

Adherencia a nonadherencia

Liečba a monitorovanie chronických ochorení a zodpovednosť za ne by mala byť prvotne na pacientovi a jeho schopnosti dodržiavať terapeutické odporúčania.

Adherencia predstavuje schopnosť pacienta dodržiavať odporúčaný liečebný režim a odporúčania lekára, odráža nevyhnutnosť aktívneho zapojenia pacienta do procesu liečby, pri ktorom je pacient zároveň motivovaným spolupracovníkom, ktorý rozumie významu dodržiavania odporúčaní (6). Poznáme viacero faktorov, ktoré určujú adherenciu k liečbe (14). Hlavným predpokladom úspechu pri zlepšovaní pacientovej adherencie je porozumieť ochoreniu, jeho dôsledkom a princípom liečby ochorenia. Edukácia prináša lepšie výsledky, ak sú pri jej realizácii využité pomôcky (napr. tlakomer, edukačné listy, postery, audiovizuálne elektronické pomôcky – video, počítač, CD nosiče, internetové zdroje a uzavretý televízny okruh), ak je opakovaná a prispôbena danému pacientovi. Do edukácie je ideálne zapojiť aj ďalších členov zdravotníckeho tímu – nezastupiteľná je úloha sestry. Bez toho, aby pacient porozumel svojmu ochoreniu, jeho dôsledkom v prípade neliečenia a možnostiam liečby, je šanca na dobrú spoluprácu s ním minimálna (8).

Václavík (2017) uvádza, že na dosiahnutie spolupráce s pacientom je dôležité:

- vybudovať vzťah lekár – pacient založený na dôvere a komunikácii,
- zrozumiteľne vysvetliť pacientovi riziká ochorenia a zásady terapie,
- voliť jednoduché terapeutické schémy s dobrou znášanlivosťou a účinnosťou,
- jasne inštruovať pacienta o liečbe,
- informovať pacienta o úspechoch terapie aj o ekonomických aspektoch liečby,
- vyjadriť záujem o hodnotenie liečby pacientom,
- realizovať kontroly TK v domácich podmienkach.

Adherenciu k liečbe hypertenzie je možné zlepšiť intervenciami zo strany lekára, pacienta, farmakologickej liečby aj zo strany zdravotného systému (1).

Zo strany lekára je dôležité informovať pacienta o rizikách ochorenia a výho-

dách liečby, vysvetliť pacientovi liečebnú stratégiu, ktorej cieľom je dosiahnutie optimálnej kontroly TK, poskytnúť pacientovi informačné a edukačné materiály v tlačenej alebo elektronickej podobe, prípadne na webových stránkach, podporovať pacientovu sebadôveru, posúdiť a riešiť prekážky adherencie, spolupracovať s ďalšími zdravotníckymi pracovníkmi – zdravotné sestry, farmaceuti. Najdôležitejšou možnosťou zlepšenia adherencie je snaha o motiváciu chorého s vysvetlením žiaducich a nežiaducich účinkov liekov a poučenie o dôsledkoch nedodržiavania odporúčaní. Zároveň je potrebné zvoliť také postupy, ktoré bude pacient akceptovať (2, 3).

Zo strany pacienta je potrebné realizovať domáce meranie TK, využívať skupinovú terapiu, používanie pripomienok na užitie liekov, získať podporu zo strany rodiny, spoločnosti aj zdravotníckych pracovníkov, zabezpečiť dostupnosť liekov na pracovisku, realizovať self-manažment s využitím jednoduchých systémov vedenia (9).

Na úrovni farmakologickej liečby ide o zjednodušenie terapeutického režimu a uprednostnenie fixných kombinácií, pripomienky na vyzdvihnutie balení liekov (19). Jednoduchým nástrojom na zvýšenie adherencie je používanie už spomínaných fixných kombinácií. Preukázalo sa, že pacienti užívajúci fixnú kombináciu v jednej tablete majú o 21 % lepšiu adherenciu, ako pacienti, ktorí užívajú voľné kombinácie jednotlivých antihypertenzív. Fixné kombinácie zároveň podporujú aj perzistenciu k liečbe (15).

Z hľadiska zdravotného systému je nutné zaistiť rozvoj monitorovacích systémov, kontroly, telemonitoring domáceho TK, finančnú podporu na základe spolupráce medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, úhradu liekov zo zdravotného poistenia, vývoj vnútroštátnych databáz spolu s údajmi o preskripcii liekov, dostupnosť liekov (9). Adherenciu pacientov s hypertenziou k liečbe zvyšuje aj funkčné rodinné zázemie alebo sociálna podpora pacienta (2). Rodinní príslušníci sú vítanou pomocou a sú neoddeliteľnou súčasťou dosiahnutia úspechu liečby. Už vo fáze edukácie zastávajú dôležitú motivačnú úlohu (3). Ak je pacient obklopený starostlivými členmi rodiny, ktorí preukážu ochotu prevziať

na seba časť zodpovednosti za dodržiavanie odporúčaní, tak je aj pravdepodobnosť adherencie pacienta k liečbe vyššia než v prípade, keď je pacient na všetko sám (16).

Význam adherencie v liečbe arteriálnej hypertenzie

Adherencia k medikamentóznej liečbe je dynamický proces meniaci sa v čase. Pozostáva z 3 hlavných fáz: **iniciácia, implementácia a ukončenie liečby**. Iniciačná fáza je čas trvajúci od predpísania lieku až po užitie prvej dávky. Implementácia dávkovacieho režimu je miera, do akej zodpovedá skutočné dávkovanie, užívanie liekov pacientom predpísanému režimu dávok. Za dobrú adherenciu sa považuje približne 80 % adherencia k predpísaným dávkam liekov u jedného pacienta. Poslednou fázou je ukončenie liečby, keď pacient vynechá liečebnú dávku a následne preruší liečbu. Tento parameter umožňuje hodnotiť **tzv. perzistenciu (trvácnosť, stálosť)**, t. j. časové obdobie medzi začatím liečby a poslednou dávkou bezprostredne pred prerušením liečby (17, 18). Adherencia k medikamentóznej aj nefarmakologickej terapii hypertenzie pozitívne vplyva na kvalitu života pacientov, zabraňuje vzniku KV príhod. Pacienti s vyššou mierou adherencie k liečbe majú kvalitu života v porovnaní s pacientmi s nízkou adherenciou. Existujú podstatné medzery v pravidelnom užívaní antihypertenzív, ktoré sú spojené aj s poznatkami pacientov o antihypertenzívach (19). Sudharsanan et al. (2021) realizovali štúdiu v meste Chennai v Indii, ktorá skúmala informovanosť pacientov s arteriálnou hypertenziou, dodržiavanie liečby a dôvody prerušenia liečby. Do štúdie bolo zapojených 833 dospelých vo veku nad 30 rokov s diagnostikovanou arteriálnou hypertenziou. Asi 28 % pacientov uviedlo, že neužívali medikáciu denne, pričom 18 % tvorili jedinci, ktorí terapiu prerušili. Ako hlavný dôvod nepravidielného užívania liekov uviedli návrat hodnôt TK do normálu. Iba 23 % pacientov si uvedomovalo, že najefektívnejším spôsobom liečby hypertenzie je pravidelné užívanie predpísanej medikácie. 43 % pacientov zastávalo názor, že antihypertenzíva by sa mali z času na čas vysadiť. Títo pacienti mali aj menšiu pravdepodobnosť pravidelného denného užívania farmák (20).