

KRONIČNI BOLNIK IN NJEGOVO SODELOVANJE MED ZDRAVLJENJEM

ADHERENCE TO CHRONIC PATIENT'S TREATMENT

AVTOR / AUTHOR:

doc. dr. Rakovec-Felser Zlatka

Ustanova

Zdravstvena (medicinska) psihologija, Katedra za psihologijo, Medicinska fakulteta, Univerza v Mariboru, Taborska 8, 2000 Maribor

NASLOV ZA DOPISOVANJE / CORRESPONDENCE:

E-mail: zlatka.rakovec-felser@triera.net

1 OPREDELITEV IN RAZŠIRJENOST KRONIČNIH BOLEZNI

Zaradi ustrežnejših oblik zdravljenja in boljšega nadzora nad pojavom infekcijskih bolezni na eni strani ter vse daljše

POVZETEK

V prispevku je predstavljena psihološka problematika kroničnega bolnika. Preko opredelitve, kaj kronična bolezen je, kakšne spremembe vnaša v posameznikov način življenja, kaj to pomeni za kvaliteto njegovega nadaljnega življenja (angl. HRQoL), kako učinkovito lahko posameznik obvladuje čustveno neravnovesje, ki mu je zato izpostavljen (angl. Coping), vse to so teme, preko katerih spoznavamo pomen bolnikovega sodelovanja med zdravljenjem (angl. Adherence). Razen znamenj neupoštevanja priporočil v zvezi s terapevtskimi odmerki ter s potrebnimi spremembami življenjskega sloga in navad, je predstavljenih vseh pet skupin vzročnih dejavnikov, kot jih je leta 2003 izpostavila Svetovna zdravstvena organizacija (WHO). Ob tem, kaj vse lahko znižuje bolnikovo motiviranost in sodelovanje pa bomo v grobih obrisih v članku našli navedene tudi vse možne posledice takega bolnikovega ravnanja. Seveda so ob zaključku predstavljeni tudi načini, kako v pasivnem bolniku spodbuditi več kooperativnosti in odgovornosti, zato se bomo srečali ne le z osnovnimi načeli učinkovitega informiranja, pač pa tudi z načeli motivirajočega pogovora z bolnikom (angl. Motivating Interview, MI), torej z vsem, s čimer lahko v lekarniški praksi, v neposrednem stiku z bolnikom, pomembno prispevamo k njegovi obveščenosti in ozaveščenosti.

KLJUČNE BESEDE:

kronični bolnik, kvaliteta življenja, slog spoprijemanja, režim zdravljenja, bolnikovo sodelovanje

SUMMARY

In this article we present some psychological and psychosocial barriers to the chronic patient's treatment. After the definitions of diseases and findings with what kind of stressful situations the chronic diseases are usually associated, we are trying to identify what it does mean for the individual's quality of life (HRQoL), and how effectively the patient's coping strategies to manage his/her troubles in this case can be. Especially we emphasize the importance of patient's adherence with the prescribed medical regimen. Except the signs of non-adhe-



rence with medication recommendations and advice to change the lifestyle and habits, there are presented all five groups of causal factors of non-adherence (WHO, 2003), as also adverse consequences of patient's non-adherence. Finally we get to know how effectively to provide information and how the basic principles of Motivating Interviewing (MI) can help to manage patient's ambivalence, his or her unconscious or even conscious resistances, and how in therapeutic process to strengthen patient's willingness to take on a more responsible role.

KEY WORDS:

Chronic patient, quality of life, coping style, medical regimen, adherence

življenjske dobe prebivalstva na drugi strani, v ospredje zanimanja stopajo kronične bolezni, te v novejšem času za zdravje in življenje ljudi daleč najpomembnejši dejavnik tveganja (1).

Center za nadzor in preventivo bolezni (CDS, ZDA, 2009) je kronične bolezni opredelil kot bolezenska stanja, po katerih si posameznik ne opomore spontano, so redko popolnoma ozdravljiva, terjajo dolgotrajno medicinsko oskrbo in imajo različen progresiven potek. Ta je včasih upočasnjen, pri čemer obdobjem z izraženimi bolezenskimi tegobami sledijo obdobja z daljšimi remisijami, ko bolezen navidezno miruje in je prizadeti brez vidnih bolezenskih znakov. Lahko pa je potek galopirajoč, brez ali le s kratkotrajnimi vmesnimi obdobji zatišja, s precej negativnimi posledicami za posameznikovo zdravje in kvaliteto njegovega življenja. Med njimi je skupina bolezni, ki posameznika neposredno eksistenčno ogrožajo in vzbudijo v njem masovne bojzani in zaskrbljenost (rak, možganska kap, bolezni srca in ožilja, AIDS). Nadalje obstaja skupina bolezni, pri katerih lahko prizadeti posameznik z aktivnim odnosom (vzdrževanje diete, telesna aktivnost, ustrezen terapevtski odmerki) vpliva na potek in pojav bolezenskih simptomov. Značilni bolezni te skupine sta diabetes in astma. Med bolezni, ki jih je težje nadzorovati in bolniki nanje nimajo takega vpliva pa sodijo nevrološke bolezni in med njimi zlasti še multipla skleroza, ki se ji ne da napovedovati poteka (1, 2).

Mnoge kronične bolezni vodijo do prehodnih ali trajnih odpovedi določenih telesnih funkcij ter pomembno omejujejo

posameznikovo gibanje (revmatoidni artritis, multipla skleroza), povzročijo reverzibilne ali celo ireverzibilne okvare kognitivnih funkcij (možganska kap, parkinsonizem) in so povezane s spremembami na čustvenem, socialnem in ekonomskem področju (kronična bolečinska stanja). Spremembe ne doletijo le bolnika samega, pač pa zadenejo tudi njegove družinske člane in so lahko trda preizkušnja tudi za njegov odnos s partnerjem. Razen tega, da je zdravljenje kroničnih bolezni lahko zelo kompleksno in je brez bolnikovega sodelovanja neučinkovito (diabetes), je večkrat povezano še s pogostimi hospitalizacijami (kronična odpoved ledvic) pa tudi z neželenimi učinki predpisane terapije in z njimi povezanimi novimi zdravstvenimi problemi (kortikostereoidna terapija, obsevalna in kemoterapija).

Po podatkih tujih raziskovalcev naj bi zaradi določene kronične bolezni trpelo že kar 50 odstotkov vse svetovne populacije. V veliki meri je pojav mogoče pripisati staranju prebivalstva, saj se večina kroničnih bolezni pojavlja v višjem starostnem obdobju. Z naraščajočo življenjsko dobo torej narašča tudi število kronično bolnih oseb. Tako bi naj v obdobju 60 let in več posameznik v povprečju trpel že za 2, 2-ema kroničnima boleznima. Epidemiološke študije kažejo, da so v evropskem prostoru med kroničnimi boleznimi najmočnejše zastopane bolezni srca in ožilja, revmatoidni artritis, diabetes, ki zadeva 3 do 10 odstotkov evropske populacije, tej pa sledi astma, ki pa je najbolj razširjena v Veliki Britaniji ter končne še različne oblike raka.

Zaradi nezdravega prehranjevanja ter debelosti predvidevajo, da bo v bližnji prihodnosti poraslo število oseb z diabetesom, zaradi rabe hormonske nadomestne terapije v menopavzalnem obdobju pa pričakujejo tudi povišano število žensk z rakom jajčnikov in rakom dojke. Število bolnikov s pljučnim rakom, čeprav v porastu bi se naj zaradi opustitve kajenja v prihodnje zmanjšalo tako med žensko kot moško populacijo, predvsem velja napoved za severno evropske države.

Čeprav je pojav večine kroničnih bolezni povezan z višjo kronološko starostjo ni redek pojav, da zlasti astma in diabetes lahko zadeneta tudi mlajše osebe, celo otroke v zgodnjem razvojnem obdobju (1, 2, 3).

2 VPLIV PSIHOLOŠKIH DEJAVNIKOV NA POJAV IN POTEK KRONIČNIH BOLEZNI

V začetku 50. let prejšnjega stoletja se je med dejavniki, ki utegnejo spodbuditi izbruh in vplivati na potek katere od številnih kroničnih bolezni, povečalo zanimanje za človekove rizične vedenjske vzorce. Iz tega obdobja je znan opis A-vedenjskega tipa, ki sta ga avtorja Friedman in Rosenman (1959, 1974, 1987) povezala, kasnejše raziskave pa so njune izsledke potrdile, s pojavom bolezni srca in ožilja. Med značilne lastnosti prevladujočega A-vedenjskega tipa sodijo lastnosti kot so pretirana delovna vnema, povezana s stalno potrebo po samo-dokazovanju, težnja v čim krajšem času doseči čim več, kar ima za posledico, da je posameznik v stanjih neprestane čustvene napetosti in nemira, nezmožen sprostiti se, v odnosih z drugimi osebami pa bolj ali manj nestrpen, razdražljiv in na trenutke celo sovražen. Nasproten temu je C tip vedenja, ki ga je leta 1987 opisal Temoshok in so ga tudi kasnejši avtorji povezali s pojavom raka in artritisa. Zanj je v socialnih stikih značilna pasivnost s podredljivostjo in nezmožnostjo čustvene ekspresije, zlasti še nakopičenega nezadovoljstva in jeze, v odnosu do dela pa ga označujeta prizadevnost in perfekcionizem (1, 2, 3).

Novejše raziskave so usmerjene na bolezen kot stresno situacijo, ki posledično slabi posameznikovo kvaliteto življenja, kar navadno občutijo tudi njegove bližnje osebe (angl. Health-related Quality of Life, HRQoL). V ospredju zanimanja stopajo vprašanja učinkovitega spoprijemanja s spremembami in izgubami zaradi bolezni (angl. Coping), vprašanja notranje čvrstosti (angl. Hardiness), optimizma (angl. Optimism), predvsem pa pomen socialne pomoči in podpore, ki jo je posameznik, ko zboli, deležen v svojem okolju, vse v soodvisnosti z njegovim telesnim ter duševnim zdravjem (angl. Social Support).

Zlasti v obdobju zadnjih nekaj let narašča spoznanje, da se vsa prizadevanja, tako zdravnika, kot ostalega zdravstvenega osebja pa naj bo to farmacevt, zdravstveni psiholog v klinični praksi, medicinska sestra ali fizioterapevt, brez bolnikovega sodelovanja izničijo (»Drugs don't work in patients who don't take them,» E. Koop, zdravnik). Govora je o bolnikovem sledenju priporočenemu načinu zdravljenja (medikamentozna terapija, operativni posegi, izvajanje vaj, vzdrževanje diete) pa tudi priporočilom v zvezi s potrebnimi spremembami vedenjskih vzorcev, navad in življenjskega sloga. Pri tem se je za pasivno obliko sledenja v strokovni literaturi uveljavil termin komplanca, za primer,

kjer bolnik aktivno sodeluje v procesih lastnega zdravljenja in vstopa z zdravnikom v partnerski odnos pa adherenca (1, 2, 3).

3 KVALITETA ŽIVLJENJA, SLOG SPOPRIJEMANJA IN POMOČ TER PODPORA V SOCIALNEM OKOLJU

Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) je kvaliteto življenja na splošno opredelila z naslednjimi besedami: »Kvaliteta življenja je posameznikovo videnje lastne situacije v odvisnosti od prevladujočega vrednostnega sistema, zastavljenih ciljev, pričakovanih standardov pa tudi okolja, v katerem posameznik živi. Gre za koncept, ki ga določa množica med seboj odvisnih dejavnikov in jih lahko pripišemo posameznikovemu telesnemu in psihološkemu stanju pa tudi povezanosti s socialnim okoljem« (WHOQoL Group, 1995). Takšno videnje kvalitete življenja izhaja med drugim tudi iz opredelitve, da je človekovo zdravje stanje popolnega telesnega, duševnega in socialnega blagostanja, ki ga določa odsotnost bolezni.

Skupina strokovnjakov taiste skupine je leta 1997 na osnovi splošne opredelitve kvalitete življenja izdelala osnovne kriterije tudi za vrednotenje posameznikove kvalitete življenja z boleznijo in predlagala, da se ta (HRQoL) preverja po naslednjih kriterijih:

- **Bolnikovo telesno zdravje** (ohranjeno energetska stanje, počutje, bolečina, spanje),
- **Bolnikovo psihološko stanje** (ohranjene kognitivne funkcije, telesna samopodoba, čustva),
- **Stopnja ohranjene bolnikove samostojnosti** (gibljivost, dnevne aktivnosti, delazmožnost, odvisnost od zdravil in medicinskih pripomočkov),
- **Bolnikovi ohranjeni socialni odnosi** (osebni kontakti, socialna pomoč in podpora, spolna aktivnost),
- **Spodbudnost bolnikovega okolja** (kakovost in dosegljivost zdravstvene in socialne oskrbe, možnost dotoka novih informacij in spretnosti, rekreacije, smotrne izrabe prostega časa, onesnaženost, hrup, prometni vrvež, javni prevoz),
- **Izpolnitev bolnikovih potreb v zvezi z duhovnostjo in vero** (4, 5).

ALI STE VEDELI?

- da prav problemi, ki spremljajo kroničnega bolnika izpodrivajo biomedicinski in »kličejo« po celostnem, biopsihosocialnem modelu zdravljenja in bolezni?
- da so osebe stare nad 65 let največji porabniki farmaceutskih sredstev? Zlasti analgetikov, laksativov, antihistaminikov in simpatomimetikov?
- da prav osebe starejše od 65 let pomanjkljivo sledijo navodilom in je kar 11 % hospitalizacij teh oseb potrebnih zaradi neustrezne rabe predpisanih jim zdravil?

Menijo, da se mora posameznik, ki zve, da je zbolel za eno od kroničnih bolezni naučiti živeti z nastalimi izgubami in spremembami, ki jih v njegovo življenje prinese bolezen, sprejeti mora režim in neželene posledice njenega zdravljenja ter se, navkljub prevladujočim negativnim emocijam (strah, zaskrbljenost, žalost) naučiti vzdrževati lastno psihično ravnovesje. Da bi bil zmožen tega mora imeti:

- vpogled v lastno zdravstveno stanje in položaj (pomen bolezni zanj in njegove življenjske cilje in načrte, za njegove bližnje osebe);
- poznati potek zdravljenja in terapevtske učinke uvedene terapije;
- vzpostaviti in ohranjati zaupljiv in sodelujoč odnos z zdravnikom in drugim zdravstvenim osebjem;
- spremljati in nadzorovati pojav bolezenskih znakov;
- imeti podporo in biti delež pomoči bližnjih oseb;
- vzdrževati socialne kontakte in se izogibati možni socialni izolaciji (1, 2, 3).

Na splošno velja, da pasivno pristajanje bolnika na izgube in neželene spremembe (fatalizem, dramatizacija, začasna čustvena razbremenitev, opuščanje socialnih stikov) ob prevladujočem mehanizmu zanikanja in represije vodita bolnika k manj uspešni prilagoditvi na novo situacijo. Podobno negativni učinek na kvaliteto življenja z boleznijo ima tudi odsotnost podpore in prejete pomoči iz socialnega okolja. Raziskave so namreč pokazale, da v bolezni osamljeni ljudje doživljajo bolezensko situacijo bolj stresno. Pri njih je pričakovati, da se bo bolezen odvijala v manj želeni smeri, pojavilo pa se bo najverjetneje tudi več zapletov med samim zdravljenjem. Izsledki opravljenih študij kažejo, da so zaradi pomanjkljive podpore in pomoči iz okolja lahko najbolj ogroženi zlasti tisti s kardiovaskularnimi, z endokrinimi boleznimi oz. sploh vsi tisti, katerih potek bolezni sovpada z oslabljenim imunološkim sistemom (4, 5).

4 BOLNIKOVA MOTIVIRANOST IN SODELOVANJE MED ZDRAVLJENJEM

Razen kvalitete življenja z boleznijo, načinov spoprijemanja z nastalimi težavami ter obsegom in vrsto pomoči in podpore v socialnem okolju pa kaže izpostaviti tudi pomen bolnikovega sodelovanja med zdravljenjem. Poglejmo čemu je to pomembno.

Ko se ob enem od ponovnih pregledov bolnik svojemu zdravniku pritoži nad neučinkovitostjo predpisanega zdravila, ta navadno najprej pomisli, da je bil predpisan odmerek prenizek, zaradi česar ga zviša ali pa dotedanjo, čeprav ne še v celoti preverjeno predpisano zdravilo predčasno zamenja in to za bolj udarno, a navadno z še več neželenimi učinki. Pogosto odredi tudi nove, dražje preiskave, neredko pa je takšna situacija povezana tudi z novo hospitalizacijo ali celo napotitvijo na operativni poseg. Toda vzroke za neučinkovitost predpisanih zdravil največkrat ne kaže iskati v predpisani terapiji, pač pa v bolnikovem neupoštevanju navodil in njegovi neustrezni rabi teh zdravil (6). Poglejmo, kako se v praksi to največkrat kaže med uporabo prepisanih zdravil:

- v neuporabi receptov oz. predpisanih zdravil,
- v neustreznih odmerkih zdravil,
- v neustrezno razporejenih odmerkih,
- v neustreznem vzdrževanju terapije,
- v sočasni rabi zdravil z odsvetovano vrsto hrane, s tekočinami ali z drugimi, nekompatibilnimi snovmi,
- v uživanju zdravil, ki jim je potekel rok uporabe.

Nesodelovanje pa se kaže tudi v opuščanju drugih priporočil:

- v opuščanje naročenih preiskav in ponovnih pregledov,
- v opuščanju telesnih vaj,
- v neizvajanju priporočenih sprememb –v navadah, neproduktivnih vedenjskih vzorcih, v življenjskem slogu, itd.

Če tega zdravnik ali farmacevt, ne opazita, so posledice:

- poslabša se bolnikovo zdravstveno stanje;
- to zahteva uvedbo intenzivnejše terapije, uporabo zdravil z še več neželenimi učinki, dražje oblike zdravljenja;
- pomembno se dvigne obseg hospitalizacij, nujnih operativnih posegov;
- poveča se stopnja invalidnosti bolnikov, njihova odsotnost z dela,
- poslabša se kvaliteta bolnikovega življenja,

- ogrožen je njegov socio-ekonomski položaj;
- pomembno se zviša smrtni izid bolezni.

Kako pereč problem zna biti bolnikovo nesodelovanje, kažejo tudi naslednji podatki iz ameriških raziskav (American Society on Aging and American Society of Consultant Pharmacists, 2006):

- od bolnikov, ki so prejeli recept, jih 2 % ne dvigne predpisanega zdravila;
- od tistih, ki dvignejo zdravila na recept, jih 12 % kasneje zdravil ne jemlje,
- skoraj 29 % jih preneha jemati zdravila predčasno,
- 22 % jih jemlje manjši odmerek zdravila, kot jim je bil predpisan.

Glavni razlogi za opuščanje zdravil pri starih 50 in več let, ki jih je zbrala in objavila ameriška organizacija AARP (American Association of Retired Persons, 2004) so:

- | | |
|--|------|
| • cena zdravila: | 40 % |
| • neželeni učinki zdravila: | 11 % |
| • predstava o neučinkovitosti zdravila | 11 % |
| • prepričanje o nepotrebnosti zdravila | 8 % |
| • ne pomaga: | 6 % |
| • odpor do zdravila: | 5 % |
| • pogojno pomaga: | 4 % |
| • preveč zdravil hkrati: | 3 % |

Med 325 osebami s povprečno starostjo 78 let je bilo:

- 39 % nezmožnih prebrati oznake ovitka na zdravilu,
- 67 % jih ni razumelo navodil in kot posledica tega jih
- 45 % ni upoštevalo predpisanega režima zdravljenja.
- Pri tem so Moison in sodelavci že 2002 ugotovili, da je problem najhujši med bolniki moškega spola in zlasti med tistimi starejšimi od 85 let.

Aktivno in pasivno sledenje režimu zdravljenja in upoštevanje drugih priporočil

Kot smo že poudarili, se kronične bolezni razlikujejo po zahtevanem režimu zdravljenja, kamor razen farmakološkega in operativnega zdravljenja, sodijo tudi dietna priporočila, izvajanje telesnih vaj, sprememba zdravju škodljivih navad, učenje učinkovitega obvladovanja stresnih situacij, razreševanja medosebnih konfliktnih situacij. Bolj kot v primeru akutnih bolezenskih stanj, je pomembno, da se kronični bolnik nauči živeti z boleznijo, kar pomeni, da opusti zdravju škodljive vedenjske vzorce, navade in morda v celoti spremeni tudi svoj življenjski slog. V tej zvezi govorimo o različnih stopnjah bolnikovega sodelovanja, ki ga v primeru, da gre za pasivno obliko označujejo kot »com-

pliance« oz. »adherence«, ko gre za bolnikovo aktivno vlogo in je med zdravnikom in bolnikom vzpostavljen partnerski odnos (7).

V obeh primerih se individualna stopnja sledenja navodilom meri v izraženih odstotkih zaužitih zdravil glede na predpisane odmerke skozi določeno časovno obdobje. Ta se giblje od 15–93 odstotkov, v odvisnosti od vrste bolezni, izraženosti težav in režima zdravljenja. Kot povprečje se šteje 50 odstotkov, kot zadovoljivo sodelovanje pa navadno tisto od 80 odstotkov navzgor. O nizki stopnji sodelovanja govorimo v primeru, ko se ta giblje med 40 do 75 odstotkov (8, 9, 10).

Dejavniki, ki vplivajo na aktivno udeležbo pri zdravljenju

Leta 2003 je Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) dejavnike, ki vplivajo na bolnikovo sodelovanje med zdravljenjem, ga bodisi krepijo ali slabijo, razdelila v pet skupin. Sem sodijo:

1. Socialno/ekonomski dejavniki,
2. Odnos zdravstveno osebje/bolnik/urejenost zdravstvenega sistema,
3. Dejavniki povezani z boleznijo
4. Dejavniki povezani z zdravljenjem,
5. Dejavniki, povezani z bolnikom (9).

V prvo skupino dejavnikov zato danes štejemo **socialno/ekonomske dejavnike** kot so:

- omejeno razumevanje jezika, slaba zdravstvena poučenost, pomanjkanje družinske podpore in šibka socialna mreža stikov, nestabilne življenjske razmere, brezdomstvo, prenatrpan urnik, omejena dostopnost do zdravstvene oskrbe, pomanjkljivo zdravstveno zavarovanje, nedostopnost zdravil, stroški zdravljenja, kulturološki ali drugi predsodki glede boleznii in zdravljenja, zloraba v starosti.

V drugo skupino po presoji WHO sodijo **dejavniki zdravstvene oskrbe**, med njimi pa naslednji vplivi:

- odnos zdravstveno osebje - bolnik, učinkovito sporazumevanje osebja z bolnikom (zmožnost poučevanja in pojasnjevanja zdravljenja), uravnavanje nesoglasij med izhodišči zdravstvenega osebja in predstavami, pričakovanji ter prepričanji bolnika, pomanjkanje spodbudnega odnosa zdravstvenega osebja, neusposobljenost poučevanja bolnikov in sledenja, pomanjkljivo poznavanje problematike bolnikovega sodelovanja in spodbujanja



le-tega, prezapletene pisne informacije, omejeno zapi-sane spremembe v zdravljenju, draga zdravila, pomanj-kljivo upoštevanje dogovorov, dolge čakalne vrste, prekinjena oskrba.

V tretjo **skupino dejavnikov, ki so povezani z boleznijo** po predlogih WHO štejemo naslednje vplive:

- kronične tegobe, odsotnost bolezenskih znakov, resnost težav, depresijo, psihotične motnje, mentalno zaostalost in razvojne primanjkljaje.

V četrti skupini so **dejavniki, povezani z načini zdravlje-nja**:

- zapletenost režima zdravljenja (število potrebnih dnevnih doz, število zdravil z nasprotnimi učinki), zdravljenje, ki zahteva določene spretnosti (injekcije, inhalacije), trajanje zdravljenja, pogoste spremembe v režimu zdravljenja, odsotnost naglih učinkov terapije, terapija, povezana s socialno stigmatiziranostjo, neželeni učinki zdravil, zdra-vljenje, ki zahteva spremembe navad in življenjskega sloga.

In končno je tu še peta skupina dejavnikov, ki vplivajo na sodelovanje in je **povezana s samim bolnikom**. V tem pri-meru govorimo **o bolnikovih telesnih ovirah** kot so:

- okvare vida, okvara sluha, okvare kognitivnih funkcij, ovi-rana telesna gibljivost in/ali fina motorika, težave s poži-ranjem.

ALI STE VEDELI?

- da se že po 5 do 10 minutah obiska pri zdravniku iz-gubi 50 % vseh izrečenih navodil, pri čemer ima že pri njihovem razumevanju odločilno vlogo bolnikova anksioznost ali drugače sekundarno okrnjena učin-kovitost kognitivnih funkcij?
- da neposredni izrazi empatije, spodbude, pomoči, prijaznosti in humorja v odnosu, v sami edukaciji bol-nikov pa odprto zastavljena vprašanja, kratke in jasne razlage, nevsiljivo preverjanje razumevanja in ob zaključku povzemanje vseh najpomembnejših in-formacij, da vse to lahko bistveno dvigne njihovo za-dovoljstvo ter pomembno izboljša upoštevanje prejetih navodil med zdravljenjem?

Razen telesnih ne kaže pozabiti na **psihološke oz. kogni-tivno-vedenjske ovire**, te pa so:

- nepoznavanje bolezni, ne-dojemanje resnosti bolezni, ne-razumevanje pomena zdravil, bolnikova pričakovanja oz. odnos do zdravljenja, slabe izkušnje z učinkovitostjo zdravljenja, nezaupanje v lastno zmožnost sledenja re-žimu zdravljenja, nizka motivacija, strah pred neželenimi učinki, strah pred odvisnostjo, občutje stigmatiziranosti zaradi bolezni, konflikten odnos z zdravstvenim osebjem, zlasti z zdravnikom, obseg psihosocialnega stresa, ank-sioznost, nezadovoljstvo in ogorčenje, alkohol ali zloraba drog.

Če ostanemo pri **načinu zdravljenja in navodilih** je treba poudariti, da je stopnja nesodelovanja v primeru, če je režim zdravljenja in so prejeta navodila zapletena ter zah-tevajo razen tega še menjavo navad in življenjskega sloga, lahko višja od 70 odstotkov, v primeru izvajanja priporoče-nih vaj pa je situacija še slabša, saj je stopnja upoštevanja navodil, sodelovanja tedaj celo manj kot 19 odstotna.

Glede **vrste bolezni** povejmo, da so znani podatki, da kar 30 odstotkov bolnic z rakom dojke po mastektomiji ne zaključijo kemoterapije zaradi posledic distresa. Sploh pa bol-niki z rakom, ki se pogosto soočajo z izgubo identitete, povezane s spremembo telesne sheme pa tudi z mislimi na smrt in z zapleti v družinskih odnosih zaradi čustvenih stisk, ki jih doživljajo, slabše sodelujejo.

Nasprotno od njih, ugotavljajo raziskovalci, bolniki po ko-ronarno arterijskem bypass-u, zlasti tisti z visoko podporo v svojem okolju, izkazujejo boljše čustveno stanje, manj anksioznosti in depresije ter so posledično tudi bolj aktivni v spreminjanju nezdravih vedenjskih vzorcev in navad, razen tega pa se tudi bolje držijo predpisanega režima zdravljenja, zlasti glede na tiste brez opore (10, 11).

Posebno situacijo imamo tudi v primerih, kjer ni simptomov bolezni ali se ti pozno izrazijo, ko je zdravljenje zapleteno in povezano s potrebnim samonadzorom in samooskrbo. Takšno situacijo imamo v primeru diabetesa tipa II. Ne samo, da gre v tem primeru za zapletenejše zdravljenje, pač pa je poudarek na ustrezni samooskrbi, ki v psiholo-škem smislu vključuje procesiranje informacij, analiziranje, sprejemanje smiselnih odločitev, pomnjenje, potrebno uče-nje, izpeljavo načrta. Ker se slabo nadzirana bolezen lahko zrcali v upadu kognitivnih zmogljivosti ugotavljajo, da je pri tistih diabetikih tipa II, kjer pride do upada, dvakrat več



težav v samooskrbi glede na tiste bolnike s sladkorno boleznijo tipa II, kjer okvar kognitivnih funkcij ni opaziti (12). Broekmansova, ki je opravila meta analizo podatkov raziskav s področja protibolečinske terapije (analgetiki, anksiolitiki, antidepresivi) je ugotovila, da nizka stopnja sledenja ali sploh neupoštevanje predpisane protibolečinske terapije pomeni enega glavnih problemov bolnikov s kronično, t.im. ne-maligno bolečino. Stopnja ne-sodelovanja znaša po njenih izsledkih od 7,7 do 52,9 odstotkov in se kaže predvsem v nizkih odmerkih predpisane terapije (angl. underuse). Avtorica pojav razlaga z dejstvom, da je kronična bolečina sicer res kronični pojav, vendar ga prizadeti ne dojemajo kot življenjsko ogrožajočega. Bolniki opuščanje zdravil ne vidijo kot vedenje, ki bi lahko pomembno ogrozilo njihovo zdravje ali celo življenje, razen tega pa se, bolj kot drugi bolniki s kroničnimi nadlogami, bojijo neželenih učinkov predpisane terapije in morebitne zasvojenosti z njo (13).

Med dejavnike, ki na **bolnikovi strani** spodbujajo sodelovanje, avtorji štejejo predvsem: dobro osnovno poučenost o bolezni, zaupanje v zdravnika in v učinkovitost obravnave, zaupanje v lastne zmožnosti spoprijeti se z boleznijo in prilagoditi se na predpisan režim zdravljenja, pričakovanje pozitivnega učinka terapevtske obravnave. Negativne učinke na bolnikovo zmožnost sodelovanja imajo po njihovih izsledkih naslednji dejavniki: depresija, nizka stopnja zaupanja v zdravnika ali v zdravstveno ustanovo, anksioznost, visok obseg čustvene in psihosocialne obremenjenosti, finančni problemi, strah pred bolečino in neprijetnostjo posegov, kulturološko ali versko pogojena stališča ter šibko zaznavanje razlik v počutju med stanji z in brez zdravil.

Meta-analiza 27 študij je pokazala na tesno povezanost med bolnikovim obsegom sledenja navodilom in njegovo percepcijo bolezni. Resneje, ko vidi bolnik pojav bolezni, skrbneje sodeluje pri njenem zdravljenju. Ugotovili so, da v primeru velike zaskrbljenosti lahko bolniki celo prekoračujejo predpisane odmerke zdravil (angl. overuse), za razliko od situacij, ko jih je strah neželenih učinkov zdravila in je ta strah večji kot tisti zaradi ukinitve terapije oziroma predstave o resnosti bolezni. V takih primerih lahko pričakujemo zniževanje predpisanega odmerka zdravil, angl. underuse (6, 7, 8).

Kaj od tega lahko spremenimo in kako?

Raziskovalci razloge za bolnikovo ne-sodelovanje pogosto odkrivajo v načinu posredovanih informacij na eni ter vzpo-

stavljenim odnosom zdravnik-bolnik na drugi strani ter pri tem izpostavljajo pomen bolnikovega zaupanja in partnerskega odnosa zdravnika z bolnikom (14, 15, 16).

Če izhajamo iz ugotovitev, da je za bolnikovo sodelovanje pomemben način informiranja, pri čemer je razen zdravniške, pomembna tudi vloga farmacevta, je potrebno izpostaviti tudi priporočila v tej zvezi. Poudarjajo, da je bolnika v vzpostavljenem stiku že uvodoma potrebno seznaniti, o čem bo tekla beseda, nato pa ga opozoriti na pomen, ki ga imajo lahko zanj posredovane informacije in priporočila. Postopek naj se odvija v kratkih, jasno formuliranih stavkih, s povzetki vseh pomembnejših sporočil. Po njihovem mnenju je priporočljivo taka sporočila ponoviti in jih po možnosti tudi opredeliti s primeri, kako jih v vsakdanjem življenju uresničiti. Zlasti v primeru starejših oseb je pomembno preveriti, kako jih je bolnik razumel, za povrh pa mu na koncu posredovati ob ustnih še pisna navodila.

Menijo, da naj bolnik dobi v takem kontaktu možnost izraziti svoje pomisleke, pričakovanja in skrbi, in to ne le tista povezana z boleznijo, pač pa tudi z načini zdravljenja. Med takšnim posvetom, z zdravnikom ali s farmacevtom, lahko bolnik korigira neustrezne predstave o bolezni ali o zdravljenju, se osvobodi določenih pomislekov in uskladi lastna pričakovanja z realnimi možnostmi. V partnerskem odnosu z zdravnikom se uskladijo cilji, postavijo prioritete ter izberejo za obe strani odgovarjajoči načini zdravljenja. Pri tem lahko oba, zdravnik in bolnik skupaj pretrese morebitne zadržke, in to z ene ali druge strani, poišče pa tudi načine, kako jih preseči in med seboj uskladiti.

Razen ustrezno posredovanih informacij, je v odnosu zdravnik-bolnik oz. farmacevt-bolnik, pomembna tudi ustrezno delovna klima. V prvi vrsti naj bolnik občuti, da ga druga stran sprejema kakršen je, da ga kot takšnega razume, predvsem kaj pomenita zanj bolezen in zdravljenje, z vsemi posledicami vred. Ko tudi v neverbalnih znamenjih prepozna znake empatije ter pripravljenosti na podporo in pomoč ter ima možnost vprašati in v tej zvezi prejeti razumljivo pojasnilo, mu vzpostavljen kontakt z zdravnikom ali farmacevtom odpre možnosti participacije v odločitvah, pomembnih zanj in njegovo zdravljenje.

Poudarjajo, da ima pozitivne učinke na bolnika in njegovo sodelovanje topel, skrben, spoštljiv odnos, odnos brez znamenj napetosti tudi v neverbalnem vedenju. Pomembni dejavnik, ki spodbuja delovno klimo in krepi bolnikovo sodelovanje je, kot poudarjajo, **bolnikova možnost sodelo-**

čanja. Pojasnjujejo, da aktivno vlogo bolnika spodbuja zdravnik ali druga profesionalna oseba, takrat, ko se bolniku namesto vprašanj zaprtega tipa postavlja odprta vprašanja. Če bolnik ni porinjen v položaj, da na vprašanja le stereotipno odgovarja z DA ali NE, pač pa lahko tudi sam kaj vpraša oziroma se ga pri tem, kar izpove ne prekinja, pač pa po možnosti le usmerja, v takih primerih lahko bolnik v odnosu z zdravstvenim osebjem razvije sodelujoč odnos. Ko s pomočjo zdravnikovih informacij in razlage dobi ustrezen pregled nad tem, s čim naj računa, čemu se odpovedati, na kaj se prilagoditi, lažje sprejme svojo novo situacijo in se osvobodi tudi velikega dela svojih bojzani in skrbi glede prihodnosti. Občutja anksioznosti, sprožena z boleznijo in njenim zdravljenjem, lažje izrazi. Razen tega pa mu vzpostavljen nadzor nad novo življenjsko situacijo ter vzpostavljen partnerski odnos z zdravnikom, ali drugo profesionalno osebo v zdravstvu, omogočita, da ne zdrsne v pasivnost, pač pa ohrani do lastne pozicije in nastalih težav aktivno vlogo (14, 15, 16).

Kako bolnika pripraviti na potrebne spremembe?

Številni avtorji s področja, o katerem pišemo, med njimi Miller, Lane in Rollnick, (2009) menijo, da z izmenjavo informacij in z upoštevanjem načel **motivirajočega pogovora** (angl. Motivational Interviewing, MI) lahko spodbudimo bolnika, da začne odgovorneje razmišljati pa tudi ravnati v zvezi s svojo boleznijo in njenim zdravljenjem. To večkrat vključuje tudi nujne spremembe v njegovih vedenjskih vzorcih, v ustaljenih navadah in sploh v njegovem načinu življenja. Za te je sicer odgovoren vsak bolnik sam, a je naloga zdravstvenega osebja, da ga pri tem spodbudi in podpre. Tehnika MI velja za posebno tehniko sporazumevanja, ki izhaja iz bolnikove pozicije, iz njegovih potreb, pričakovanj, prepričanj, predstav. Z odpiranjem in obravnavo bolnikovih zadržkov, ki jim botrujejo nezaupanje, dvom ali pa neodločenost, ambivalentni odnos torej, bolniku ne le da omogočimo ekspresijo teh vsebin, pač pa mu s tem odpremo tudi boljšo možnost nadzora nad samim seboj. Zelene spremembe v njegovem razmišljanju, ravnanju in hotenju ne dosegamo z zunanji pritiski, torej tako, da bi mu rešitve vsiljevali, ga poučevali, opominjali ali celo prepovedovali in mu grozili (eksternalna motiviranost), pač pa prav obratno. S spodbujanjem njegovih interesov, tudi takih, ki se vežejo na potrebne spremembe, s postavljenimi cilji in upoštevanimi realnimi možnostmi spodbujamo bolnikovo internalno, lastno motiviranost za učinkovito zdravljenje. Takšno, motivirajoče sporazumevanje je zasnovano na C. Rogersovi teoriji (1959), a se od tradicionalne, k bolniku

usmerjene, ne-direktivne obravnave razlikuje po tem, ker je direktivno, naravnano k točno določenih ciljev. Odnos z bolnikom je osvobojen slehernega moraliziranja, v pogovoru, ki ga vodimo z njim ni prostora za vrednostne sodbe ali lahkotno izrečene nasvete. Terapevt v nobenem primeru bolnika ne postavlja na zatožno klop, v njem ne vzbuja občutij krivde. Tudi ga ne sili k odgovorom tipa DA in NE, saj bi s tem zapiral prostor za pogovor z njim, pač pa mu postavlja odprta vprašanja. Zmožnost empatije mu izkazuje preko pozornega poslušanja, a tudi posredovanih povratnih sporočil ali povzemanja pomembnih delov njunega pogovora. Posredno ga sooča s tistimi deli njegovih izjav, v katerih se zrcalijo pomembna razhajanja med njegovimi željami, vrednotami, stališči in pričakovanji na eni in utirjenimi vedenjskimi vzorci na drugi strani. Tako mu postopno omogoča boljši vpogled v lastno situacijo, predvsem pa v izvore lastne neizpoljenosti in občutja nezadovoljstva. V bistvu je motivirajoč pogovor zasnovan na naslednjih petih načelih:

- v razgovoru, osvobojenem vrednostnih sodb se zrcali terapevtova zmožnost empatičnega odnosa, spoštovanje bolnikove potrebe po razumevanju;
- terapevt posluša in povzema bolnikova sporočila, v katerih se zrcalijo razhajanja med njegovimi stališči, pričakovanji in ravnanjem, s čimer krepi njegovo ozaveščenost - bolnik lažje prepozna razhajanja med cilji in svojim konkretnim ravnanjem;
- terapevt se izogiba soočenju in bolnika ne usmerja k akciji, če bolnik še ni zrel in notranje dovolj čvrst za potrebne spremembe;
- terapevt se zaveda bolnikovih nezavednih odporov, zaradi česar se v pogovoru z njim izogiba intervencijam, ki bi v bolniku izzvale potrebo po samoobrambi, saj bi to onemogočilo njegovo sodelovanje in napredovanje terapevtskega procesa.
- terapevt spodbuja bolnikove potencialne, njegovo samozaupanje, v njem krepi optimizem, da je spremembe mogoče izpeljati (17, 18).

Kot osnovna izhodišča za obravnavo kroničnih bolnikov veljajo načela, združena v konceptu **samonadzora** (angl. Self-management concept, 2003). Loring in Holman (19) govorita o treh glavnih področjih samonadzora, ki ga je potrebno v stiku z bolnikom spodbujati:

- bolnik naj se usposobi za nadzor nad simptomi in potekom svoje bolezn (obvladovanje bolezni),
- bolnik naj ohrani oziroma razvija zmožnost obvladovanja različnih življenjskih vlog in njihovih dnevnih zahtev – na primer partnerske odnose, starševsko odgovornost, dru-

žinsko povezanost, a tudi zahteve poklicne vloge, pričakovanja sodelavcev, prijateljev, itd. (obvladovanje življenjskih vlog),

- zmožnost spoprijemanja z različnimi čustvenimi stanji, zlasti negativnimi kot so strah, žalost, jeza, itd. (obvladovanje čustev).

Toda taka sposobnost upravljanja s samim seboj se vselej razvija postopno in se tudi pri posameznem bolniku ne more razviti čez noč. Na to opozarjajo Hibbardova in sodelavci, ko pravijo, da se proces ozaveščanja in s tem tudi pričakovana avtonomnost bolnika, razvija preko štirih faz, ki jih je v vzpostavljenem kontaktu z bolnikom vselej potrebno upoštevati (20):

V prvi razvojni fazi je posameznik, ki se ne zaveda pomena lastne odgovornosti za samega sebe, za svoj življenjski položaj in zdravje ter še vedno verjame, da je sam lahko pasivni subjekt zdravstvene oskrbe (sem sodi okrog 12 odstotkov bolne populacije, stare več kot 45 let). V drugi fazi se posameznik po njihovem mnenju sicer zaveda odgovornosti zase in za svoje zdravje, a tega zaradi neznanja, slabe splošne razgledanosti ter v tej zvezi pomanjklivega rezoniranja, ni zmožen uresničiti (primer: negativen odgovor na »Vem za različne načine, kako obvladati svoje stanje«; sem sodi okrog 29 odstotkov bolne populacije, stare več kot 45 let).

V obeh prvih dveh razvojnih fazah je mogoče najti nekaj več kot 40 odstotkov vseh kroničnih bolnikov. Ti na tem nivoju navadno običijo in postanejo ujetniki lastne pasivne naravnosti, posledično pa tudi slabšega zdravstvenega stanja.

V tretji razvojni fazi posameznik sicer obvlada potrebna videnja, a mu za pravi prehod od želja k ustreznejšemu ravnanju manjka zaupanje v samega sebe in v svojo zmožnost spoprijeti se s spremembami in pri teh seveda tudi primerno vztrajati (primer: negativen odgovor na »Zmožen sem vztrajati pri spremembah načina življenja, da si zagotovim zdravje«; v tej skupini je 37 odstotkov bolne populacije, stare več kot 45 let).

Šele v zadnji, četrti fazi lahko govorimo o posamezniku, ki je na osnovi samozavedanja dosegel določene spremembe, okreplil zaupanje vase in v novo nastale okoliščine. A tudi ta subjekt še potrebuje pomoč. Podporo in pomoč potrebuje zlasti v obdobjih morebitnih novih pretresov kot je nov, nepričakovan bolezenski zagon ali, ko zaradi po-

slabšan življenjskih razmer, dodatnih stresov opušča nove vedenjske vzorce. Sicer pa so ti bolniki v odnosu do lastnega zdravja proaktivno naravnani ter so navadno tudi zares v stanju boljšega vsesplošnega počutja in zdravja (primer: odgovor na »Verjamem, da zmorem vztrajati pri doseženih spremembah v načinu življenja, kot so dietne spremembe in telesne vaje, tudi v času povečanega stresa«; sem sodi 22 odstotkov bolne populacije, stare več kot 45 let).

5 SKLEP

Z ustreznim sporazumevanjem, in še zlasti z vzpostavljenim partnerskim odnosom, lahko bolnika spodbudimo k sodelovanju, tako v primeru, ko naj upošteva priporočila v zvezi z rabo zdravil, kot tedaj, ko bi naj spreminjal neustrezne vedenjske vzorce, opuščal zdravju škodljive navade oziroma korenito preoblikoval svoj dotedanji življenjski slog. Pomembno vlogo v izkazani podpori in pomoči ima ob zdravniku prvega kontakta gotovo tudi farmacevt-svetovalec. Ta lahko s primernim posredovanjem navodil razreši nepoučenega ali ambivalentnega bolnika negotovosti, strahu ali skrbi, hkrati pa s primernimi strategijami posredovanih informacij pomaga tudi tistim, navadno starejšim bolnikom, ki bi zaradi telesnih (okvare vida, sluha, kognitivni upad, omejena gibljivost, fino-motorika) ali psiholoških razlogov (nerazumevanje pomena zdravil, nizka motiviranost, depresija, zasvojenost) opuščali predpisano terapijo ali jo jemali v neskladju s priporočili. Z načeli aktivnega poslušanja in elementi empatičnega pristopa lahko v kontaktu z bolnikom v lekarniški praksi pomembno prispeva k učinkovitemu zdravljenju in ohranjanju kvalitete življenja bolnika, ki ga pesti ena od kroničnih bolezni. Verjetno ni potrebno posebej izpostavljati, da s tem prispeva svoj delež k krepitvi bolnikove odgovornosti do lastnega zdravljenja, doprinese k racionalnejši rabi sredstev, namenjenih zdravljenju kroničnih bolezni nasploh, prida pa tudi nov smisel in razlog za osebno izpolnjenost z lastno poklicno vlogo.



6 LITERATURA

1. Kaptein A, Weinman J. *Health Psychology*. Malden, Oxford, Carlton: Blackwell Publishing, 2004.
2. Friedman HS. *The Oxford Handbook of Health Psychology*. New York: The Oxford University Press, 2011.
3. Taylor SE. *Health Psychology*. 3th edit. Singapore: Mc Graw-Hill International Editions, 1995.
4. Rakovec-Felser Z. *The Biopsychosocial Model of Treatment the Chronic Ill Persons*. Saarbrücken: Lambert Academic Publishing, 2013.
5. The WHOQoL Group. *The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQoL): Development and General Psychometric Properties*. *Soc Sci Med* 1998; 46 (12): 1569-1585.
6. Otsuki M, Clerisme-Beaty E, Rand CS, and Riekert KA. *Measuring Adherence to Medication Regimens in Clinical Care and Research*. In: Shumaker SA, Ockene JK, and Riekert KA (Eds). *Handbook of Health Behavior Change*, 3th edit. New York: Springer Publishing Company, 2009: 309-325.
7. Griswold L, Murray J, Corrado P. *Medication Adherence and Compliance: Uncontrolled Variables in Psychiatric Drug Trials*. *Adv Pharmacoeconom Drug Safety* 2012; 1:107.doi:10.4172/2167-1052.1000107.
8. Di Matteo RM. *Expectations in the physicians-patient relationship: Implications for patient adherence to medical treatment recommendations*. In Blanck PD (ed). *Interpersonal Expectations, Theory, Research and Applications*. Cambridge: Cambridge University Press, 1993: 296-315.
9. World Health Organization. *Adherence to long-term therapies—evidence for action 2003*. Dostopno: www.who.int/chronic_conditions/en/adherence_report.pdf. 2003. 16.3.2014.
10. Osterberg L and Blaschke T. *Adherence to Medication*. *N Engl J Med* 2005; 353:487-497.
11. Williams SL, Di Matteo MR. *Psychosocial Barriers to Adherence and Life Change*. In: Shumaker SA and Ockene JK, and Riekert KA (Eds), *Handbook of Health Behavior Change*, 3th edit. New York: Springer Publishing Company, 2009: 445-463.
12. Mount DL. *Does Cognition Influence Type 2 Diabetes-Related Adherence?* In: Shumaker SA and Ockene JK, and Riekert KA (Eds), *Handbook of Health Behavior Change*, 3th edit. New York: Springer Publishing Company, 2009: 693-707.
13. Broekmans S. *Medication adherence in patients with chronic non-malignant pain: an exploratory study*. PhD thesis in Biomedical Sciences. Leuven, 2011:29-147.
14. Noble LM. *Doctor-patient communication and adherence to treatment*. In: Myers LB and Midence K (eds). *Adherence to Treatment in Medical Conditions*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers, 1998: 51-82.
15. Levesque A, Han Z Li, Jasrit S, Pahal JS. *Factors Related to Patients' Adherence to Medication and Lifestyle Change Recommendations: Data from Canada*. *Inter J Psychol Studies* 2012; 4 (2): 42-55.
16. Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P, and Denekens J. *Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review*. *J Clin Pharm Ther* 2001; 26: 331-342.
17. Lane, C.A. and Rollnick, S. (2009). *Motivational Interviewing*. In: Shumaker SA and Ockene JK, and Riekert KA (Eds), *Handbook of Health Behavior Change*, 3th edit. New York: Springer Publishing Company, 2009: 151-168.
18. Osborne, TL, Raichle KA, Jensen, MP. *Psychologic Interventions for Chronic Pain*. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2006; 17: 415-433.
19. Holman H, Lorig K. *Patients as partners in managing chronic disease. Partnership is a prerequisite for effective and efficient health care*. *BMJ* 2000; 320:526-527.
20. Hibbard JH, Mahoney ER, Stock R, Tusler M. *Do Increases in Patients Activation Result in Improved Self-Management Behaviour?* *Health Serv Res* 2007; 42 (4): 1443-1463. doi: 10.1111/j.1475-6773.2006.00669.x. 16.3. 2013.