serca (*heart transplantation* – HTX) na podstawie badań własnych oraz ocena interwencji pielęgniarstkich wpływających na poprawę adherencji na podstawie literatury i doświadczeń własnych.

Materiał i metody: Badanie przeprowadzono u 66 pacjentów (16 kobiet, 50 mężczyzn) w wieku 23–76 lat, od roku do 18 lat po HTX, w trakcie wizyt ambulatoryjnych i hospitalizacji na Oddziale Klinicznym Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii Szpitala Jana Pawła II. Do oceny przestrzegania zaleceń wykorzystano kwestionariusz Morisky'ego podzielony na dwie części dotyczące stosowania leków immunosupresyjnych oraz innych leków.

Wyniki: Ze zgromadzonych danych wynika, że 35% pacjentów przyznało, że zdarzyło się im zapomnieć zażyć leki immunosupresyjne, a 41% – inne leki; 3–6% vs 21,21–30,3% przebrało zalecone leczenie. Przegląd literatury i *Evidence Based Nursing* wskazuje na konieczność łączenia różnorodnych metod zwiększających adherencję.

Interwencje podjęte przez pielęgniarkę:

- ocena przyczyny niestosowania się do zaleceń,
- dobranie formy i metod edukowania pacjentów,
- promowanie samoopieki,
- współpraca z lekarzem.

Summary

Background: Organ transplantation is a treatment of choice for selected patients with end stage organ diseases.

Medication adherence (MA) is essential for the survival of organs grafts, however complexity of the medication – taking regimen makes adherence difficult and is the reason of graft loss and graft rejection.

Aim of the study: To assess adherence in patients after heart transplantation (HTX). Evaluation of nursing interventions which improve adherence based on literature and own experience

Material and methods: The group of 66 patients after HTX were administered a questionnaire that included the validated 6-item Morisky Medication Adherence Scale.

Results: The age of participants was ranged 23-73 years, 1-17 years after HTX. 35% of recipients admitted to having missed a dose of immunosuppressive medications, 41% vs. other drugs. 3-6% cut back or stopped taking their medication because they felt worse or they felt their conditions were under control vs. 21.21-30.3%. Literature review and Evidence Based Nursing indicates the need to combine various methods to increase MA.

Nursing interventions:

- evaluation of the reasons for not following the recommendations,
- choosing the form and methods to educate patients,
- promoting self-care.

Evaluation: there were no episodes of acute rejection, low levels of drugs resulting from nonadherence.

Conclusions: Nursing actions should focus on combining the methods of patient education and assessing the reasons for not following the recommendations of the therapeutic team. A combination of interventions in nursing allows building a good adherence in patients after HTX.

Ewaluacja podjętych działań: nie odnotowano epizodów ostrego odrzucania oraz niskich poziomów leków wynikających z nieprzestrzegania zaleceń.

Wnioski: Działania pielęgniarские powinny się skupić na łączeniu metod edukacji pacjenta oraz ocenie przyczyn nie stosowania się do zaleceń zespołu terapeutycznego. Kombinacja interwencji pielęgniarских pozwala na budowanie dobrej adherencji u pacjentów po HTX.

Słowa kluczowe: nieprzestrzeganie zaleceń, adherencja, interwencja, przeszczep.

Wstęp

Przestrzeganie zaleceń medycznych i pielęgniarских dotyczących przyjmowania leków, diety czy stylu życia jest podstawowym warunkiem efektywnej terapii we wszystkich schorzeniach XXI w., a ponadto jest wyzwaniem dla całego zespołu terapeutycznego. Przestrzeganie zaleceń to nie tylko przyjmowanie leków, lecz także całościowe akceptowanie instrukcji medycznych. Jest więc związane nie tylko z angielskim określeniem *compliance*, często skupiającym się na farmakoterapii, lecz dotyczy zachowań określanych jako *adherence*. Zachowania te wiążą się z odpowiednim zażywaniem leków, dietą oraz zmianą stylu życia korespondującą z rekomendacjami prowadzącego terapię i – w szerokim znaczeniu – wymagają od pacjenta świadomości i zgody w odniesieniu do zaleceń [1, 2]. Pacjent staje się wówczas partnerem lekarza, pielęgniarki i innych osób sprawujących nad nim opiekę. Ma to znaczenie zwłaszcza w chorobach przewlekłych, tzn. takich, które przebiegają w sposób długotrwały, są związane z istotną dolegliwością, nieodwracalnymi zmianami patofizjologicznymi, wymagają rozważenia rehabilitacji oraz systematycznej kontroli leczenia.

Niski poziom przestrzegania zaleceń terapii utrudnia podejmowane działania systemu opieki zdrowotnej, polityków i przedstawicieli zawodów medycznych, mające na celu poprawienie zdrowia populacji. Nieprzestrzeganie zaleceń terapii stanowi przyczynę medycznych i psychologicznych komplikacji choroby, obniża jakość życia pacjentów, powoduje wzrost prawdopodobieństwa rozwoju odporności na leki, marnotrawienie zasobów opieki zdrowotnej i obniża zaufanie ludzi do systemu ochrony zdrowia [3].

Już w 1995 r. NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) umieściło *noncompliance*, czyli brak współpracy, w diagnozach pielęgniarских. W polskim opracowaniu również znalazł się ten termin w odniesieniu do zachowań związanych ze zdrowiem, jako często występujący w praktyce pielęgniarской. Ptaszewska-Żywko definiuje tę diagnozę pielęgniarскую jako „niestosowanie się do zaleceń dotyczących farmakoterapii i trybu życia, jako świadome lub nieświadome nieprzestrzeganie zaleceń zespołu terapeutycznego” [4].

Key words: nonadherence, adherence, intervention, transplantation.

Cel pracy

Celem przeprowadzonych badań była ocena poziomu przestrzegania zaleceń u chorych po przeszczepieniu serca (*heart transplantation* – HTX) oraz ocena interwencji pielęgniarских wpływających na poprawę adherencji na podstawie literatury i doświadczeń własnych.

Problem nieprzestrzegania zaleceń i interwencje poprawiające ich przestrzeganie – przegląd piśmiennictwa

Adherencja jest obiektem wielu badań, przy czym skupiają się one na tym, do jakiego stopnia pacjenci przestrzegają zaleceń medycznych co do przepisywanych leków. Badania mają na celu ustalenie najbardziej efektywnej strategii w celu poprawy adherencji. Mocne dowody wskazują, że większość pacjentów z chorobami przewlekłymi, takimi jak: astma, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, HIV, AIDS, oraz wymagających leczenia przewlekłego po przeszczepieniu narządu, ma trudności z przestrzeganiem reżimu opieki – adherencją. Dla przykładu, w Chinach tylko 43% pacjentów z nadciśnieniem przestrzega zaleceń dotyczących leczenia, podczas gdy w Gambii już tylko 27%. W Australii 43% pacjentów z astmą bierze regularnie przepisane leki. W Europie tylko 28% pacjentów z cukrzycą jest w stanie osiągnąć optymalne stężenie glukozy [5–7].

Niski poziom przestrzegania zaleceń terapeutycznych utrudnia podejmowane działania całego systemu opieki zdrowotnej mające na celu poprawę zdrowia populacji. Nieprzestrzeganie zaleceń stanowi przyczynę powikłań zarówno medycznych, jak i psychologicznych choroby, obniża jakość życia oraz podraża koszty leczenia [3].

Transplantacja, leczenie immunosupresyjne a adherencja

Przeszczepianie narządów jest skuteczną, uznaną i bezpieczną metodą leczenia schyłkowej niewydolności narządów. Rocznie w Polsce jest wykonywanych ok. 1000 transplantacji narządów unaczynionych, a na przeszczep oczekuje ok. 1800 pacjentów [8]. Celem transplantacji jest przedłużenie życia, poprawa jego jakości i powrót chore-

go do społeczeństwa. Kwestia stosowania się do zaleceń medycznych przez pacjentów po przeszczepieniu narządów jest jedną z najbardziej wrażliwych. Leczenie immunosupresyjne jest stosowane przez całe życie i jest ono podstawą dobrej czynności przeszczepionego narządu.

Brak adherencji (nonadherence – noncompliance > 90% przepisane leku) u pacjentów po przeszczepieniu oscyluje w granicach 5–70% (1 na 5 pacjentów). Z powodu braku *adherencji* wzrasta siedmiokrotnie prawdopodobieństwo niewydolności graftu, co jest trzecią główną przyczyną epizodów odrzucania przeszczepionego narządu [9].

Ze względu na specyfikę schorzenia stworzono definicję pacjenta nieprzestrzegającego zaleceń: „pacjent po przeszczepieniu narządu niestosujący się do zaleceń lekarskich, pielęgniarskich to pacjent, który nie zgłasza się na regularne wizyty do ośrodka transplantacyjnego (wizyty ambulatoryjne, badania laboratoryjne), opóźnia zgłaszanie problemów zdrowotnych, nie stosuje się do zaleceń dotyczących stylu życia (dieta, palenie papierosów, spożywanie alkoholu) oraz który nie stosuje się do zalecanego schematu dawkowania leków” [10].

Poniżej przedstawiono zachowania korespondujące z nieprzestrzeganiem zaleceń:

- *taking* – nieprzyjmowanie leków wg zaleceń lekarskich,
- *dosing* – przyjmowanie za dużej lub za małej dawki,
- *timing* – nieprzyjmowanie leku o wskazanej porze,
- *drug holidays* – przerywanie leczenia.

Typy braku adherencji:

- przypadkowa (47% pacjentów) – chorzy zapominają o zażyciu leków; dotyczy chorych starszych, z dodatkowymi przewlekłymi schorzeniami (cukrzyca); pacjenci wierzą w działanie i konieczność przyjmowania leków, ale zapominają ich zażyć;
- podatna (28% pacjentów) – chorzy nie boją się konsekwencji, uznają, że regularne przyjmowanie leków nie jest konieczne, nie zdają sobie sprawy z powagi swojego schorzenia i konsekwencji niestosowania się do zaleceń; dotyczy to młodych pacjentów, mało wyedukowanych, w krótkim czasie od przeszczepienia;
- zdecydowana (25% pacjentów) – chorzy samodzielnie przyjmują leki, bez konsultacji z zespołem; chorzy rozumieją ryzyko, ale uważają, że działają dobrze, kontrolują sytuację; dotyczy chorych w odległym okresie od operacji przeszczepienia.

W ciągu 1–3 lat od przeszczepienia odsetek pacjentów niestosujących się do zaleceń wzrasta nawet do 70% [11–14].

Niestosowanie się do zaleceń medycznych u osób po transplantacji zależy od rodzajów leków (leki immunosupresyjne vs inne leki), od liczby przyjmowanych leków oraz dobowej liczby dawek (2/3 dawki dobowe). Zaobserwowano, że u biorców przeszczepu serca poziom stosowania się do zaleceń jest wyższy w przypadku leków immunosupresyjnych niż w przypadku leków dodatkowych. Trzech na 100 pacjentów przyznało, iż nie zażyło

leków immunosupresyjnych za każdym razem, ale już 25 pacjentów przyznało, że nie przyjmowało innych istotnych leków regularnie [15].

Do czynników korespondujących z brakiem adherencji należą:

- brak wiedzy,
- czynniki organizacyjne,
- czynniki finansowe,
- czynniki psychospołeczne,
- skutki uboczne zażywanych leków,
- wiek pacjenta – młody, zaawansowany,
- edukacja „od kolegów”,
- czas od transplantacji – kilka lat [11, 14].

Interwencje poprawiające poziom przestrzegania zaleceń

By podjąć skuteczne interwencje pielęgniarskie mające na celu włączenie pacjenta do współpracy, należy poznać przyczyny niestosowania się do zaleceń. Wyniki badań opublikowanych w *Evidence Based Nursing* (EBN) ukierunkowują pielęgniarki na przyczyny niestosowania się do zaleceń oraz metody i sposoby ich eliminacji. W badaniach z 2007 r. (Gordon i wsp.) zdefiniowano 5 głównych kategorii, które mają wpływ na niestosowanie się do zaleceń:

- postrzeganie efektów ubocznych oraz metody radzenia sobie z nimi (pomijanie dawek, zaprzestanie zażywania leków);
- poglądy i działania dotyczące stosowania leków (dopasowanie dawek w zależności od dziennej aktywności – za mało, za dużo, wiara w skuteczność swoich działań);
- zaburzenia psychiczne, sensoryczne, kognitywne wpływające na zażywanie leków (niepamiętanie o zażyciu leków, zażycie kilku leków na raz bez względu na skutki uboczne);
- brak informacji o działaniu leków i sposobie ich zażywania;
- problemy z dostępem do opieki zdrowotnej [16].

Znajomość tych kategorii pozwala na podjęcie interwencji pielęgniarskich w zakresie działań psychoedukacyjnych. Lepsze przestrzeganie zaleceń wiąże się z bezpieczeństwem pacjenta, prowadzi poprawy stanu zdrowia i obniżenia kosztów opieki zdrowotnej. Przestrzeganie zaleceń podnosi skuteczność interwencji, sprzyja zdrowiu i poprawia oczekiwaną jakość życia pacjenta [17].

Do pomiaru przestrzegania zaleceń stosuje liczne metody, do których należą m.in.: bezpośredni wywiad z pacjentem, monitorowanie stężeń leków immunosupresyjnych, liczenie leków, kontrola realizacji recept (częstości wykupywania recept), elektroniczny monitoring czasu i daty otwarcia pojemnika, prowadzenie dziennika przyjmowania leków oraz kwestionariusze do badania adherencji, np. *Assessment of Compliance with Transplant Regimen*, test *Morisk'y Green* [18].

Tabela 1. Przegląd wybranych interwencji poprawiających przestrzeganie zaleceń terapeutycznych

Autor, rok	Rodzaj badania	Czas trwania badania	Rodzaj interwencji	Pomiar	Wyniki
Chisholm, 2001	RCT	12 miesięcy	interwencja (I) • comiesięczny przegląd leków celem optymalizacji leczenia • kontakt telefoniczny z pacjentem w przypadku braku wizyty (> 1 miesiąca) • doradzanie pacjentowi w sprawie zażywanych leków (ustanie, pisemnie) grupa kontrolna (C) • rutynowe wizyty	wypełnianie rekordów zażywanych leków przez rok od włączenia do badania	istotna statystycznie poprawa adherencji w grupie I
De Geest, 2006	RCT	9 miesięcy	interwencja dostosowana (I): • wizyty domowe (edukacja, wsparcie dostosowane do indywidualnych przyczyn niestosowania się do zaleceń), 3 razy na miesiąc kontakt telefoniczny • monitorowanie elektroniczne grupa kontrolna (C) • rutynowe wizyty	elektroniczny monitoring w 3., 6., 9. miesiącu od włączenia do badania	istotna statystycznie poprawa adherencji w 3. miesiącu dla grupy I, w późniejszym okresie bez różnic w obu grupach
Dejean, 2004	RCT	nie podaje	interwencja (I) • 8 sesji edukacyjnych po 3 godziny odbytych z interdyscyplinarnym zespołem grupa kontrolna (C) • rutynowe wizyty	kwestionariusz na początku i na końcu sesji oraz 3 miesiące po sesji edukacyjnej	istotna statystycznie poprawa adherencji dla grupy I
Klein, 2006	RCT	12 miesięcy	interwencja (I) • regularne spotkania z farmaceutą w trakcie hospitalizacji i wizyty w ambulatorium dotyczące leków immunosupresyjnych grupa kontrolna (C) • bez spotkań	monitoring elektroniczny, monitorowanie stężeń leków	istotna statystycznie poprawa adherencji dla grupy I, ↑uzyskania terapeutycznych poziomów leków
Shemesh, 2008	badanie przedeksperymentalne	4 lata	interwencja (I) • zintensyfikowanie wizyt ambulatoryjnych i kontroli stężeń leków • edukacja	monitorowanie stężeń leków immunosupresyjnych, kontrolne biopsje	istotna statystycznie poprawa adherencji dla grupy I
Miloch, 2009	RTC	2 lata	interwencja (I) wiadomość tekstowa (SMS) przypominająca o zażyciu leków	monitorowanie stężeń leków, biopsja	istotna statystycznie poprawa adherencji dla grupy I

Na podstawie przeglądu piśmiennictwa w tabeli 1. przedstawiono wybrane interwencje, których celem była poprawa przestrzegania zaleceń przez pacjentów po przeszczepieniu narządu [19–21].

Zidentyfikowane interwencje to wiele działań, które można podzielić na 4 kategorie:

- edukacja chorego mająca na celu poprawienie jego wiedzy,
- poprawa schematu dawkowania leków,
- poprawa dostępności do lekarza lub pielęgniarki,
- poprawa relacji pacjent – lekarz lub pielęgniarka.

Celem działań edukacyjnych powinno być zrozumienie przez pacjenta istoty choroby i konieczności leczenia

nia, a przez to uzyskanie zmiany postaw wobec leczenia. Edukacja powinna obejmować nie tylko pacjenta, lecz także jego rodzinę. Skuteczność podjętych interwencji zależy w głównej mierze od łączenia poszczególnych elementów oraz poznania poziomu wiedzy zdrowotnej pacjenta (*health literacy*). Należy zatem rozpoznać umiejętności osobnicze, rozpoznawcze i społeczne jednostki, które determinują jej zdolność do uzyskiwania dostępu, zrozumienia i spożytkowania informacji w celu promowania i utrzymania dobrego stanu zdrowia. Obejmują one takie zagadnienia, jak poszerzenie wiedzy i zrozumienia uwarunkowań zdrowia oraz zmianę postaw i motywacji w odniesieniu do zachowań zdrowotnych, a także poprawę w zakresie samowystarczalności w odniesieniu do określonych zadań [22].

Materiał i metody

W badaniu wykorzystano raport pacjenta (*patients self-report*) oparty na zmodyfikowanym kwestionariuszu ankiety Morisky'ego (MAS) zawierającym 6 problemowych pytań [23]. Możliwe odpowiedzi: tak, nie. Kwestionariusz podzielono na dwie części dotyczące leków immunosupresyjnych oraz innych leków. Leki immunosupresyjne zapobiegają odrzuceniu przeszczepionego narządu, muszą być one przyjmowane do końca życia. Inne leki to środki hipotensyjne, moczopędne, przeciwzakrzepowe, obniżające cholesterol. Stosowanie tych leków łagodzi m.in. działanie skutków ubocznych leczenia immunosupresyjnego.

Ponadto po wstępnej analizie kwestionariusza przeprowadzono wywiad z pacjentem, oceniono stężenie cholesterolu oraz przeprowadzono analizę retrospektywną wizyt kontrolnych (hospitalizacja, porada ambulatoryjna) w ciągu jednego roku kalendarzowego.

Do opisu statystycznego zastosowano klasyczne miary położenia (medianę, średnią arytmetyczną), a także miary zmienności (odchylenie standardowe). Do analizy zmiennych wykorzystano program Statistica Version 9; test Anova.

Organizacja badań

Badanie przeprowadzono wśród pacjentów po HTX na Oddziale Klinicznym Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II w trakcie wizyt ambulatoryjnych w Poradni Transplantacyjnej bądź w trakcie hospitalizacji na oddziale. Obserwację prowadzono przez rok.

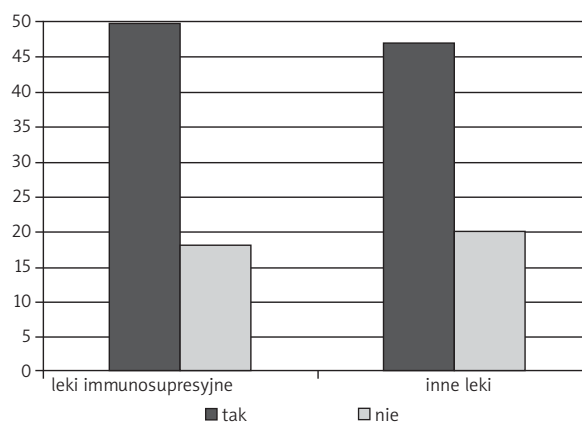
Charakterystyka badanej grupy

Badaniem objęto grupę 66 pacjentów (16 kobiet, 50 mężczyzn) w wieku 23–76 lat (średnia wieku 50,51 ±14,39 roku), od roku do 18 lat po HTX.

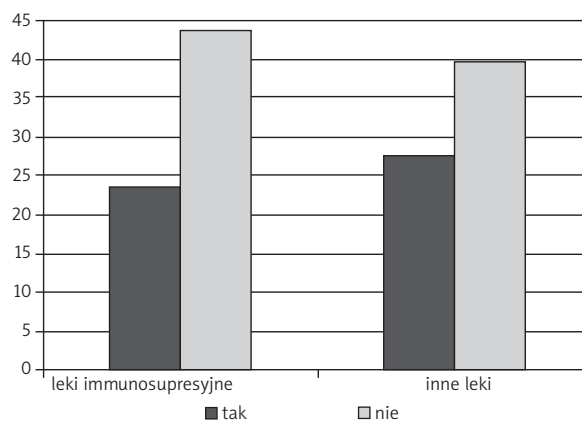
Wyniki

W badanej grupie 35% pacjentów przyznało, że zapomniało zażyć leki immunosupresyjne, a 41% inne leki; 26% vs 29% pacjentów nie przestrzega godzin zażywania leków (ryc. 1, 2.). Pacjenci przyjmujący leki immunosupresyjne powinni je zażywać w dwóch podzielonych dawkach o tych samych godzinach. Wiąże się to z farmakokinetyką tych leków. Na rycinie 3. przedstawiono odpowiedzi pacjentów związane z zapominaniem zażycia leków w zależności od czasu, jaki upłynął od HTX. Nie stwierdzono istotnej różnicy statystycznej pomiędzy czasem od przeszczepu a zapominaniem zażycia leków immunosupresyjnych. W analizowanej grupie 6% pacjentów przerwało leczenie immunosupresyjne, nie mówiąc o tym lekarzowi prowadzącemu. Skutkowało to w 3 przypadkach reakcją odrzucania przeszczepionego narządu, zmianą leczenia immunosupresyjnego i częstszymi kontrolami w ośrodku transplantacyjnym. Pacjenci nie zapominają o realizowaniu na czas recept na obie grupy stosowanych leków.

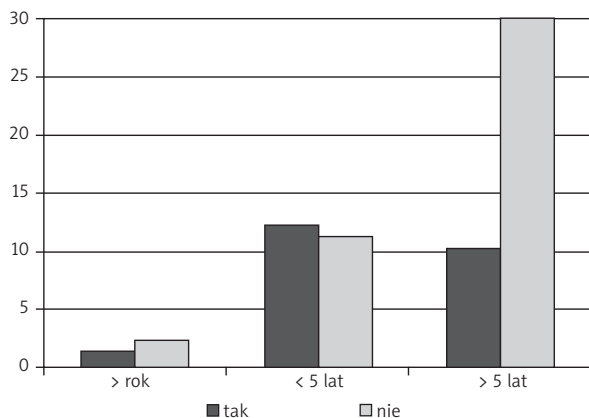
Analiza motywacji i wiedzy chorych wykazała, że pacjenci mają dobrą motywację do leczenia (regularne



Rycina 1. Przestrzeganie czasu zażywania leków



Rycina 2. Zażywanie leków immunosupresyjnych vs inne leki



Rycina 3. Zażywanie leków immunosupresyjnych w zależności od czasu od przeszczepienia serca

zażywanie leków, na czas, uzupełnianie recept na leki) – 78,78% vs 69,69% oraz wysoki poziom wiedzy (przerywanie zalecanego leczenia, wiedza na temat stosowanego leczenia) 98,4% vs 77,27%. Szczegółowe zestawienie uzyskanych wyników przedstawiono w tabeli 2.

Do cech charakterystycznych niestosowania się do zaleceń, oprócz przyznania się przez pacjenta do stałego lub okresowego nieprzyjmowania leków, należą również: nieregularne zgłaszanie się na wizyty kontrolne oraz brak efektów terapii (np. niekontrolowane ciśnienie tętnicze, hiperlipidemia). Przeprowadzono dodatkowo analizę wizyt kontrolnych w Poradni Transplantacyjnej oraz kontrolę stężenia cholesterolu.

W zalecanym schemacie opieki dla pacjentów po przeszczepieniu serca zakłada się minimum czterokrotne okresowe kontrole w ośrodku transplantacyjnym celem oceny funkcji przeszczepionego serca, kontroli stężeń leków oraz wykrycia ewentualnie innych nieprawidłowości. Analiza wykazała, że 44% badanej grupy pacjentów zgłosiło się tylko raz lub 2 razy w ciągu roku

do rutynowej kontroli. Ocena skuteczności leczenia cholesterolonii (każdy pacjent po przeszczepieniu serca ma zalecone stałe przyjmowanie statyn) wykazała, że tylko połowa pacjentów ma prawidłowe stężenie cholesterolu (< 5 mmol/l).

Interwencje podjęte przez pielęgniarkę

Na podstawie analizy dostępnych źródeł w zakresie poprawy przestrzegania zaleceń podjęto działania interwencyjne wobec pacjentów, które przedstawia poniższy model:

1. Przeprowadzenie wstępnego wywiadu z pacjentem, który wykazywał niską wiedzę i motywację celem oceny przyczyny niestosowania się do zaleceń:

- stworzenie atmosfery opartej na zaufaniu oraz przyjęcie postawy nieoceniającej wobec pacjenta,
- zapoznanie się z historią choroby pacjenta i zaleconym leczeniem,
- poznanie przekonań zdrowotnych pacjenta,
- ocena sytuacji socjalno-bytowej – warunki finansowe, odległość od lekarza POZ, ośrodka transplantacyjnego, wsparcie rodziny.

2. Dobranie form i metod edukowania pacjentów:

- skupiono się na edukacji indywidualnej, często z udziałem rodziny i wsparciem psychologa,
- omówiono istotę schorzenia, działanie leków, konsekwencje niezajmowania leków,
- ustalano codzienny tryb życia – aktywność, praca; starano się dostosować godziny zażywania leków do codziennych aktywności (np. połączenie godzin przyjmowania leków); w ostatnim czasie jest tendencja do poszukiwania leków o przedłużonym działaniu, które są stosowane tylko raz dziennie;
- wytłumaczono pacjentowi, co zrobić, kiedy dawka leku zostanie pominięta czy zażyta z dużym opóźnieniem, jakie są interakcje leków z pożywieniem i z innymi lekami;

Tabela 2. Wyniki uzyskane w badaniu kwestionariuszem Morisky'ego

Pytanie	Motywacja (%)	Wiedza (%)
1. Czy kiedykolwiek zapomniałeś zażyć swoich leków?	tak (0) 34,84/40,9* nie (1)	
2. Czy przestrzegasz godzin zażywania leków?	tak (1) 25,75/28,78 nie (0)	
3. Kiedy czujesz się dobrze, czy przestajesz zażywać leki?		tak (0) 6 /30,3 nie (1)
4. Kiedy czujesz się źle, czy przestajesz zażywać leki?		tak (0) 3 /21,21 nie (1)
5. Czy zostaniesz poinformowany o długotrwałym działaniu zażywanych leków przez lekarza lub pielęgniarkę?		tak (1) 99/ 94 nie (0)
6. Czy czasami zapominasz o recepcie na leki?	tak (0) 9/9 nie (1)	
	0–1 = niska motywacja 2–3 = wysoka motywacja 78,78/69,69	0–1 = niski poziom wiedzy 2–3 = wysoki poziom wiedzy 98,48/77,27

*leki immunosupresyjne/inne leki

- dostarczono informacji, jakie są działania niepożądane leków – samoobserwacja;
- przygotowano broszury dotyczące zażywanych leków;
- zaproponowano pacjentowi „przypominacze”;
- zachęcono chorego do wypełniania zeszytu pacjenta;
- przygotowano materiały edukacyjne, zamieszczono je na tablicach informacyjnych oraz stronie internetowej Stowarzyszenia Chorych po Transplantacji Serca;
- w przypadku braku kontroli powyżej 3 miesięcy skontaktowano się pacjentem telefonicznie bądź listownie.

3. Współpraca z lekarzem. Prowadzenie chorych po przeszczepieniu narządu jest oparte na ścisłej współpracy całego zespołu transplantacyjnego. Każde niepokojące zachowanie pacjenta są natychmiast przekazywane lekarzowi. Podjęte działania to:

- przedyskutowanie czynników utrudniających zażywanie leków i powodów niestosowania się do zaleceń;
- możliwości dobrania indywidualnej terapii dla pacjenta.

Ewaluacja podjętych działań

Kontrolną ankietę przeprowadzono w ciągu 3–9 miesięcy od podjęcia działań interwencyjnych. Uzyskane wyniki wskazują na znaczną poprawę przestrzegania zaleceń. W badanej grupie 4% pacjentów przyznało, że zdarzyło im się zapomnieć zażyć leki immunosupresyjne, a 9% – inne leki. Nikt nie przerwał leczenia immunosupresyjnego, w przypadku innych leków było to 10%. Prawie wszyscy pacjenci przywiązują wagę do czasu przyjmowania leków. Ogólnie pacjenci nie zapominają o realizowaniu na czas recept na leki z obu grup. Motywacja została oceniona na 91,40% (przedział 2–3) w stosunku do leczenia immunosupresyjnego i 85,21% w stosunku do innych leków wraz ze wzrostem poziomu edukacji – 89,1%.

Dyskusja

W przeprowadzonym badaniu użyto prostego narzędzia oceniającego podejście pacjenta do leczenia i przestrzegania zaleceń. W przeprowadzonym badaniu co 3. osoba przyznała, że zapomniała zażyć leki immunosupresyjne, które są niezbędne do prawidłowego funkcjonowania przeszczepionego serca, a prawie połowa zapomina zażywać inne leki, które wspomagają leczenie immunosupresyjne i redukują ich działania uboczne. Co 4. pacjent nie przestrzega godzin zażywania leków zarówno immunosupresyjnych, jak i wspomagających. Może to zaburzać farmakokinetykę leków oraz wpływać na wahania stężeń leków we krwi.

Dzięki ocenie zachowań pacjenta zostały podjęte działania przez pielęgniarkę, które umożliwiły wzrost poziomu motywacji pacjenta. Włączając pacjenta do współpracy uzyskano większe zaangażowanie się do stosowania się do zaleceń terapii immunosupresyjnej i innych leków, co

wykazała ewaluacja podjętych działań. Nie zaobserwowano epizodów odrzucania przeszczepionego narządu z powodu niezazywania leków, ani wahań poziomów leków we krwi.

Oceniając wiedzę pacjentów w stosunku do leczenia, zauważono jej wysoki poziom. Pacjenci zgłaszają się na czas po recepty na leki do ośrodka transplantacyjnego lub lekarza POZ oraz odpowiadali twierdząco, że zostali poinformowani o działaniu zażywanych leków.

Na podstawie ankiety stwierdzono również, iż pacjenci są skłonni pominąć dawkę zaleconego leku zarówno, kiedy czują się źle, jak i wtedy, kiedy czują się dobrze.

Wyższe odsetki odpowiedzi negatywnych dotyczą przyjmowania innych leków.

Wnioski

Nie ma złotego standardu postępowania mającego na celu, aby wszyscy pacjenci stosowali się do zaleceń. Wiąże się to z wieloma czynnikami, zależnymi nie tylko od pacjenta. Główną przyczyną złej adherencji jest brak zrozumienia swojej choroby oraz konieczności przewlekłego leczenia. Rozwiązanie stanowi podjęcie takich interwencji, które wpłyną na ukształtowanie odpowiednich postaw pacjenta wobec swojej choroby. Konieczne jest stałe monitorowanie przestrzegania zaleceń i administrowanie lekami, gdyż nieprzestrzeganie zaleceń grozi utratą przeszczepu, a tym samym życia. Promowanie zachowań zmierzających do poprawy adherencji poprzez działania edukacyjne, wspierające jest jednym z głównych zadań pielęgniarki w zespole interdyscyplinarnym.

Piśmiennictwo

1. Sabaté E. WHO Adherence Meeting Report. World Health Organization, Geneva 2001.
2. WHO Report: Adherence – health and economic benefits. 2003.
3. Balkrishna R (2005). The importance of medication adherence in improving chronic disease related outcomes: what we know and what we need to further know. *Medical Care* 2005; 43: 517-520.
4. Diagnostyka i interwencje pielęgniarskie. Kózka M, Płaszewska-Żywko L (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008; 349-352.
5. Organizacion Panamerican de la Salud. Poor adherence to long-term treatment of chronic diseases is a worldwide problem. Washington 2003.
6. Cofta S. Przestrzeganie zaleceń medycznych w leczeniu schorzeń pulmonologicznych. *Przew Lek* 2008; 1: 77-80.
7. Prejzner W. Przestrzeganie zaleceń lekarskich w leczeniu przewlekłej białaczki szpikowej. *Hematologia* 2010; 1: 239-243.
8. Antoszkiewicz A, Czerwiński J. Pobieranie i przeszczepianie narządów w Polsce w 2010 roku. *Poltransplant Biuletyn Informacyjny* 2011; 1(19): 3-13.
9. Didlake RH, Dreyfus K, Kerman RH et al. Patient noncompliance: a major cause of late graft failure in cyclosporine-treated renal transplants. *Transplant Proc* 1988; 20: 63-69.
10. Rodriguez A, Diaz M, Colon A, Santiago DEA. Psychosocial profile of noncompliant transplant patients. *Transplant Proc* 1991; 23: 1807-1809.
11. Siegal BR, Greenstein SM. Postrenal transplant compliance from the perspective of African-Americans, Hispanic-Americans, Anglo-Americans. *Adv Ren Replace Ther* 1997; 4: 46-54.

12. Gordon EJ, Prohaska T, Gallant M, et al. Adherence To Immunosuppression: A Prospective Diary Study *Transplant Proc* 2007; 39: 3081-3085.
13. Dew MA, Di Martini EF, De Vito DA, et al. Rates and risk factors for nonadherence to the medical regimen after adult solid organ transplantation. *Transplantation* 2007; 83: 858-873.
14. Dobbels F, Vanhaecke J, Dupont L, et al. Pretransplant predictors of posttransplant adherence and clinical outcome: an evidence base for pretransplant psychosocial screening. *Transplantation* 2009; 87: 1497-1504.
15. Sisson S, Tripp J, Paris W, et al. Medication noncompliance and its relationship to financial factors after heart transplantation. *J Heart Lung Transplant* 1994; 13: 930.
16. Gordon K, Smith F, Dhillon S. Effective chronic disease management: patients' perspective on medication-related problems. *Patient Educ Couns* 2007; 65: 407-415.
17. Williams AB. Adherence to regimens: 10 vital lessons. *American Journal of Nursing* 2001; 101: 37-43.
18. Laedearach HK, Bunzel B. Nieprzestrzeganie zaleceń przez biorców narządów unaczynionych: przegląd literatury. *General Hospital Psychiatry* 2000; 22: 412-424.
19. Bleser L, Matteson M, Dobbels F, et al. Intervention to improve medication adherence after transplantation: a systematic review. *Transplant International* 2009; 22: 780-792.
20. Russel CL. A clinical nurse specialist-led intervention to enhance medication adherence using the Plan-Do-Check-Act Cycle for continuous self improvement. *Clin Nurse Specialist* 2010; 24: 69-75.
21. Miloch T, Annunzatio R, Arnon R, et al. Improved adherence and outcomes for pediatric liver transplant recipients by using text messaging. *Pediatrics* 2009; 124: 844-850.
22. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International* 2000; 15: 259-267.
23. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a report measure of medication adherence. *Medical Care* 1986; 24: 67-74.