

Spis treści	
Polskie	1
Zagraniczne	11
KOMUNIKACJA.....	35

COMPLIANCE / ADDHERENCE

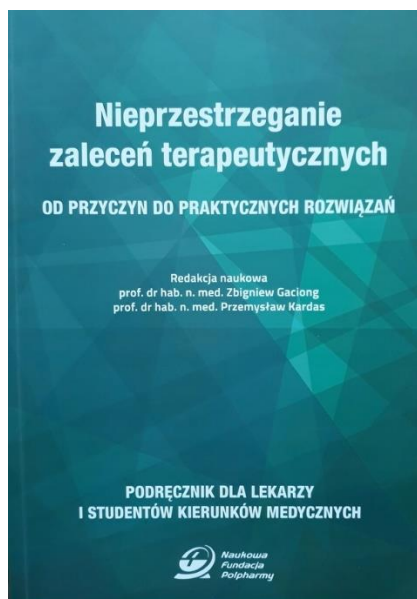
Polskie



WSPÓŁPRACA Z PACJENTAMI I ICH RODZINAMI - W TROSCE O PRZESTRZEGANIE ZALECEŃ TERAPEUTYCZNYCH. KATALOG ICNP, 2010

Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych działa przeciw staraniom podejmowanym przez system opieki zdrowotnej, jego pracowników, decydentów, dotyczącym poprawy stanu zdrowia ludności. Wywołuje komplikacje medyczne i psychologiczne, pogorszenie jakości życia pacjentów, zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia odporności na leki, jest marnowaniem zasobów publicznych, niszczy zaufanie społeczeństwa i wiarygodność systemów opieki zdrowotnej.

Niektóre z tych czynników są zależne od pacjenta, inne od leku, jeszcze inne od pracowników ochrony zdrowia. Np. niski status społeczno-ekonomiczny to czynnik powiązany z pacjentem wpływający negatywnie na przestrzeganie zaleceń, a efekty uboczne terapii farmakologicznej są powiązane z terapią. Mając na uwadze tak skomplikowane powiązania czynników wpływających na przyjmowanie leków, konieczne jest udzielanie pacjentom wsparcia, a nie obwinianie ich.



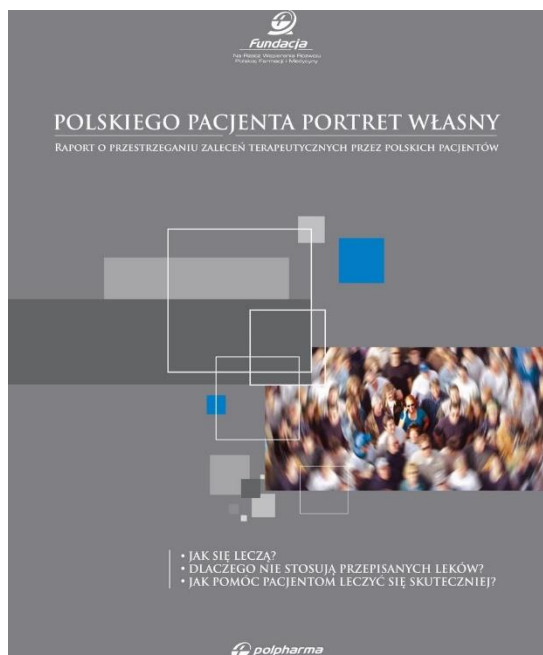
NIEPRZESTRZEGANIE ZALECEŃ TERAPEUTYCZNYCH OD PRZYCZYŃ DO PRAKTYCZNYCH ROZWIĄZAŃ PODRĘCZNIK DLA LEKARZY I STUDENTÓW KIERUNKÓW MEDYCZNYCH, 2015

Naukowa Fundacja Polpharmy

Redakcja naukowa prof. dr hab. n. med. Zbigniew Gaciong prof. dr hab. n. med. Przemysław Kardas

Leczenie chorób przewlekłych wymaga od pacjenta rzetelnej wiedzy, zaufania do specjalistów w zakresie medycyny, woli życia i wiary w skuteczność terapii, cierpliwości oraz dyscypliny. Wyniki badań, w tym prowadzonych przez Naukową Fundację Polpharmy, wskazują na niedostatek wiedzy w społeczeństwie o chorobach przewlekłych i czynnikach wspierających skuteczność terapii. Ten brak wiedzy nie pozwala pacjentom świadomie uczestniczyć w ustalaniu procesu terapii i osłabia ich motywację do przestrzegania zaleceń terapeutycznych. Naukowa Fundacja Polpharmy była pierwszą instytucją w Polsce, która postanowiła zwrócić uwagę na problem nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych podczas leczenia chorób przewlekłych – środowiska naukowego, profesjonalistów medycznych oraz opinii publicznej. Ufamy, że przekazany Państwu podręcznik będzie pomocny w lepszym rozumieniu konsekwencji nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych, a zawarte w nim praktyczne wskazówki ułatwią Państwu komunikację i negocjacje z pacjentem w celu ich ograniczenia. Zarząd Naukowej Fundacji Polpharmy bardzo dziękuje wszystkim osobom zaangażowanym w przygotowanie do druku publikacji, autorom, członkom władz Fundacji oraz wydawnictwu. Szczególne podziękowania kieruje do zarządu Polpharmy za finansowe wsparcie, bez którego wydanie tego podręcznika nie byłoby możliwe.

Zarząd Naukowej Fundacji Polpharmy



POLSKIEGO PACJENTA PORTRET WŁASNY, Raport o przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych przez polskich pacjentów, 2010

Prezentujemy wyniki badania na temat przestrzegania zaleceń terapeutycznych przez polskich pacjentów (*compliance*). Badanie zrealizowała agencja badawcza Pentor Research International na zlecenie Fundacji na rzecz Wspierania Rozwoju Polskiej Farmacji i Medycyny. Raport zawiera także wstępne wnioski dr. hab. Przemysława Kardasa z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, koordynatora badań prowadzonych w ramach projektu ABC („Ocena barier na drodze do przestrzegania zaleceń terapeutycznych w celu osiągnięcia bezpiecznego, skutecznego i efektywnego kosztowo użycia leków w Europie”) finansowanego przez UE. Profesorowie: Zbigniew Gaciong z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego i Piotr Kuna z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi przedstawiają ponadto, jak z problemem *compliance* próbuje zmagać się świat nauki. Warto podkreślić, że Fundacja jako pierwsza instytucja w Polsce kompleksowo zainteresowała się problemem *compliance* zarówno od strony naukowej – finansując konkurs na projekt badawczy w tej dziedzinie, jak i społecznej – badania opinii społecznej (Pentor). Pogłębiona analiza wyników przeprowadzonych badań powinna wskazać kierunek działań, które należy podjąć w celu ograniczenia zjawiska braku systematyczności leczenia zgodnie ze wskazaniem lekarskim. Naszym zdaniem na pewno warto rozważyć wprowadzenie zmian do programu szkolenia studentów i absolwentów medycyny w sztuce komunikacji, motywacji, negocjacji z pacjentem chorym przewlekle. Dobre relacje lekarz-pacjent przekładają się na stopień zaufania pacjenta do lekarza. A badania wskazały zaufanie jako czynnik silnie motywujący pacjenta do systematycznego leczenia.

Zarząd Fundacji na rzecz Wspierania Rozwoju Polskiej Farmacji i Medycyny

W tym raporcie pojawia się bardzo fajna tabelka, może można by było ją gdzieś umieścić – ogólnie raport jest bardzo ciekawy i wyczerpujący



Ocena poprawy skuteczności leczenia i współpracy pacjent–lekarz u chorych na nadciśnienie tętnicze stosujących złożone preparaty hipotensyjne, 2012

Joanna Dziwura-Ogonowska, Tomasz Miazgowski, Jacek Głowała, Anna Piekarska, Rafał Jurago, Andrzej Tykarski, Krystyna Widecka

Wstęp Celem pracy była ocena skuteczności terapeutycznej i współpracy pacjent–lekarz u chorych na nadciśnienie tętnicze leczonych złożonymi preparatami hipotensyjnymi.

Materiał i metody Badanie zaprojektowano jako otwarte, nieinterwencyjne, obserwacyjne, wielośrodkowe. Zostało przeprowadzone przez 354 lekarzy i objęło 4635 pacjentów z nadciśnieniem tętniczym, rozpoczynających leczenie złożonym preparatem hipotensyjnym. Ostatecznej analizie poddano dane 4218 badanych. Obserwacja pacjentów odbywała się podczas 2 kolejnych wizyt, w odstępie 3-miesięcznym, na których ustalano wartości ciśnienia tętniczego oraz wykonywano test Morisky’ego-Greena celem samooceny stopnia współpracy pacjenta. Decyzja lekarza o zastosowaniu konkretnego preparatu złożonego była podejmowana niezależnie od włączenia pacjenta do badania.

Wyniki Na wizycie pierwszej jedynie 161 pacjentów (3,8%) osiągało wartości ciśnienia tętniczego poniżej 140/90 mm Hg, u 4050 chorych (96,2%) nadciśnienie tętnicze było nieskutecznie leczone. Po zastosowaniu złożonych preparatów hipotensyjnych docelowe wartości ciśnienia tętniczego uzyskano u 1047 badanych (78,0%). Obserwowano również poprawę współczynnika współpracy mierzonego liczbą twierdzących odpowiedzi w teście Morisky’ego-Greena.

Wnioski Stosowanie złożonych preparatów hipotensyjnych w codziennej praktyce klinicznej pozwala skutecznie kontrolować ciśnienie tętnicze oraz poprawia współpracę pacjenta z lekarzem.

https://jms.ump.edu.pl/uploads/2013/4/294_4_82_2013.pdf

OCENA JAKOŚCI WSPÓŁPRACY LEKARZA I PACJENTA W LECZENIU NADCIŚNIENIA TĘTNICZEGO WŚRÓD POPULACJI KOBIET I MĘŻCZYŹN, 2013

ARLETA MATSCHAY, ROKSANA TUROSTOWSKA

Wstęp. Nadciśnienie tętnicze jest chorobą o podstępym i początkowo utajonym przebiegu, a jednocześnie stanowi jedną z najczęstszych przyczyn wizyt pacjentów w gabinetach lekarskich w przypadku schorzeń przewlekłych. Osiągnięcie prawidłowego efektu leczniczego uzależnione jest od wielu czynników, w tym od przestrzegania zaleceń terapeutycznych, a także poprawnych relacji pomiędzy lekarzem i pacjentem, co w konsekwencji wpływa na dobrą jakość tej współpracy.

Cel. Celem pracy było dokonanie oceny współpracy pomiędzy lekarzem i pacjentem (adherence) wśród populacji kobiet i mężczyzn leczonych z powodu nadciśnienia tętniczego.

Materiał i metody. Do badania zakwalifikowano łącznie 103 pacjentów w wieku 30–70 lat z podziałem na grupę młodszych 30–49 lat i grupę starszych 50–70 lat, leczonych za pomocą terapii hipotensyjnej od co najmniej roku. Narzędzie badawcze stanowiła autorska ankieta złożona z pięciu części, a badanie przeprowadzono na terenie jednej z przychodni miasta Szczecin i dla pacjentów było całkowicie dobrowolne i anonimowe.

Wyniki i wnioski. Na podstawie przeprowadzonego badania ankietowego wśród pacjentów stwierdzono, że jakość współpracy pomiędzy pacjentem i lekarzem nie jest zadowalająca, a grupą najgorzej współpracującą były kobiety w wieku 30–49 lat. Wśród czynników negatywnie oddziałujących na poziom tej współpracy można wskazać: brak objawów choroby, często skomplikowany schemat przyjmowania leków oraz niedokładne zrozumienie zaleceń lekarskich. Wysoki poziom adherence można osiągnąć u pacjentów poprzez ich ciągłą edukację, ułatwienie dostępu do usług zdrowotnych i nawiązanie dobrych relacji pomiędzy lekarzem i pacjentem.

<https://www.ejournals.eu/Zdrowie-Publiczne-i-Zarzadzanie/Tom-12-2014/Tom-12-zeszyt-4/art/5137/>

Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych przez pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej, 2014

Przemysław Kardas

Nieprzestrzeganie zaleceń przez pacjenta jest jednym z głównych problemów klinicznych w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej. Pacjenci odstępujący od leczenia lub całkowicie zaprzestający terapii narażają się na pogorszenie stanu zdrowia, dodatkowe koszty, a niekiedy nawet śmierć. Mimo to średnio jeden na dwóch chorych przewlekłe nie stosuje się do zaleceń terapeutycznych. Nieoczekiwanie podobnie jest w przypadku ostrych chorób objawowych,

takich jak infekcje. Nieprzestrzeganie zaleceń przez pacjenta wiąże się z częstszymi wizytami u lekarza, większą liczbą powikłań i nieskutecznością terapii. W artykule przedstawiono kompleksowy przegląd przyczyn i konsekwencji niestosowania się do zaleceń terapeutycznych, a także metod, jakie mogą zastosować lekarze rodzinni w celu poprawy przestrzegania zaleceń terapeutycznych u swoich pacjentów.

https://journals.viamedica.pl/choroby_serca_i_naczyn/article/view/45491/37756

Jak poprawić stopień przestrzegania zaleceń terapeutycznych i jakość współpracy lekarz–pacjent?, 2016

Michał Winnicki, Krzysztof Basiński, Anna Szyndler, Marzena Chrostowska, Krzysztof Narkiewicz

Dobra współpraca lekarza z pacjentem jest bardzo ważnym elementem leczenia, zwłaszcza w przypadku chorób przewlekłych. Dotychczasowe badania prowadzone przez Światową Organizację Zdrowia wskazują, że przeciętnie co drugi chory nie przestrzega prawidłowo zaleceń terapeutycznych. W Polsce odsetek ten jest jeszcze wyższy i w przypadku niektórych chorób sięga ponad 70%. Co ważne, wyniki te opierają się przede wszystkim na deklaracjach pacjentów uzyskanych na podstawie kwestionariuszowych narzędzi badawczych, zatem w praktyce odsetek chorych niewspółpracujących w sposób prawidłowy może być jeszcze większy. Przyczyny tego zjawiska leżą zarówno po stronie pacjentów, jak i pracowników służby zdrowia. Na chorych najbardziej wpływają czynniki psychologiczne oraz społeczno-ekonomiczne. Do tych pierwszych należy zaliczyć przede wszystkim funkcjonowanie poznawcze, satysfakcję z życia, osobowość, poczucie kontroli oraz stan psychiczny. Druga grupa wiąże się przede wszystkim z sytuacją materialną, jednak — jak pokazują cykliczne badania w polskiej populacji — wpływ dochodów na przestrzeganie zaleceń terapeutycznych z roku na rok jest coraz mniejszy. Powody związane z opieką medyczną to przede wszystkim nieprawidłowa komunikacja z lekarzem i nieangażowanie chorego w ustalanie planu terapii. Dotychczasowe wyniki badań wskazują, jak istotna dla przestrzegania zaleceń terapeutycznych jest jakość relacji lekarz–pacjent. Pracownicy służby zdrowia powinni poznać chorego i dostosować proces leczenia do jego potrzeb i możliwości. Polepszenie współpracy można osiągnąć, prowadząc dialog motywujący i angażując chorego w ustalanie planu terapii.

https://ruj.uj.edu.pl/xmlui/bitstream/handle/item/256024/wasik_siwek_et-al_przestrzeganie_zalecen_terapeutycznych_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych w grupie pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi oraz lękowymi, 2019

Aleksandra Gorostowicz, Anna Wasik, Anna Krupa, Marcin Siwek

Niestosowanie się pacjentów do zaleceń lekarskich jest jednym z głównych wyzwań w terapii schorzeń przewlekłych – również chorób i zaburzeń psychicznych. Brak adherencji terapeutycznej może dotyczyć nawet blisko 60% chorych z depresją. Nieprzestrzeganie zaleceń zależy od szeregu czynników i jest zjawiskiem kompleksowym: może się odnosić do jednego lub kilku zaleceń, być ciągłe lub przerywane, intencjonalne lub nie. Brak adherencji prowadzi do licznych negatywnych konsekwencji, zarówno zdrowotnych, jak i społecznych. U pacjentów

z depresją może zwiększać częstość hospitalizacji i ryzyko nawrotu objawów, a ponadto wiązać się z większym nasileniem depresji, rzadszym uzyskiwaniem odpowiedzi terapeutycznej i remisji oraz niższym poziomem funkcjonowania. Wydaje się, iż jedną z przyczyn niestosowania się do zaleceń są działania niepożądane leków. W artykule przedstawiono przegląd literatury na temat tolerancji leczenia różnymi lekami przeciwdepresyjnymi. Przeanalizowano leki przeciwdepresyjne pod kątem ryzyka wywoływania tych działań niepożądanych, które w badaniach pacjenci najczęściej zgłaszali jako powód zaprzestania psychofarmakoterapii. W grupie osób z zaburzeniami lękowymi niestosowanie się do zaleceń lekarskich także jest częstym zjawiskiem, zależnym od wielu zmiennych. Znajomość czynników negatywnie wpływających na adherencję wśród pacjentów z depresją i zaburzeniami lękowymi oraz adekwatne interwencje mogą się przyczynić do poprawy wyników leczenia chorób i zaburzeń psychicznych.

<https://ptfarm.pl/pub/File/Farmacja%20Polska/2009/11-2009/02%20%20Adherence.pdf>

Zjawisko non-adherence w procesie opieki farmaceutycznej, 2009

Magdalena Jasińska, Urszula Kurczewska, Daria Orszulak-Michalak

Głównym zadaniem farmaceuty w trakcie opieki farmaceutycznej jest zapewnienie skuteczności i bezpieczeństwa stosowanej farmakoterapii. Przestrzeganie przepisanych schematów leczenia jest podstawowym czynnikiem decydującym o powodzeniu terapii. W niniejszym przeglądzie przeanalizowano czynniki przyczyniające się do występowania nieprzestrzegania zaleceń, metody pomiaru przestrzegania zaleceń i strategie potrzebne do jego poprawy, biorąc pod uwagę rolę farmaceutów i lekarzy przepisujących leki w procesie opieki farmaceutycznej.

<https://core.ac.uk/download/pdf/268444891.pdf>

Edukacja zdrowotna jako metoda poprawy realizacji programu terapeutycznego, 2010

Aldona Kubica, Anna Andruszkiewicz, Grzegorz Grzešk, Marek Koziński, Władysław Sinkiewicz, Agata Bronisz, Aleksander Goch

Zrozumienie przez chorego sensu działań diagnostycznych i leczniczych sprzyja ich akceptacji oraz zasadniczo poprawia efektywność leczenia. W edukacji zdrowotnej jest ważne, aby odbiorcom przekazywać wiedzę na temat procesu podejmowania decyzji zdrowotnych wraz z ich konsekwencjami, jednak nie należy im narzucać, jakie decyzje powinni podjąć. W ten sposób odbiorca staje się partnerem w procesie nauczania. Spośród metod edukacji należy wymienić: dokładne instruowanie pacjentów (instrukcje ustne, informacje pisemne, programy nauczania); wzmożony kontakt z pacjentami i poradnictwo (automatyczny telefoniczny, wspierany komputerowo monitoring i poradnictwo, kontrole telefoniczne, oddziaływanie na rodziny pacjentów); różne sposoby poprawy wygody leczenia (opieka zdrowotna i zaopatrzenie w leki w miejscu pracy, uproszczenie dawkowania leków); zwiększenie zaangażowania pacjentów w samokontrolę; „przypominacze” (dostosowanie schematu przyjmowania leków do codziennych nawyków pacjenta, specjalne pakowanie leków, przypominanie o wizytach kontrolnych i konieczności uzupełnienia leków); inne działania poprawiające współpracę lub nagradzające pacjenta za poprawę przestrzegania zaleceń i skuteczności leczenia (np.

dostosowanie częstości wizyt, częściowe pokrywanie kosztów aparatów do mierzenia ciśnienia tętniczego). Niezależnie od tego, jaki sposób edukacji jest wdrażany, dotychczasowe doświadczenia wykazują konieczność weryfikacji stosowanych metod oraz ich ewentualnego zróżnicowania, z uwzględnieniem do możliwości percepcyjnych pacjenta. Skuteczne prowadzenie edukacji zdrowotnej u chorych po zawale serca jest niezwykle trudne. Efektywność tego procesu zależy od wielu modyfikowalnych i niemodyfikowalnych czynników. Być może łączenie różnych metod edukacyjnych tworzących spójną całość, przy jednoczesnym doskonaleniu narzędzi edukacyjnych oraz wzmocnienie motywacji pacjentów pozwoli na osiągnięcie lepszych wyników.

https://journals.viamedica.pl/fovia_cardiologica/article/viewFile/23679/18865

Compliance, concordance, adherence w przewlekłej terapii, 2010

Aldona Kubica, Grzegorz Grzešk, Władysław Sinkiewicz, Marek Koziński, Elżbieta Grzešk, Aleksander Goch

Poważnym problemem jest nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich. Jeśli pacjent nie przyjmuje regularnie leków, oczekiwany, na podstawie dużych badań klinicznych, efekt terapeutyczny może nie zostać osiągnięty. Zaledwie około 50% pacjentów cierpiących na schorzenia przewlekłe postępuje zgodnie z zaleceniami. Ze względu na skalę tego zjawiska, nieprzestrzeganie zaleceń przez wielu chorych, poza wpływem na ich zdrowie, ma również poważne konsekwencje społeczne i ekonomiczne. Określenie „przestrzeganie zaleceń” (*compliance*) zazwyczaj zakłada pasywny udział leczonego, polegający wyłącznie na dostosowaniu się do zaleceń leczącego, co, jak praktyka pokazuje, szczególnie w leczeniu długoterminowym, często zawodzi. Chory musi być w tym procesie także stroną aktywną, a strategia leczenia powinna być wynikiem jego porozumienia z lekarzem (*concordance*). Dlatego preferowanym określeniem jest „trzymanie się planu terapeutycznego” (*adherence*). Zrozumienie przez chorego sensu działań diagnostycznych i leczniczych sprzyja ich akceptacji i zasadniczo poprawia efektywność terapii. Jedynie świadoma, partnerska współpraca obu stron może doprowadzić do zasadniczej zmiany postawy pacjenta, a często także osób z jego najbliższego otoczenia — z biernej (oczekiwania na chorobę z nadzieją, że się nie pojawi) na czynną (świadome działania mające na celu kontrolowanie stanu zdrowia i zapobieganie ewentualnym chorobom). W praktyce, niezależnie od pierwotnych intencji oraz samego znaczenia słów, terminy *compliance*, *concordance* i *adherence* są często używane zamiennie.

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=b14ca652-d486-402d-a465-feec1f6c192e%40sdc-v-sessmgr02>

KOMPLEKSOWY PROGRAM POPRAWY PRZESTRZEGANIA ZALECEŃ TERAPEUTYCZNYCH PRZEZ PACJENTÓW W WIEKU STARSZYM – STUDIUM PRZYPADKU, 2017

Krystyna Walendowicz, Przemysław Kardas

W ciągu ostatnich lat obserwuje się przyspieszony proces starzenia się populacji polskiej. Konsekwencje tego procesu prowadzą do gwałtownego wzrostu liczby osób chorujących na schorzenia przewlekłe, w tym w szczególności - pacjentów obciążonych wielochorobowością.

Wielochorobowość jest czynnikiem, przyczyniającym się do niesystematycznego leczenia, czyli do powstawania zjawiska określanego mianem nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych. Międzynarodowe badania porównawcze wskazują, że częstość nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych jest w Polsce szczególnie duża. Pomimo to, do tej pory nie wprowadzono w naszym kraju na większą skalę interwencji, mających poprawić systematyczność leczenia się pacjentów. Mając to na uwadze, w Wojewódzkim Szpitalu Rehabilitacyjnym im. S. Jasińskiego w Zakopanem postanowiono opracować i pilotażowo wdrożyć wielodyscyplinarny program poprawy przestrzegania zaleceń terapeutycznych przez pacjentów. Celem niniejszej pracy jest przedstawienie założeń, sposobu opracowania, ostatecznego kształtu oraz wyników tego programu.

Metody: Z wykorzystaniem metodologii zarządzania strategicznego, zdefiniowano główny cel operacyjny, i cele pomocnicze projektu. Do projektu włączono pacjentów w wieku 60 i więcej lat pochodzących z terenu całej Polski, trafiających w latach 2016-2017 do szpitala na cykl stacjonarnego leczenia rehabilitacyjnego, w łącznej liczebności 1.000 osób. Z wykorzystaniem elementów pracy zespołowej oraz szkoleń teoretycznych prowadzonych przez eksperta, utworzono multidyscyplinarny zespół medyczny do uszczegółowienia i wdrożenia interwencji realizowanej w ramach programu, w tym między innymi opracowano model postępowania w pracy z pacjentami w wieku starszym oraz przygotowano innowacyjne narzędzia niezbędne do realizacji projektu – ankietę ewaluacji przedszpitalnej, indywidualny plan terapii pacjenta 60+ oraz listę kontrolną do stosowania w celu poprawy przestrzegania zaleceń terapeutycznych przez każdego z realizatorów programu, a także narzędzie ankietowe pozwalające ocenić trwałość rezultatów programu.

Wyniki: Przydatność poszczególnych elementów interwencji realizowanej w ramach programu została oceniona bardzo wysoko (74,0% ankietowanych uznało interwencję realizowaną przez dietetyka jako „bardzo przydatną” lub „przydatną”, w przypadku interwencji realizowanych przez fizjoterapeutę było to – 81,3%, psychoterapeutę – 64,7%, pielęgniarkę – 76,7% oraz lekarza w zakresie terapii – 80,0%). Dodatkowo w ocenie pacjentów, którzy przystąpili do programu, zindywidualizowana terapia realizowana przez personel medyczny (dietetyka, fizjoterapeuty, psychoterapeuty, pielęgniarki oraz lekarza) pozytywnie wpływała na przestrzeganie zaleceń terapeutycznych w zakresie diety, fizjoterapii, psychoterapii, pielęgnacji i terapii lekowej. Fakt ten potwierdzają wyniki badania - pacjenci zapytani o wpływ indywidualnej pracy personelu medycznego ocenili, iż przestrzeganie zaleceń leczenia stało się dla nich „dużo łatwiejsze” lub „łatwiejsze” w odpowiednio 67,3%, 77,3%, 56,0%, 74,0% i 77,3%).

Wnioski: Opracowany w ramach niniejszego projektu kompleksowy program poprawy przestrzegania zaleceń terapeutycznych przez pacjentów w wieku starszym stanowi przykład rozwiązania problemu, jakim jest nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych przez obciążone wielochorobowością osoby starsze. Efektywność tego programu wymaga obiektywnej oceny w warunkach badania klinicznego. Program ten, ze stosownymi modyfikacjami, może być adoptowany w przypadku innych schorzeń.

https://repozytorium.ka.edu.pl/bitstream/handle/11315/24985/Milaniak_Ocena_stopnia_przestrzegania_zalecen_terapeutycznych_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y

OCENA STOPNIA PRZESTRZEGANIA ZALECEŃ TERAPEUTYCZNYCH WŚRÓD UCZESTNIKÓW UNIwersYTETU NIEGASNĄCEJ MŁODOŚCI I SZKOLEŃ DLA PACJENTÓW I ICH RODZIN, 2014

Irena Milaniak

Niestosowanie się do zaleceń dotyczących farmakoterapii i trybu życia – to świadome nieprzestrzeganie zaleceń zespołu terapeutycznego (całkowite lub częściowe, stałe lub okresowe). Zjawisko to stwarza wiele niebezpieczeństw, szczególnie w leczeniu chorób przewlekłych. Właściwe leczenie chorób cywilizacyjnych wymaga również przestrzegania zaleceń dotyczących stylu życia. Celem badania była ocena stopnia przestrzegania zaleceń terapeutycznych wśród uczestników Uniwersytetu Niegasnącej Młodości i szkoleń dla pacjentów i ich rodzin. Badania przeprowadzono wśród 66 uczestników Uniwersytetu Niegasnącej Młodości i szkoleń dla pacjentów i ich rodzin w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II. Do ich przeprowadzenia wykorzystano Zmodyfikowaną Skalę Morisky'ego oraz pytania własnego autorstwa dotyczące stylu życia, przyczyn nieprzestrzegania zaleceń oraz metod poprawiających przestrzeganie zaleceń. Badaną grupę stanowiło 14 mężczyzn i 52 kobiet. Badani ocenili stopień przestrzegania zaleceń średnio na poziomie 7,78. 66,66% zapomniało przyjąć leki, 51,51% nie przestrzegało godzin przyjmowania leków, 28,71% pomijało dawkę leku, jeżeli czuli się dobrze, a 31,81% kiedy czuli się źle. 66,66% zostało poinformowanych o działaniu leków; 81,81% nie zapomniało o przedłużeniu recepty na leki. BMI badanej grupy wyniosło średnio 26,24. 50% przynajmniej raz w tygodniu uprawia aktywność fizyczną. Wśród przyczyn nieprzestrzegania zaleceń najczęściej wskazywano utrudniony kontakt z lekarzem, obawę o niepożądane działanie leku, obawę o interakcje z innymi lekami. Do przestrzegania zaleceń badaną grupę skłoniłyby: szkolenia dla pacjentów, osobiste przekonania, tańsze leki. W badanej grupie stwierdzono niski poziom motywacji (zapominanie, nieprzestrzeganie godzin, przerywanie leczenia) przy jednocześnie dużej wiedzy. Istnieje zatem potrzeba zmiany zachowań przez szkolenia dla pacjentów za zakresu przestrzegania zaleceń terapeutycznych

https://journals.viamedica.pl/fovia_cardiologica/article/viewFile/23682/18868

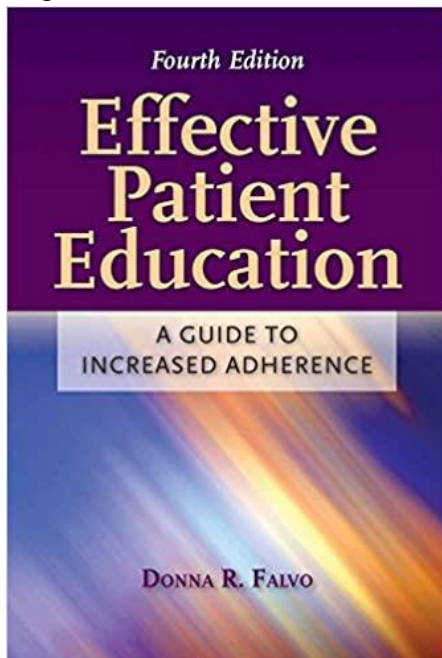
Przestrzeganie zaleceń jako element poprawy rokowania u chorych z przewlekłą niewydolnością serca, 2010

Piotr Sobański, Aldona Kubica, Władysław Sinkiewicz

Kryterium pozwalającym uznać chorego za aktywnie leczonego w badaniach wielośrodkowych jest przyjęcie przez niego co najmniej 80% należnej dawki badanego leku. Korzystnego wpływu leków udowodnionego w badaniach można więc oczekiwać, jeśli pacjenci przestrzegają zaleceń w porównywalnym stopniu. W rzeczywistości współpraca chorego wyrażona jako stosowanie się do zaleceń leczenia farmakologicznego i niefarmakologicznego wygląda znacznie gorzej. Poszukując coraz doskonalszych i bardziej skomplikowanych metod poprawy rokowania chorych z przewlekłą niewydolnością serca wydaje się, że nie doceniamy możliwości leżących w zasięgu ręki. Poprawa współpracy, prowadzenia samooceny i przestrzegania zaleceń przez chorych pozwala w wymierny sposób wpłynąć na losy pacjentów, bez ponoszenia dużych nakładów finansowych. Poprawa

staranności samoopieki, minimalizując ryzyko wystąpienia zaostrzenia niewydolności serca, zmniejsza ryzyko hospitalizacji i poprawia jakość życia chorych. W artykule omówiono najważniejsze elementy pozwalające zachęcić pacjentów do aktywnego udziału w terapii oraz poprawić współpracę z zespołem leczącym w celu osiągnięcia optymalnych wyników leczenia.

Zagraniczne



Effective Patient Education: A Guide to Increased Adherence 4th Edition, 2011

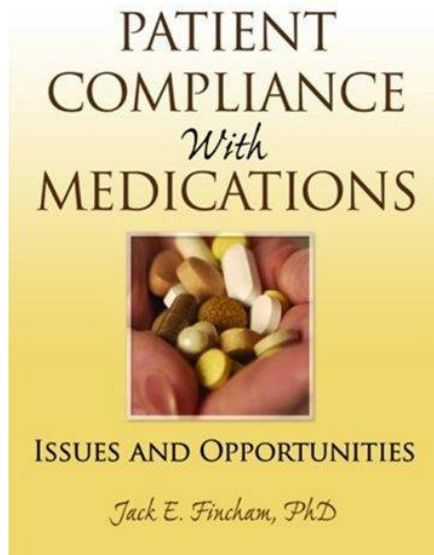
Donna Falvo

Napisane przez eksperta pielęgniarstwa i byłego przewodniczącego ds. Edukacji pacjentów Towarzystwa Nauczycieli Medycyny Rodzinnej, *Efektywna edukacja pacjenta: przewodnik po zwiększonej adherencji, wydanie czwarte* daje lekarzom narzędzia, których potrzebują, aby stać się skutecznymi edukatorami pacjentów. Wykorzystując podejście skoncentrowane na pacjencie, ten niezbędny tekst przedstawia konkretne strategie komunikowania się w sposób, który motywuje pacjentów do działania. Kluczowe znaczenie dla tego podejścia ma zrozumienie pacjenta jako partnera w procesie edukacji pacjenta. Tekst ujawnia obawy i wyzwania pacjentów, które mogą kolidować z przestrzeganiem zaleceń przez pacjentów, umożliwiając lekarzom uzyskanie wglądu w ich pacjentów i opracowanie strategii komunikacyjnych, które mogą umożliwić pacjentom pokonywanie przeszkód. Ponadto to całkowicie poprawione i zaktualizowane wydanie bada wyzwania, z jakimi mogą się spotkać lekarze w prowadzeniu edukacji pacjentów. Wykorzystując przykłady przypadków do zilustrowania kluczowych punktów, ten tekst wykracza poza teorię, oferując praktyczne zasady stosowania w prawdziwym świecie. Obejmujący kliniczne podejście do badania uznanych teorii edukacji pacjenta, podręcznik ten stanowi nieoceniony przewodnik dla studentów i profesjonalistów pielęgniarstwa.

Zawiera rozdziały dotyczące:

- Zwiększenia motywacji pacjentów

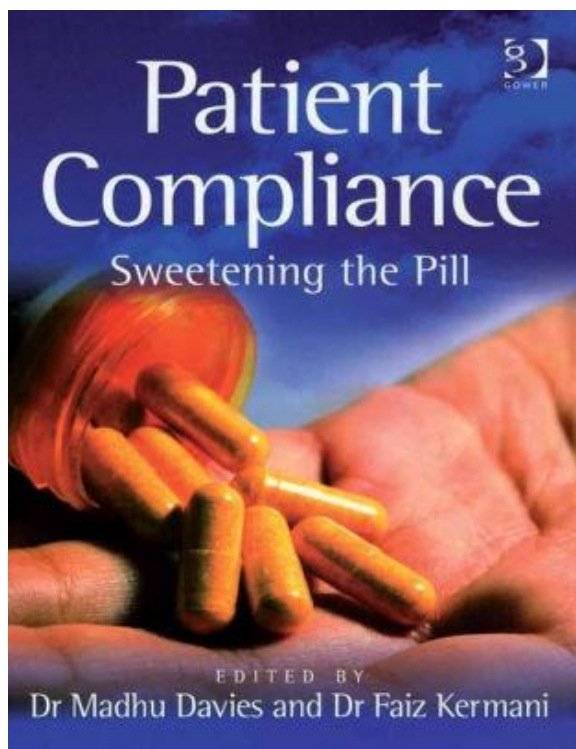
- Budowania efektywnego zespołu edukacji pacjentów
- Modelu nauczania zorientowany na pacjenta
- Pomocy instruktażowych, w tym zasobów internetowych



Patient Compliance with Medications: Issues and Opportunities 1st Edition, 2007

Jack E. Fincham

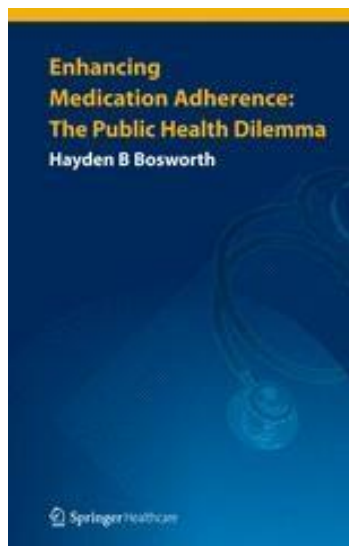
Pacjenci, którzy stosują leki dostępne bez recepty (OTC) i leki na receptę, często nie przyjmują leków zgodnie z przeznaczeniem, czasami ze szkodą dla ich zdrowia i samopoczucia. Te powszechne problemy powodują, że pracownicy służby zdrowia martwią się, jak upewnić się, że pacjenci przestrzegają zaleceń dotyczących leczenia. Podręcznik ten rozwiązuje ten trudny problem, badając szczegółowo zakres zachowań niezgodnych z przepisami, negatywny wpływ zachowania na pacjentów i całe społeczeństwo oraz praktyczne sposoby wpływania na ludzi, aby zażywali leki w celu uzyskania optymalnego zdrowia. Szanowany farmaceuta i autor Jack Fincham oraz inni znani eksperci dostarczają spostrzeżeń, zaskakujących danych i skutecznych rozwiązań dla wyzwania, z którym borykają się prawie wszyscy pracownicy służby zdrowia. Pacjenci często używają leków z różnych źródeł, co utrudnia monitorowanie ich używania. Inne problemy mogą również wpływać na zdrowie pacjenta, na przykład pożyczanie przez pacjenta leków od rodziny lub przyjaciół, a nawet ich nie przyjmowanie w ogóle, ponieważ nie jest w stanie za nie zapłacić. Wiodące autorytety opisują zakres przyczyn zachowania pacjenta i przedstawiają praktyczne strategie, które uderzają w źródło problemu. Dołączone są również pomocne tabele, rysunki i obszerne odniesienia.



Patient Compliance: Sweetening the Pill, 2012

Madhu Davies, Faiz Kermani

Ogromne globalne zasoby są przeznaczane na realizację interwencji terapeutycznych, od porad dotyczących diety i stylu życia po złożone operacje. We wszystkich przypadkach, bez względu na interwencję, o ile odbiorca nie jest zaangażowany w proces i nie rozumie, dlaczego interwencja została zaoferowana i jaką rolę odgrywa w jej sukcesie, zgodność jest problemem. Nawet jeśli dana osoba zaangażuje się i zrozumie, może zdecydować, że nie podporządkuje się. Szacuje się, że nieprzestrzeganie przepisów kosztuje przemysł farmaceutyczny 70 miliardów USD rocznie. Nie istnieją żadne dane liczbowe dotyczące kosztów ponoszonych przez ubezpieczycieli i zdrowie publiczne, ale nieprzestrzeganie przepisów jest niewątpliwie jednym z pięciu najważniejszych problemów, z którymi borykają się zarówno twórcy leków, jak i świadczeniodawcy. Ta książka bada kluczowe czynniki wpływające na przestrzeganie przepisów oraz rolę, jaką pracownicy służby zdrowia mogą odegrać w poprawie tego stanu rzeczy, a kluczowym celem jest poprawa zdrowia publicznego w jego najszerszym znaczeniu.

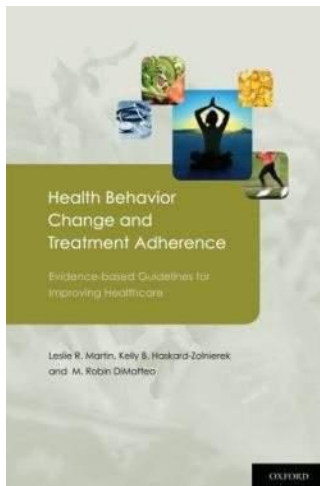


Enhancing Medication Adherence. The Public Health Dilemma, 2012

Bosworth Hayden B

Książka ta to obszerny przewodnik po przestrzeganiu zaleceń lekarskich przeznaczony dla pracowników służby zdrowia. Zarówno lekarze, jak i farmaceuci mogą odnieść korzyści z tekstu autora Haydena Boswortha, który wyjaśnia szczegóły i przyczyny nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, a także metody, w jaki sposób świadczeniodawcy mogą określić, czy pacjent nie przestrzega zaleceń. Ponadto Bosworth omawia różne badania, które oceniają przestrzeganie zaleceń, technologie związaną z przestrzeganiem zaleceń, najlepsze praktyki dla klinicystów i farmaceutów oraz przyszłe kierunki i zalecenia w tej dziedzinie.

- Wyczerpujący i zwięzły tekst, dotyczący przestrzegania zaleceń lekarskich, zwłaszcza w odniesieniu do przestrzegania zaleceń i zaburzeń przewlekłych (np. HIV, nadciśnienie i inne choroby sercowo-naczyniowe oraz zaburzenia neurologiczne)
- Zachęca do korzystania z elektronicznej dokumentacji medycznej i technologii informacji zdrowotnej
- Liczne objaśnienia i przejmujące cytaty są wyróżnione w całym tekście, aby ułatwić czytelnikowi szybką naukę



Book aims to improve patients' adherence to doctors' instructions, 2010

Leslie R. Martin i in.

Każdego roku miliony ludzi postanawiają przyjąć lepszą dietę, więcej ćwiczyć lub schudnąć, ale lekarze wiedzą, że prawdopodobieństwo, że pacjenci rozwiną nowe zachowania zdrowotne i je utrzymają, jest niskie. W rzeczywistości badania pokazują, że od 25 do 50 procent pacjentów nie przestrzega zaleceń lekarzy. Zwracając uwagę, że lekarze otrzymują niewielkie przeszkolenie w szkołach medycznych w zakresie zmiany zachowań pacjentów, krajowy zespół psychologów badawczych opublikował książkę, w której przedstawiono pracownikom służby zdrowia skuteczne strategie pomagania pacjentom w poprawie ich zachowań zdrowotnych i stosowaniu się do leczenia. Książka „*Health Behavior Change and Treatment Adherence: Evidence-Based Guidelines for Improving Healthcare*” (Oxford University Press 2009), jest współautorem książki Kelly B. Haskard-Zolnierek, adiunkt psychologii na Texas State University-San Marcos; M. Robin DiMatteo, wybitny profesor psychologii na Uniwersytecie Kalifornijskim w Riverside; oraz Leslie R. Martin, profesor psychologii na Uniwersytecie La Sierra w Riverside w Kalifornii.

Opierając się na 50-letnich badaniach empirycznych, autorzy pokazują, że zanim zmieni się zachowanie pacjenta, muszą być obecne trzy składniki: 1) Pacjent musi zrozumieć, jakiego rodzaju zmiany się oczekuje; 2) pacjent musi być zmotywowany do wykonania danego zachowania oraz 3) musi mieć narzędzia potrzebne do zmiany zachowania. Czynniki takie jak dostęp do opieki medycznej i ubezpieczenia z pewnością wpływają na zdolność pacjenta do stosowania się do leczenia - wyjaśnił Haskard-Zolnierek, ale jakość komunikacji między lekarzem a pacjentem jest kluczowym wyznacznikiem zrozumienia przez pacjenta sposobu leczenia i jego motywacji do jego przestrzegania.

„Jeśli na przykład pacjenci są niezadowoleni z formy komunikacji lekarza, prawdopodobieństwo kontynuacji leczenia jest mniejsze” - powiedział Haskard-Zolnierek. „Z drugiej strony, kiedy lekarze komunikują się afektywnie - kiedy są przyjaźni i empatyczni oraz kiedy udzielają jasnych informacji bez użycia żargonu medycznego - pacjenci są bardziej zadowoleni z ich leczenia i stosują się do niego”. Uznając, że zapracowani pracownicy służby zdrowia pracują według napiętych harmonogramów, autorzy przedstawiają proste strategie

pomagające pacjentom zrozumieć, co muszą zrobić, przekonując ich do zmiany zachowania i pokonywania barier utrudniających zmianę. Na przykład pracownicy służby zdrowia mogą:

- Stosować podejście zespołowe do zapewniania opieki nad pacjentem, udzielając pacjentowi porad przed wizytą i pomocy w ustalaniu programu opieki zdrowotnej
- Zapewnić interaktywne pomoce w podejmowaniu decyzji, które pomogą pacjentom uzyskać informacje potrzebne do dokonywania wyborów medycznych
- Zapewnić wizyty grupowe pacjentom z tą samą chorobą przewlekłą
- Zapewnić oparte na technologii pomoce ułatwiające przestrzeganie zaleceń, takie jak przypomnienia przez telefon komórkowy lub e-mail

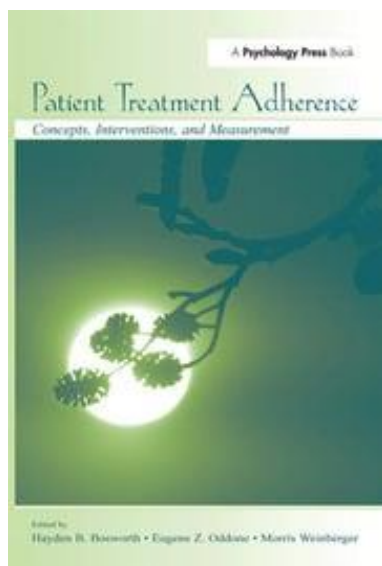
Opierając się na tysiącach badań empirycznych, autorzy oferują również wytyczne dotyczące takich tematów, jak poprawa zdrowia poprzez kształtowanie nawyków i zarządzanie nimi, pomoc pacjentom w ocenie ryzyka i podejmowaniu decyzji, skuteczna współpraca z pacjentami oraz tworzenie partnerstw między pacjentami a systemem opieki zdrowotnej.



Improving Patient Treatment Adherence A Clinician's Guide, 2010

Bosworth, Hayden

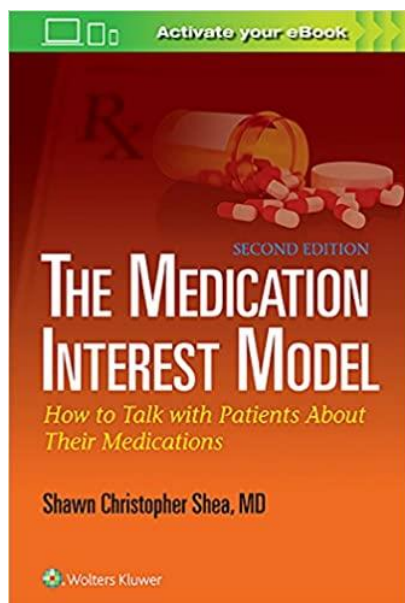
Praktycznie wszystkie medyczne i behawioralne terapie zdrowotne wymagają przynajmniej pewnego stopnia przestrzegania zaleceń przez pacjenta, aby odnieść sukces. Pomimo związku między zachowaniami zdrowotnymi a wynikami, niewiele uwagi poświęca się opracowywaniu sprawdzonych metod identyfikacji i radzenia sobie z nieprzestrzeganiem zaleceń przez pacjentów. Poprawa przestrzegania zaleceń terapeutycznych przez pacjentów: Poradnik dla lekarza zawiera nowe i zaktualizowane informacje na ten temat, koncentrując się na praktycznych poradach dla lekarzy, które mogą poprawić przestrzeganie przez pacjentów szerokiej gamy metod leczenia. Ta książka jest uporządkowana według zachowań - dotyczy tematów, od przestrzegania diety i rzucania palenia po przewlekły ból, HIV i nadużywanie substancji - i analizuje wpływ nieprzestrzegania zaleceń przez pacjentów, w tym koszty, wyniki kliniczne i jakość życia związaną ze zdrowiem.



Patient Treatment Adherence Concepts, Interventions, and Measurement, 2006

Hayden B. Bosworth, Eugene Z. Oddone, Morris Weinberger

Ta książka podsumowuje literaturę dotyczącą przestrzegania zaleceń dotyczących szeregu określonych zachowań zdrowotnych. Stanowi kompleksowe źródło informacji na temat konceptualizacji, interwencji i pomiaru przestrzegania zaleceń terapeutycznych oraz syntezy badań dotyczących chorób demograficznych i przewlekłych. W tekście przedstawiono problemy związane z przestrzeganiem zaleceń terapeutycznych; modele teoretyczne, które były powszechnie używane do zrozumienia, przewidywania i / lub poprawy przestrzegania zaleceń; przestrzeganie określonych zachowań, w tym ćwiczeń, diety, rehabilitacji, leków i terapii psychologicznych; oraz strategie zwiększania przestrzegania zaleceń. Każdy rozdział jest podzielony na poszczególne choroby, aby zapewnić czytelnikom łatwy dostęp i zawiera omówienie przestrzegania zaleceń dotyczących chorób demograficznych i przewlekłych, przegląd wcześniejszych interwencji skierowanych do określonego zachowania lub populacji, pytania i algorytmy punktacji dla powszechnie stosowanych miar przestrzegania zaleceń dotyczących leczenia, omówienie badań klinicznych i, w stosownych przypadkach, implikacje dla polityki. Ten tekst, przeznaczony dla pracowników służby zdrowia, psychologów zdrowotnych, klinicznych, społecznych i poznawczych, lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, farmaceutów i decydentów, jest również doskonałym źródłem informacji na temat kursów podyplomowych z psychologii zdrowia i zdrowia publicznego.



The Medication Interest Model: How to Talk With Patients About Their Medications Second Edition, 2018

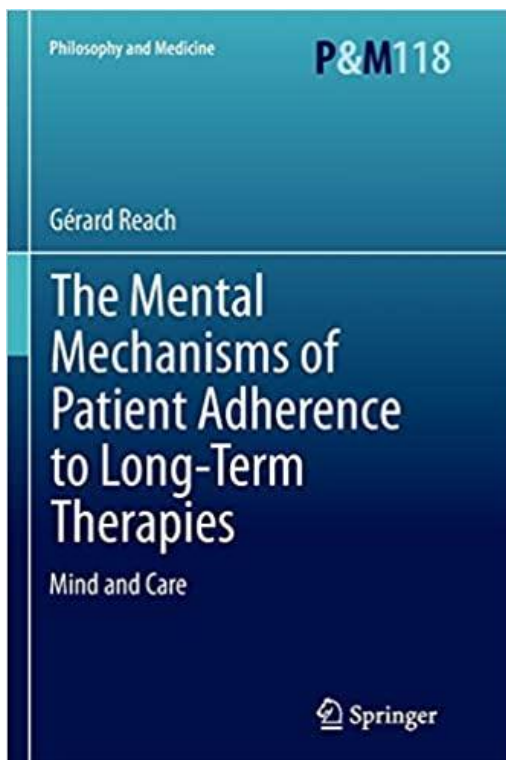
Shawn Christopher Shea

Ta pionierska książka na temat sojuszu lekarz-pacjent jak ważne są zasady leżące u podstaw wspólnego podejmowania decyzji i jak przekształcić te zasady w praktykę kliniczną. Dr Shawn Christopher Shea, ceniony na całym świecie autor, ma doskonałą zdolność postrzegania złożoności wywiadów klinicznych w odniesieniu do wspólnego podejmowania decyzji, jednocześnie tworząc ramy i techniki przeprowadzania wywiadów, które wyjaśniają i upraszczają te zawiłości, dzięki czemu młodzi klinicyści mogą natychmiast je zastosować. Ta książka demonstruje sztukę wzmacniania sojuszu terapeutycznego poprzez odniesienie się do jednego z najbardziej, jeśli nie do najważniejszego z zadań przeprowadzania wywiadów w celu osiągnięcia skutecznego wyleczenia: wspólna rozmowa z pacjentami o ich lekach i skuteczne zwiększanie przestrzegania zaleceń lekarskich. Model zainteresowania lekami (MIM) został opracowany poprzez obserwację lekarzy i kierowników przypadków rozmawiających ze swoimi pacjentami o ich lekach oraz poprzez zorganizowanie ponad 150 warsztatów MIM z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkami, specjalistami ds. Zdrowia psychicznego i innymi pokrewnymi pracownikami służby zdrowia. Rezultatem jest książka pełna wiedzy, którą można zdobyć jedynie ucząc się od wykwalifikowanych klinicystów.

- Zasady i techniki przeprowadzania wywiadów są łatwe do nauczenia i stosowania, co stanowi idealne wprowadzenie dla studentów medycyny, pielęgniarstwa, asystenta lekarza i farmacji klinicznej, jak skutecznie tworzyć sojusz terapeutyczny, jednocześnie poprawiając przestrzeganie zaleceń lekarskich .
- Dostarcza najbardziej aktualnych informacji i niuansów modelu Medication Interest Model (MIM) od jego twórcy i dewelopera, modelu klinicznego zaprojektowanego specjalnie do efektywnego stosowania w gorączkowych warunkach klinicznych w

kllinikach podstawowej opieki zdrowotnej, klinikach specjalistycznych i oddziałach szpitalnych .

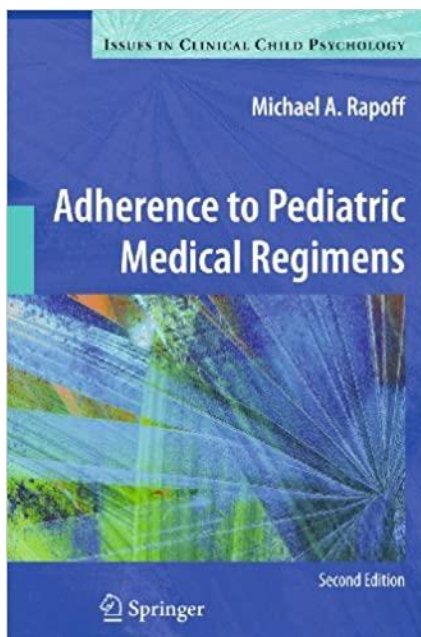
- Przedstawia ponad 100 konkretnych technik przeprowadzania wywiadów, które są równie **przydatne w przypadku leków na wszystkie stany chorobowe - od nadciśnienia, cukrzycy, hiperlipidemii, astmy i zastoinowej niewydolności serca po raka, AIDS i PTSD .**
- Wyraźnie pokazuje, jak silne słowa wpływają na to, czy pacjenci są zainteresowani przyjmowaniem leków i pozostaniem przy nich, **zapewniając dokładne sformułowania ponad 100 technik przeprowadzania wywiadów**, pokazując, z przykładami klinicznymi i dialogiem klinicznym, wszystkie ich niuanse do natychmiastowej, codziennej praktyczności.
- Zawiera bogactwo istotnych informacji dla lekarzy, pielęgniarek, asystentów lekarzy, kierowników przypadków i farmaceutów klinicznych z **różnych dziedzin, od podstawowej opieki zdrowotnej po specjalistów w dziedzinie endokrynologii, kardiologii, neurologii, reumatologii i psychiatrii** - i jest równie cenny i przydatny zarówno dla studentów, jak i doświadczonych klinicystów .
- **Przyjazne dla użytkownika archiwum porad z dokładnym brzmieniem wszystkich 100 wskazówek przedstawionych w łatwo dostępnym e-booku do szybkiego kierowania przez studentów medycyny i pielęgniarstwa podczas rotacji klinicznej.**



The Mental Mechanisms of Patient Adherence to Long-Term Therapies: Mind and Care, 2016

Gérard Reach

Jak możemy zaakceptować fakt, że powinniśmy rzucić palenie, przestrzegać diety, ćwiczeń fizycznych lub przyjmować leki? Celem tej książki jest opisanie mechanizmów przestrzegania przez pacjentów terapii długoterminowych, których poprawa, zdaniem Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), byłaby korzystniejsza niż jakikolwiek postęp biomedyczny. Na przykład około połowa pacjentów nie stosuje regularnie zaleceń lekarskich, co ma szkodliwy wpływ na zdrowie ludzi i silny wpływ na wydatki na zdrowie. Ta książka opisuje, w jaki sposób nasze przekonania, pragnienia i emocje wpływają na nasze wybory dotyczące naszego zdrowia, odwołując się do pojęć opracowanych w ramach filozofii umysłu. W szczególności próbuje wyjaśnić, w jaki sposób możemy wybierać między natychmiastową przyjemnością a odległą nagrodą - zachowując nasze zdrowie i życie. Postulujemy, że taki „międzyokresowy” wybór może kierować się „zasadą przewidywania”, która prowadzi nas do nadania priorytetu przyszłości. Podobnie jak nieprzestrzeganie przez pacjentów przepisanych leków, lekarze często nie zawsze robią to, co powinni: nie przestrzegają wytycznych dobrej praktyki. Proponujemy, że to, co zostało ostatnio opisane jako „inercja kliniczna”, może również stanowić przypadek krótkowzroczności: od czasu do czasu lekarze nie biorą pod uwagę długoterminowych interesów swoich pacjentów. Zarówno nieprzestrzeganie zaleceń przez pacjentów, jak i inercja kliniczna lekarzy stanowią główne przeszkody w skuteczności opieki. Konieczne jest jednak również poszanowanie autonomii pacjentów.



Adherence to Pediatric Medical Regimens, 2010

Michael A. Rapoff

Kiedyś nazywano to *niezgodnością*, a samych pacjentów określano jako *trudnych*. Jednak niezależnie od terminologii niechęć dzieci do stosowania przepisanych schematów leczenia lub ich zaniechanie zmniejsza skuteczność leczenia, często prowadząc do dodatkowej opieki, wyższych kosztów i poważnych, a nawet śmiertelnych powikłań.

Odzwierciedlając pojedynczy, autorytatywny głos, druga edycja *Adherence to Pediatric Medical Scimens* analizuje szczegółowo czynniki kliniczne, które wpływają na zaangażowanie dzieci i nastolatków w leczenie - od problemów rozwojowych po wpływ rodziców, rówieśników i innych osób na ich orbicie - i oferuje uzasadnione empirycznie wskazówki dotyczące zachęcania do przestrzegania zaleceń. Krytyczne obszary zainteresowań klinicystów i naukowców zajmujących się pediatrią zostały wyraźnie przedstawione w książce:

- Zawiera przegląd wskaźników przestrzegania zaleceń dotyczących leczenia chorób przewlekłych i ostrych oraz bada częste problemy z przestrzeganiem zaleceń dotyczących przestrzegania zaleceń terapeutycznych u dzieci i młodzieży.
- Wyszczególnia konsekwencje nieprzestrzegania zaleceń i korelaty przestrzegania zaleceń.
- Krytykuje główne teorie adherencji i ich implikacje kliniczne.
- Omawia zakres środków oceny przestrzegania zaleceń.
- Dokonuje przeglądu strategii edukacyjnych, behawioralnych i innych w celu poprawy przestrzegania zaleceń.
- Oferuje sposoby przełożenia badań na przestrzeganie zaleceń lekarskich u dzieci.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.1046/j.1365-2710.2001.00363.x>

Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review, 2001

E. Vermeire, H. Hearnsham, P. Van Royenm, J. Deneken

Niska podatność na przepisane interwencje medyczne jest stale obecnym i złożonym problemem, szczególnie w przypadku pacjentów z przewlekłą chorobą. Wraz ze wzrostem liczby leków, które przynoszą więcej korzyści niż szkody, gdy są przyjmowane zgodnie z zaleceniami, poważnym problemem w opiece zdrowotnej jest niska podatność na leczenie. Odpowiednie badania uzyskano dzięki wszechstronnemu przeszukiwaniu różnych systemów baz danych, aby umożliwić dokładną ocenę głównych problemów pod kątem zgodności z zalecanymi interwencjami medycznymi. Termin zgodność jest głównym terminem używanym w tym przeglądzie, ponieważ większość recenzowanych artykułów używa tego terminu. Od pierwszego warsztatu dotyczącego badań zgodności minęły już trzy dekady. Nadszedł czas, aby zatrzymać się i zastanowić nad zgromadzoną wiedzą. Ogromna liczba przeprowadzonych badań ilościowych charakteryzuje się różną jakością metodologiczną, bez złotego standardu pomiaru zgodności i często nie jest jasne, jaki rodzaj niezgodności jest badany. W badaniach dotyczących *compliance* często nieobecny jest pacjent, choć model zgodności wskazuje na znaczenie zgody i harmonii pacjenta w relacji lekarz - pacjent. Podstawą modelu zgodności jest pacjent jako osoba podejmująca decyzje, a kamieniem węgielnym jest profesjonalna empatia. Niedawno w wyniku niektórych badań jakościowych zidentyfikowano ważne kwestie, takie jak jakość relacji lekarz - pacjent oraz przekonania pacjenta dotyczące zdrowia w tym kontekście. Ponieważ nieprzestrzeganie przepisów pozostaje głównym problemem zdrowotnym, potrzeba

więcej badań o wysokiej jakości w celu oceny tych aspektów, a systematyczne przeglądy / metaanalizy są wymagane w celu zbadania skutków przestrzegania przepisów w zwiększaniu efektów interwencji.

<https://www.mayoclinicproceedings.org/action/showPdf?pii=S0025-6196%2811%2960007-4>

Medication Adherence: WHO Cares?, 2011

Marie T. Brown, MD, and Jennifer K. Bussell, MD

Leczenie chorób przewlekłych zwykle obejmuje długotrwałe stosowanie farmakoterapii. Chociaż leki te są skuteczne w zwalczaniu chorób, często nie uzyskuje się z nich pełnych korzyści, ponieważ około 50% pacjentów nie przyjmuje leków zgodnie z zaleceniami. Czynniki przyczyniające się do złego przestrzegania zaleceń lekarskich są niezliczone i obejmują te, które są związane z pacjentami (np. nieoptymalna wiedza zdrowotna i brak zaangażowania w proces podejmowania decyzji dotyczących leczenia), te, które są związane z lekarzami (np. przepisywanie złożonych schematów leczenia, bariery komunikacyjne, nieefektywne przekazywanie informacji o działaniach niepożądanych i świadczenie opieki przez wielu lekarzy), a także te, które są związane z systemami opieki zdrowotnej (np. ograniczenia czasu wizyt w gabinecie, ograniczony dostęp do opieki, brak technologii informacyjnej na temat zdrowia). Ponieważ przeszkody w przestrzeganiu zaleceń lekarskich są złożone i zróżnicowane, rozwiązania poprawiające przestrzeganie zaleceń muszą być wieloczynnikowe. Aby ocenić ogólne aspekty stosowania leków na przykładzie chorób sercowo-naczyniowych, przeprowadzono wyszukiwanie w literaturze MEDLINE (od 1 stycznia 1990 r. Do 31 marca 2010 r.) Przy użyciu następujących terminów wyszukiwania: choroby układu krążenia, wiedza zdrowotna, przestrzeganie leków i farmakoterapia. Ręczne sortowanie 405 wyszukanych artykułów w celu wykluczenia tych, które nie dotyczyły chorób układu krążenia, stosowania leków lub świadomości zdrowotnej w streszczeniu, dało 127 artykułów do przeglądu. Dodatkowe odniesienia uzyskano z cytatów z pobranych artykułów. W niniejszym przeglądzie dokonano przeglądu ustaleń zawartych w zidentyfikowanych artykułach oraz przedstawiono różne strategie i zasoby służące poprawie przestrzegania zaleceń lekarskich.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3191684/>

Patient Medication Adherence: Measures in Daily Practice, 2011

Beena Jimmy and Jimmy Jose

Przestrzeganie zasad terapii jest głównym wyznacznikiem sukcesu leczenia. Nieprzestrzeganie zaleceń jest poważnym problemem, który dotyka nie tylko pacjenta, ale także system opieki zdrowotnej. Nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich przez pacjentów prowadzi do znacznego pogorszenia choroby, zgonu i zwiększonych kosztów opieki zdrowotnej. Na przestrzeganie zaleceń może wpływać wiele różnych czynników. Bariery w przestrzeganiu zaleceń można traktować jako czynniki związane z pacjentem, dostawcą i systemem opieki zdrowotnej, z interakcjami między nimi. Zidentyfikowanie specyficznych barier dla każdego pacjenta i przyjęcie odpowiednich technik w celu ich pokonania będzie konieczne, aby poprawić przestrzeganie zaleceń lekarskich. Pracownicy służby zdrowia, tacy jak lekarze, farmaceuci i

pielęgniarki, odgrywają znaczącą rolę w swojej codziennej praktyce w poprawie przestrzegania zaleceń lekarskich przez pacjentów.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15541066/>

A collaborative approach to the treatment alliance in bipolar disorder, 2004

Michael Berk, Lesley Berk, David Castle

Cele: Sojusz terapeutyczny jest areną, na której zachodzą interwencje psychofarmakologiczne i inne interwencje terapeutyczne. Charakter i jakość sojuszu terapeutycznego może wpływać na przestrzeganie leczenia i realizację korzyści z skutecznego leczenia farmakologicznego w praktyce klinicznej. Jest to obszar, który nie był przedmiotem systematycznych badań, pomimo dostępnych dowodów sugerujących, że odgrywa on wymierną rolę w wynikach klinicznych.

Metody: Przeszukano literaturę za pomocą Medline, Ovid, Psychinfo i Science Direct w latach 1975-2004. Użyto następujących słów kluczowych: choroba afektywna dwubiegunowa, przestrzeganie zaleceń przez pacjenta, nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, zgodność, relacja lekarz-pacjent, lekarz-pacjent komunikacja, sojusz terapeutyczny, zarządzanie chorobami przewlekłymi, opieka oparta na współpracy, zarządzanie sobą, przekonania zdrowotne, poczucie własnej skuteczności, samostanowienie, wspieranie autonomii, rozmowy motywacyjne.

Wyniki: Interwencje psychospołeczne wykazały pozytywny wpływ na problemy z przestrzeganiem zaleceń. Badania nad wpływem sojuszu terapeutycznego na wyniki w chorobach psychicznych wskazują na możliwości owocnych badań w tej dziedzinie w chorobie afektywnej dwubiegunowej. Różne modele teoretyczne zmieniających się zachowań związanych ze zdrowiem mogą wpływać na podejście do sojuszu terapeutycznego.

Wnioski: Wyniki sugerują przydatność wspólnego podejścia do sojuszu leczenia. Należy zwrócić uwagę na rozwój modeli interwencji, które są ukierunkowane na modyfikowalne czynniki ryzyka nieprzestrzegania zaleceń i uwzględniają zmienne związane z pacjentem, klinicystą i chorobą, aby zwiększyć przestrzeganie zaleceń dotyczących leczenia w sojuszu terapeutycznym. Udoskonalenie tych modeli poprzez kontrolowaną ocenę w warunkach rzeczywistych może prowadzić do integracji z systemami świadczenia opieki zdrowotnej.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24354470/>

The physician-patient working alliance and patient psychological attachment, adherence, outcome expectations, and satisfaction in a sample of rheumatology patients, 2015

Jairo N Fuertes, Prachi Anand, Greg Haggerty, Michael Kestenbaum, Gary C Rosenblum

W ciągu ostatnich dwudziestu lat relacja lekarz-pacjent stała się integralną częścią leczenia pacjentów z niezliczonymi schorzeniami. Psychologiczne, emocjonalne i behawioralne wymiary współpracy pacjentów z lekarzami, a także style przywiązania pacjentów, zostały zbadane w odniesieniu do przestrzegania przez pacjentów reumatologicznych planów leczenia, oczekiwań dotyczących wyników i satysfakcji. Uczestnikami badania było 101 dorosłych pacjentów poradni reumatologicznej. Analizy ścieżek wykazały, że sojusz pracy lekarz-pacjent

przewidywał oczekiwane wyniki i satysfakcję pacjenta, a satysfakcja pacjenta z kolei przewidywała przestrzeganie zaleceń przez pacjenta. Sojusz pracy lekarz-pacjent bezpośrednio przewiduje satysfakcję pacjenta i oczekiwania dotyczące wyników, a pośrednio przewiduje przestrzeganie zaleceń poprzez satysfakcję pacjenta.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18972089/>

Behavioral indices in medical care outcome: the working alliance, adherence, and related factors, 2008

Jairo N Fuertes, Laura S Boylan, Jessie A Fontanella

Wykazano, że sojusz pracy jest spójnym predyktorem wyników pacjentów i satysfakcji z psychoterapii. Niniejsze badanie dotyczy roli sojuszu roboczego i powiązanych wskaźników behawioralnych w przewidywaniu wyniku medycznego. Poznawcze i emocjonalne wymiary relacji lekarz-pacjent zostały zbadane w odniesieniu do oceny empatii lekarza, kompetencji wielokulturowych lekarza, postrzeganej użyteczności leczenia i poczucia własnej skuteczności w przestrzeganiu zaleceń przez pacjentów. Czynniki te zostały następnie zbadane jako część ram teoretycznych przy użyciu analiz ścieżek w celu wyjaśnienia deklarowanego przez pacjentów przestrzegania zaleceń terapeutycznych i satysfakcji z leczenia. Wyniki pokazały, że psychologiczny i interpersonalny wymiar opieki medycznej ma związek z przestrzeganiem zaleceń i satysfakcją pacjenta. Świadczeniodawcy mogą być w stanie wykorzystać te wymiary, aby ukierunkować i poprawić wyniki opieki zdrowotnej.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17188453/>

The physician-patient working Alliance, 2006

Jairo N Fuertes, Alexa Mislowski, Jennifer Bennett, Laury Paul, Tracey C Gilbert, Gerardo Fontan, Laura S Boylan

Poznawcze i emocjonalne wymiary relacji lekarz-pacjent (przymierze pracy) zostały zbadane w odniesieniu do przekonań pacjentów o przydatności leczenia (postrzeganej użyteczności), przekonań pacjentów na temat zdolności do stosowania się do leczenia (przestrzeganie przekonań o własnej skuteczności), przestrzegania przez pacjentów planu leczenia (przestrzeganie zaleceń) i satysfakcji pacjentów. Wyniki pokazują, że sojusz pracy można mierzyć w opiece medycznej i wydaje się, że jest on silnie powiązany z przestrzeganiem przez pacjentów i satysfakcją z leczenia. Sojusz pracowniczy jest ważny w leczeniu, ponieważ wiąże się z przestrzeganiem zaleceń i satysfakcją pacjenta. Należy promować poczucie własnej skuteczności pacjentów, ponieważ wiąże się ono z przestrzeganiem zaleceń terapeutycznych.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18321582/>

Doctor-patient communication, health-related beliefs, and adherence in glaucoma results from the Glaucoma Adherence and Persistency Study, 2007

David S Friedman, Steven R Hahn, Laurie Gelb, Jason Tan, Sonali N Shah, Elizabeth E Kim, Thom J Zimmerman, Harry A Quigley

Celem artykułu było wykorzystanie wielu źródeł danych do określenia czynników wpływających na przestrzeganie przez pacjenta miejscowej terapii hipotensyjnej oka. **Uczestnikami badania było** trzystu pacjentów z nową diagnozą jaskry otwartego kąta, którym początkowo przepisano jedną z trzech prostaglandyn i 103 lekarzy. **Z pacjentami** przeprowadzono ustrukturyzowany wywiad dotyczący zgłaszanego przez samych siebie przestrzegania zaleceń, doświadczeń z lekami, komunikacji z lekarzem oraz przekonań zdrowotnych związanych z zachowaniem przestrzegania zaleceń. Przeprowadzono wywiady telefoniczne z uczestniczącymi okulistami. Wyniki badania wskazują, że komunikacja między lekarzem a pacjentem i przekonania zdrowotne pacjentów przyczyniają się do przestrzegania zaleceń lekarskich. Style uczenia się pacjentów, które wiążą się z mniejszą obawą o przyszłe skutki jaskry i ryzyko związane z nieprzyjmowaniem leków, wiążą się z niższym przestrzeganiem zaleceń. W szczególności wiedza na temat potencjalnej utraty wzroku z powodu jaskry jest krytycznym elementem, który jest zwykle pomijany przez bardziej biernych pacjentów zależnych od lekarza, którzy mają tendencję do słabego przestrzegania zaleceń. Wyniki te sugerują, że wysiłki edukacyjne w gabinecie mogą poprawić przestrzeganie przez pacjentów leczenia.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19686636/>

The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness, 2009

Dawn I Velligan, Peter J Weiden, Martha Sajatovic, Jan Scott, Daniel Carpenter, Ruth Ross, John P Docherty

Złe przestrzeganie leczenia farmakologicznego może mieć katastrofalne konsekwencje dla pacjentów z chorobami psychicznymi. Celem tego projektu było opracowanie zaleceń dotyczących rozwiązywania problemów z przestrzeganiem zaleceń w celu poprawy wyników leczenia. Zidentyfikowano ważne tematy i pytania dotyczące problemów związanych z przyjmowaniem leków w poważnych chorobach psychicznych, które nie zostały w pełni uwzględnione w literaturze. Opracowano ankietę zawierającą 39 pytań z pytaniami o zdefiniowanie nieprzestrzegania zaleceń, zakres problemów z przestrzeganiem zaleceń w schizofrenii i chorobie afektywnej dwubiegunowej, czynniki ryzyka nieprzestrzegania zaleceń, metody oceny oraz interwencje dla określonych typów problemów z przestrzeganiem zaleceń. Ankietę wypełniło 41 (85%) z 48 ekspertów, do których została wysłana. Wyniki przeglądu literatury i ankiety posłużyły do opracowania zaleceń dotyczących oceny i poprawy przestrzegania zaleceń terapeutycznych u pacjentów z poważnymi chorobami psychicznymi. Większość ekspertów uważa, że przeciętny pacjent ze schizofrenią lub chorobą afektywną dwubiegunową w swoich gabinetach przyjmuje tylko 51% -70% przepisanych leków. Eksperci uznali, że przyrost masy ciała jest efektem ubocznym, który z dużym prawdopodobieństwem może prowadzić do problemów z przestrzeganiem zaleceń terapeutycznych u pacjentów ze schizofrenią i chorobą afektywną dwubiegunową; sedację zaś uznano za ważniejszy czynnik przyczyniający się do problemów z przestrzeganiem zaleceń w chorobie afektywnej dwubiegunowej. Ważne jest, aby zidentyfikować konkretne czynniki, które mogą przyczyniać się do problemów pacjenta z przestrzeganiem zaleceń dotyczących przestrzegania zaleceń

terapeutycznych, w celu dostosowania interwencji pod kątem tych problemów. Eksperci zalecili spersonalizowane interwencje skoncentrowane na przyczynach.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19525719/>

Physician behavior in the care of pediatric chronic illness: association with health outcomes and treatment adherence, 2009

Dennis Drotar

Zachowanie lekarza ma istotny, ale niedostatecznie zbadany wpływ na przestrzeganie zaleceń przez dzieci i rodziców. Aby odpowiedzieć na tę potrzebę, dokonano przeglądu badań w następujących obszarach tematycznych: postrzeganie zachowań lekarzy przez dzieci i młodzież w leczeniu chorób przewlekłych u dzieci, postrzeganie przez rodziców zachowań lekarzy w leczeniu chorób przewlekłych u dzieci; przestrzeganie przez lekarzy wytycznych dotyczących leczenia chorób przewlekłych u dzieci; przekazywanie przez lekarzy informacji dotyczących leczenia chorób przewlekłych u dzieci; związek między zachowaniem lekarza a przestrzeganiem zaleceń terapeutycznych; oraz interwencje mające na celu poprawę leczenia przez lekarzy chorób przewlekłych u dzieci. Uzyskane wyniki podkreślają rozbieżności między potrzebami rodziców i młodzieży a zachowaniem lekarzy, a także niespójności w zachowaniu lekarzy, w tym przestrzeganie wytycznych praktyki, co może ograniczać przestrzeganie zaleceń lekarskich przez dzieci. Jednak wyniki interwencji mających na celu poprawę leczenia astmy u dzieci są obiecujące. Przyszłe badania powinny opierać się na kompleksowym modelu zachowania lekarzy w leczeniu chorób przewlekłych, który uwzględnia uwarunkowania kontekstowe (np. Kultura i status społeczno-ekonomiczny), identyfikuje klinicznie istotne cele interwencji i dokumentuje wpływ na wyniki zdrowotne. Należy opracować i ocenić podejście do leczenia chorób przewlekłych, które angażuje lekarzy w aktywną komunikację, wsparcie i podejmowanie decyzji z dziećmi z przewlekłą chorobą i ich rodzicami.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19395222/>

The effect of physician-patient collaboration on patient adherence in non-psychiatric medicine, 2009

Alexis Arbutnott, Donald Sharpe

Czynniki przyczyniające się do przestrzegania zaleceń terapeutycznych są słabo poznane, ale wiadomo, że jednym z czynników wpływających na przestrzeganie zaleceń przez pacjenta są interakcje między lekarzem a pacjentem. W tej metaanalizie dokonano systematycznego przeglądu opublikowanej literatury w celu określenia wielkości zależności między współpracą lekarza z pacjentem a przestrzeganiem zaleceń przez pacjenta. Statystycznie istotna średnia ważona wielkość efektu $M(d) = 0,145$ z 48 opublikowanych badań wykazała, że lepsza współpraca lekarza z pacjentem wiąże się z lepszym przestrzeganiem zaleceń przez pacjenta. Związek między współpracą a przestrzeganiem zaleceń utrzymywał się w przypadku populacji pediatrycznej i dorosłych, chorób przewlekłych i ostrych oraz lekarzy pierwszego kontaktu i specjalistów. Wyniki te podkreślają potrzebę współpracy lekarza z pacjentem w ramach konsultacji lekarskiej. Uwzględnienie perspektywy pacjenta podczas konsultacji jest niezbędne do nawiązania współpracy po wyjściu pacjenta z gabinetu lekarskiego.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17515779/>

Health beliefs, disease severity, and patient adherence: a meta-analysis, 2007

M Robin DiMatteo, Kelly B Haskard, Summer L Williams

Istnieje wiele danych empirycznych dotyczących przewidywania przestrzegania zaleceń terapeutycznych przez pacjentów na podstawie subiektywnych i obiektywnych ocen stanu zdrowia i ciężkości choroby. Tę pracę można podsumować metaanalizą. W tym artykule przeszukano literaturę (1948-2005), w wyniku czego uzyskano 116 artykułów. Przestrzeganie zaleceń jest istotnie dodatnio skorelowane z przekonaniami pacjentów co do ciężkości choroby, której należy zapobiegać lub leczyć („zagrożenie chorobą”). Lepsze przestrzeganie zaleceń przez pacjentów wiąże się z obiektywnie gorszym stanem zdrowia tylko u pacjentów, u których występują stany chorobowe o mniejszym nasileniu (zgodnie ze skalą oceny nasilenia choroby). Wśród stanów cięższych, gorsze przestrzeganie zaleceń wiąże się z obiektywnie gorszym stanem zdrowia. Podobne wzorce istnieją, gdy stan zdrowia jest oceniany przez samych pacjentów oraz przez rodziców na próbkach pediatrycznych. Wyniki sugerują, że obiektywne nasilenie stanów chorobowych pacjentów i ich świadomość tego nasilenia pozwala przewidywać przestrzeganie zaleceń. Pacjenci, którzy są najciężej chorzy na poważne choroby, mogą być najbardziej narażeni na nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Odkrycia mogą przyczynić się do zwiększenia świadomości świadczeniodawców na temat możliwości nieprzestrzegania zaleceń przez pacjentów oraz do lepszego ukierunkowania komunikatów zdrowotnych i porad dotyczących leczenia przez świadczeniodawców.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17144910/>

Physicians' communication with patients about adherence to HIV medication in San Francisco and Copenhagen: a qualitative study using Grounded Theory, 2006

Toke S Barfod, Frederick M Hecht, Cecilie Rubow, Jan Gerstoft

Słabe przestrzeganie zaleceń terapeutycznych jest główną przeszkodą w skuteczności leków na HIV. Celem tego badania było zbadanie i konceptualizacja wzorców i trudności w pracy lekarzy związanej z przestrzeganiem przez pacjentów leków na HIV. W żadnych wcześniejszych badaniach na ten temat nie obserwowano bezpośrednio zachowania lekarzy. Lekarze byli obserwowani podczas ich pracy klinicznej, a następnie przeprowadzali wywiady z częściowo ustrukturyzowanym przewodnikiem po wywiadzie. **Odkryto**, że lekarze i pacjenci rzadko dogłębnie dyskutowali na temat przestrzegania zaleceń, w badaniu skupiono się na komunikacji dotyczącej przestrzegania zaleceń i jej barierach. Główne wzorce w komunikacji lekarzy z pacjentami na temat przestrzegania zaleceń były podobne w obu przypadkach. Istotną przeszkodą w dogłębnej komunikacji dotyczącej przestrzegania zaleceń było to, że niektórzy lekarze uważali, że niewygodne byłoby zbadanie możliwości nieprzestrzegania zaleceń, gdyby nie było obiektywnych oznak niepowodzenia leczenia, ponieważ pacjenci mogli czuć się „oskarżeni”. Aby przezwyciężyć tę niezręczność, niektórzy lekarze świadomie próbowali „odstraszyć” pacjentów za nieprzestrzeganie zaleceń. Opracowano prosty, czterostopniowy, trójczynnikowy model komunikacji lekarzy na temat przestrzegania zaleceń. Trudności w komunikacji były główną barierą w pracy lekarzy

związanej z przestrzeganiem przez pacjentów leków na HIV. Zaproponowany model komunikacji lekarzy z pacjentami na temat przestrzegania zaleceń - oraz identyfikacja niezręczności i wiarygodności jako kwestii kluczowych - może pomóc w przemyśleniu tego tematu do wykorzystania w praktyce klinicznej i przyszłych badaniach.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1661624/>

The challenge of patient adherence, 2005

Leslie R Martin, Summer L Williams, Kelly B Haskard, and M Robin DiMatteo

Jakość wyników opieki zdrowotnej zależy od przestrzegania przez pacjentów zalecanych schematów leczenia. Niestosowanie się do zaleceń pacjenta może stanowić wszechobecne zagrożenie dla zdrowia i dobrego samopoczucia, a także pociągać za sobą znaczne obciążenie ekonomiczne. W przypadku niektórych chorób ponad 40% pacjentów ponosi poważne ryzyko wynikające z niezrozumienia, zapominania lub ignorowania porad medycznych. Chociaż żadna pojedyncza strategia interwencji nie może poprawić przestrzegania zaleceń lekarskich przez wszystkich pacjentów, dziesięciolecia badań naukowych są zgodne, że udane próby poprawy przestrzegania zaleceń terapeutycznych przez pacjentów zależą od zestawu kluczowych czynników. Obejmują one realistyczną ocenę wiedzy pacjentów i zrozumienia schematu leczenia, jasną i skuteczną komunikację między pracownikami służby zdrowia a ich pacjentami oraz pielęgnowanie zaufania do relacji terapeutycznej. Pacjenci muszą mieć możliwość opowiedzenia historii swoich wyjątkowych doświadczeń związanych z chorobą. Znajomość pacjenta jako osoby pozwala pracownikowi służby zdrowia zrozumieć elementy, które są kluczowe dla przestrzegania zaleceń przez pacjenta: przekonania, postawy, normy subiektywne, kontekst kulturowy, wsparcie społeczne i emocjonalne wyzwania zdrowotne, zwłaszcza depresję. Partnerstwo między lekarzem a pacjentem jest niezbędne przy wyborze spośród różnych opcji terapeutycznych, aby zmaksymalizować przestrzeganie zaleceń. Wzajemna współpraca sprzyja większej satysfakcji pacjentów, zmniejsza ryzyko nieprzestrzegania zaleceń i poprawia wyniki leczenia pacjentów.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33489230/>

Adherence to antihypertensive medications and associated factors among hypertensive patients in Ethiopia: Systematic review and meta-analysis, 2020

Assefa Tola Gameda, Lemma Demissie Regassa, Adisu Birhanu Weldesenbet, Bedasa Taye Merga, Nanti Legesse, Biruk Shalmeno Tusa

Podstawą kontroli nadciśnienia tętniczego jest przestrzeganie zaleceń dotyczących stosowania leków hipotensyjnych. Ten systematyczny przegląd i metaanaliza miały na celu ocenę nasilenia i związanych z tym czynników stosowania leków przeciwnadciśnieniowych wśród dorosłych pacjentów z nadciśnieniem tętniczym w Etiopii. Czternaście badań obejmujących łącznie 4938 pacjentów z nadciśnieniem tętniczym zostało włączonych do końcowego przeglądu systematycznego i metaanalizy. Łączna częstość przestrzegania zaleceń lekarskich wśród pacjentów z nadciśnieniem tętniczym w Etiopii wyniosła 65,41%. Przestrzeganie zaleceń lekarskich wiązało się z występowaniem chorób współistniejących oraz wiedzą na temat choroby i jej leczenia, ale nie z miejscem zamieszkania. Pomimo braku jednolitości wśród

włączonych badań, przestrzeganie zaleceń dotyczących leków hipotensyjnych wśród populacji z nadciśnieniem tętniczym w Etiopii było umiarkowane. Obecność chorób współistniejących i / lub powikłań zmniejszała szanse na przestrzeganie zaleceń, a dobra wiedza na temat choroby zwiększała prawdopodobieństwo stosowania leków u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2728700/>

Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-analysis, 2010

Kelly B. Haskard Zolnierok and M. Robin DiMatteo

Liczne badania empiryczne z różnych populacji i środowisk łączą przestrzeganie zaleceń dotyczących leczenia z komunikacją między lekarzem a pacjentem. Metaanaliza umożliwia oszacowanie ogólnych efektów zarówno w badaniach korelacyjnych, jak i w interwencjach eksperymentalnych obejmujących szkolenie umiejętności komunikacyjnych lekarzy. Artykuł ten miał na celu dogłębne przeszukiwanie opublikowanej literatury (1949 - sierpień 2008). Przegląd wykazał, że komunikacja z lekarzem jest istotnie dodatnio skorelowana z przestrzeganiem zaleceń przez pacjenta; ryzyko nieprzestrzegania zaleceń jest wyższe o 19% wśród pacjentów, których lekarz komunikuje się słabo, niż wśród pacjentów, których lekarz komunikuje się dobrze. Szkolenie lekarzy w zakresie umiejętności komunikacyjnych skutkuje znaczną i znaczącą poprawą przestrzegania zaleceń przez pacjenta, tak że w przypadku szkolenia lekarzy z zakresu komunikacji szanse na przestrzeganie zaleceń przez pacjenta są 1,62 razy wyższe niż w przypadku braku szkolenia. Komunikacja w opiece medycznej jest silnie skorelowana z lepszym przestrzeganiem zaleceń przez pacjentów, a szkolenie lekarzy w zakresie lepszej komunikacji poprawia przestrzeganie zaleceń przez pacjentów. Wyniki mogą przyczynić się do edukacji medycznej i interwencji mających na celu poprawę przestrzegania zaleceń terapeutycznych, potwierdzając argumenty, że komunikacja jest ważna, a zasoby przeznaczone na jej poprawę są warte inwestowania. Komunikacja jest zatem ważnym czynnikiem, nad którym lekarze mają pewną kontrolę, pomagając swoim pacjentom w przestrzeganiu zaleceń.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8023457/>

Magnitude and associated factors of poor medication adherence among diabetic and hypertensive patients visiting public health facilities in Ethiopia during the COVID-19 pandemic, 2021

Tariku Shimels, Rodas Asrat Kasso, Gelila Bogale, Mahteme Bekele, Abraham Getachew, Zewdneh Shewamene, Mebratu Abraha

Niniejsze badanie ma na celu ocenę wielkości i powiązanych czynników złego przestrzegania zaleceń lekarskich wśród pacjentów z cukrzycą i nadciśnieniem tętniczym, odwiedzających placówki służby zdrowia w Addis Abebie w Etiopii podczas pandemii COVID-19. Do badania włączono łącznie 409 pacjentów. Około 57% pacjentów zgłosiło, że pandemia COVID-19 wywarła negatywny wpływ na ich wizyty kontrolne, dostępność leków lub przystępność cenową. A 21% zgłosiło, że zostały dotknięte wszystkimi aspektami. Ogólna wielkość złego przestrzegania zaleceń lekarskich wyniosła 72%. Ponad trzy czwarte pacjentów uczestniczących w badaniu słabo przestrzega zaleceń dotyczących leków

przeciwcukrzycowych i hipotensyjnych. Rodzaj placówki służby zdrowia, poziom dochodów, choroby współistniejące i historia używania substancji psychoaktywnych wykazały statystycznie istotny związek ze słabym przestrzeganiem zaleceń lekarskich. Zainteresowane strony powinny określić alternatywne strategie, ponieważ postrzegany wpływ pandemii COVID-19 na przestrzeganie leków jest wysoki w badanym obszarze.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27820528/>

A qualitative systematic review of internal and external influences on shared decision-making in all health care settings, 2012

Marie Truglio-Londrigan, Jason T Slyer, Joanne K Singleton, Priscilla Worrall

Celem tego przeglądu jest zidentyfikowanie i zsyntetyzowanie najlepszych dostępnych dowodów dotyczących znaczenia wewnętrznych i zewnętrznych wpływów na wspólne podejmowanie decyzji przez dorosłych pacjentów i pracowników służby zdrowia we wszystkich placówkach opieki zdrowotnej. Na dzisiejszej arenie opieki zdrowotnej kładzie się nacisk na opiekę skoncentrowaną na pacjencie. Ten nacisk jest widoczny w pracach Międzynarodowego Stowarzyszenia Organizacji Pacjentów (IAOP), które opisują opiekę zdrowotną skoncentrowaną na pacjencie jako opiekę ukierunkowaną na potrzeby i preferencje pacjentów. Pojęcie wspólnego podejmowania decyzji zaczęło pojawiać się w literaturze w latach 90. Definiuje się go jako „proces współdzielony przez pacjentów i ich personel medyczny. Jego celem jest pomoc pacjentom w odgrywaniu aktywnej roli w podejmowaniu decyzji dotyczących ich zdrowia, co jest ostatecznym celem opieki skoncentrowanej na pacjencie”. W dzisiejszym środowisku opieki zdrowotnej większy nacisk kładzie się na opiekę skoncentrowaną na pacjencie, która jest przykładem zaangażowania pacjenta, uczestnictwa, partnerstwa i wspólnego podejmowania decyzji. Biorąc pod uwagę przejście od bardziej autokratycznego świadczenia opieki do wspólnego podejścia, istnieje potrzeba pełniejszego zrozumienia, na czym polega wspólne podejmowanie decyzji, a także w jaki sposób odbywa się wspólne podejmowanie decyzji oraz jakie wpływy wewnętrzne i zewnętrzne mogą zachęcać, wspierać i ułatwiać wspólny proces decyzyjny. Celem tego jakościowego systematycznego przeglądu jest identyfikacja wewnętrznych i zewnętrznych wpływów na wspólne podejmowanie decyzji we wszystkich środowiskach opieki zdrowotnej.

https://www.researchgate.net/profile/Dorothee-Kasteleijn-Nolst-Trenite/publication/13083052_A_patient_diary_as_a_tool_to_improve_medicine_compliance/links/54dccb800cf282895a3b2474/A-patient-diary-as-a-tool-to-improve-medicine-compliance.pdf

A patient diary as a tool to improve medicine compliance, 1999

M.T.H. van Berge Henegouwen, H.F. van Driel and D.G.A. Kasteleijn-Nolst Trenité

Zgodność (*Compliance*) jest dobrze rozpoznany, ale wciąż nierozwiązany problemem zdrowotnym. Jedną z obecnie stosowanych metod mierzenia przestrzegania zaleceń

terapeutycznych w badaniu klinicznym leków jest dziennik pacjenta. Przestrzeganie przez pacjentów standardowego wypełniania dzienników oceniano u 69 pacjentów z całorocznym nieżytem nosa, którzy zostali losowo przydzieleni do podwójnie ślepego, kontrolowanego placebo badania z nowym kortykosteroidem. W ciągu 3 miesięcy pacjenci zostali poinstruowani, aby dwa razy dziennie wypełniać dzienniczek pod kątem następujących parametrów: objawy przedmiotowe i podmiotowe nieżyty nosa, czas dawkowania, leki towarzyszące, stosowanie leków doraźnych i uwagi. Dzienniki były przeglądane przez lekarza podczas zaplanowanych wizyt. Dwudziestu pacjentów (30%) wypełniło swoje dzienniki dla wszystkich pozycji doskonale, podczas gdy 62 pacjentów (94%) wypełniło ponad 95% wszystkich pozycji. Zgodność wypełniania dziennika w dobrze kontrolowanej próbie jest wysoka. Na całkowite wypełnienie dziennika nie wpłynął wiek, płeć, rasa, jednoczesne stosowanie leków lub niepowodzenie leczenia. Stwierdzono istotne korelacje między czasem trwania badania a lekarzem. Badanie to sugeruje, że wypełnianie codziennego dziennika jest pozytywnie skorelowane z przestrzeganiem przez pacjenta zaleceń dotyczących przyjmowania leków. Lekarze mogą rozważyć użycie dzienników, aby spróbować poprawić przestrzeganie zaleceń. Potrzebne są bardziej szczegółowe badania.

https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J026v19n02_05

Taking Your Medicine Relational Steps to Improving Patient Compliance, 2008

Angela Hausman PhD

Nieprzestrzeganie przez pacjentów zaleceń lekarskich jest głównym problemem, który każdego roku kosztuje miliardy dolarów. Badanie to potwierdza ważną rolę komunikacji, zarówno jako formy wymiany informacji i wsparcia społecznego, jak i partycypacyjnego podejmowania decyzji w poprawie przestrzegania zaleceń przez pacjentów. Wyniki te, oparte na modelowaniu równań strukturalnych, wspierają również interakcję komunikacji i partycypacyjne podejmowanie decyzji, pozytywnie wpływając na zgodność. Wyniki sugerują, że jednostronna komunikacja od lekarza do pacjenta i edukacja pacjenta nie rozwiążą samodzielnie problemów z przestrzeganiem zaleceń. Zamiast tego rozwiązanie obraca się wokół otwartej, dwukierunkowej wymiany informacji, aktywnego słuchania przez obie strony i prawdziwie świadomej zgody pacjentów.

https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525505010004002?casa_token=dDXDAR5jXocAAAAA:ix4TD24ori-Qi5sGVHPCjYWHGk5Ulfcr6uxwE72Wj7V3jel5AiFhMh1dtJgsdgpvo4GTAWxm

The relationships among medicine symptom distress, self-efficacy, patient-provider relationship, and medication compliance in patients with epilepsy, 2010

Hsiu-FangChen· Yun-FangTsai· Yea-PyngLin· Mo-SongShih, Jui-ChenChen

Celem tego badania było zbadanie zależności między objawami, poczuciem własnej skuteczności, relacją pacjent-lekarz i przestrzeganiem zaleceń lekarskich przez pacjentów z padaczką. Pacjentów z padaczką ($n = 357$) rekrutowano z wykorzystaniem pobierania próbek z trzech ośrodków medycznych w północnym Tajwanie. Wyniki wykazały istotne różnice w zależnościach między przestrzeganiem zaleceń lekarskich a następującymi czynnikami: płeć,

stan zatrudnienia, współistniejące choroby przewlekłe, samodzielne prowadzenie pojazdów, codzienna częstotliwość dawkowania leków, napady padaczkowe po pominiętej dawce i poczucie własnej skuteczności.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399112002339>

Patient trust in physicians and adoption of lifestyle behaviors to control high blood pressure, 2012

Deborah E. Jones, Kathryn A. Carson, Sara N. Bleich, Lisa A. Cooper

Celem badania była ocena związku między zaufaniem pacjentów do lekarza a zgłaszanymi przez pacjentów zachowaniami związanymi z modyfikacją stylu życia i stosowaniem leków w celu kontroli nadciśnienia. Siedemdziesiąt procent pacjentów zgłosiło pełne zaufanie do swojego lekarza. W skorygowanych analizach pacjenci z całkowitym zaufaniem mieli większe szanse na zgłoszenie, że próbowali schudnąć niż pacjenci, u których zaufanie do lekarza było mniejsze niż całkowite. Chociaż nie jest to statystycznie istotne, szanse na zgłoszenie próby ograniczenia spożycia soli i regularnych ćwiczeń były większe u pacjentów z całkowitym zaufaniem. Zaufanie do lekarza przepowiada próby odchudzania u pacjentów z nadciśnieniem i może przyczyniać się do prób zmniejszenia soli i wzmoczenia wysiłku fizycznego. Wobec powyższego, Wzmacnianie relacji pacjent - lekarz poprzez wysiłki na rzecz zwiększenia zaufania może być obiecującą strategią zwiększania zaangażowania pacjentów w zachowania związane ze zdrowym stylem życia w przypadku nadciśnienia.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23099230/>

Adherence to antiepilepsy drug therapy, 2012

Edward Faught

Przestrzeganie terapii lekami przeciwpadaczkowymi (AED) ma kluczowe znaczenie dla skutecznego leczenia choroby, jednak wskaźniki przestrzegania zaleceń i wytrwałości są niskie ze względu na kilka barier.

- ▶ Niestosowanie się do farmakoterapii przeciwpadaczkowej jest częstym i poważnym problemem.
- ▶ Nieprzestrzeganie zaleceń znacznie zmniejsza powodzenie leczenia.
- ▶ Konsekwencje nieprzestrzegania zaleceń mogą nie pojawić się natychmiast, co może wywołać samozadowolenie.
- ▶ Schematy dawkowania raz dziennie mogą zwiększyć przestrzeganie zaleceń, a tym samym poprawić wyniki leczenia.
- ▶ Dostępne są zasoby opisujące techniki promujące i oceniające przestrzeganie zaleceń.

[https://www.resmedjournal.com/article/S0954-6111\(99\)90667-4/pdf](https://www.resmedjournal.com/article/S0954-6111(99)90667-4/pdf)

Improving patient compliance with asthma therapy, 2000

K. R. CHAPMAN, L. WALKER, S. CLULEY, L. FABBRI

Z różnych powodów pacjenci nie stosują się do przepisanych leków na astmę. Przyczyny obejmują fizycznej niezdolności do użycia inhalatora, zapomnienie, czy też świadomą decyzję o niestosowaniu leków zgodnie z zaleceniami z powodu wewnętrznych lub kulturowych przekonań dotyczących zdrowia lub czynników społeczno-ekonomicznych. U niektórych pacjentów słaba samoopieka z powodu głęboko zakorzenionych czynników psychologicznych (tj. czynników, o których pacjenci mają tylko ograniczoną świadomość) może wpływać na przestrzeganie zaleceń. Zła komunikacja między lekarzem a pacjentem może być przyczyną wielu innych problemów. Dlatego nie ma jednego rozwiązania, które poprawi przestrzeganie zaleceń u wszystkich pacjentów. Uproszczenie schematu leczenia lub skuteczne przypominanie będzie wystarczające dla niektórych pacjentów, podczas gdy edukacja lub poradnictwo psychologiczne będą bardziej odpowiednie dla innych. Lekarze mogą również wykorzystywać szereg umiejętności komunikacyjnych, aby poprawić sposób przedstawiania informacji, motywowania pacjentów i wzmacniania postępów. Takie podejście, w połączeniu z szacunkiem dla przekonań zdrowotnych pacjentów i angażowaniem ich w decyzje dotyczące leczenia, może pomóc w tworzeniu atmosfery wzajemnej odpowiedzialności i zgodności w zakresie przyjmowania leków.

<https://www.annfammed.org/content/annalsfm/2/5/455.full.pdf>

Physician-Patient Relationship and Medication Compliance: A Primary Care Investigation, 2004

Ngairé Kerse, Stephen Buetow, Arch G. Mainous, Gregory Young, Gregor Coster, Bruce Arroll

W artykule oceniono związek między 4 atrybutami relacji lekarz-pacjent a przestrzeganiem zaleceń lekarskich. Przeprowadzono ankietę w poczekalni, w której wzięło udział 22 lekarzy pierwszego kontaktu w 14 losowo wybranych przychodniach w Auckland w Nowej Zelandii (odsetek odpowiedzi 81%). Łącznie 370 kolejnych pacjentów (wskaźnik odpowiedzi 75%) wypełniło narzędzia ankiety dotyczące 4 atrybutów relacji lekarz-pacjent. Przed konsultacją ustalono ciągłość opieki (ocenianą na podstawie konsultacji z lekarzem, długość ciągłości i postrzegane znaczenie ciągłości) oraz zaufanie do lekarza. Po konsultacji Patient Enablement Index mierzył zdolność lekarza do umożliwienia pacjentom samoopieki, a zgodność między pacjentem a lekarzem była mierzona za pomocą 6-punktowej inwentaryzacji postrzeganej zgodności co do przedstawionego problemu i postępowania, którą ustalono natychmiast po konsultacji. Przestrzeganie przepisanych leków potwierdzono podczas obserwacji telefonicznej po 4 dniach od konsultacji. Ogółem 220 pacjentów (61%) otrzymało receptę, a 79% z nich przyjmowało lek w okresie obserwacji. W analizie jednoczynnikowej tylko zaufanie i zgodność pacjenta z lekarzem były istotnie związane z przestrzeganiem zaleceń. W analizie dodatkowo skorygowanej o czynniki zdrowotne i demograficzne, zgodność lekarz-pacjent była niezależnie związana z przestrzeganiem zaleceń. Konsultacje w ramach podstawowej opieki zdrowotnej z wyższymi poziomami zgodności lekarz-pacjent zgłaszane przez pacjentów wiązały się z o jedną trzecią większą przestrzeganiem zaleceń lekarskich. Nacisk na zrozumienie i ułatwienie porozumienia między lekarzem a pacjentem może korzystnie wpłynąć na wyniki opieki podstawowej.

https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1034/j.1600-0447.2000.00016.x?casa_token=EIbMTeuNYWkAAAAA:ph215PnMsTmmU3y25p3jQC3jVXzR2Uo7jUF_ncpAzhZpacCXNNHegt8Hr6G18DeReh3q9Dmq43OQzQ

Compliance with antipsychotic treatment, 2000

M. Oehl, M. Hummer, W. W. Fleischhacker

Pomimo wykazanej skuteczności leków przeciwpsychotycznych wskaźnik nawrotów wśród pacjentów ze schizofrenią pozostaje wysoki. W tym artykule dokonujemy przeglądu różnych czynników wpływających na przestrzeganie zaleceń i omawiamy możliwości poprawy przestrzegania zaleceń przez pacjentów ze schizofrenią. Podsumowujemy cztery główne czynniki (związane z pacjentem, środowiskiem, lekarzem i leczeniem), które mają wpływ na przestrzeganie zaleceń i omawiamy możliwe środki poprawy przestrzegania zaleceń. Oprócz wielu innych zmiennych omówionych bardziej szczegółowo, kluczowe znaczenie ma zapewnienie pozytywnej relacji lekarz - pacjent oraz dostarczenie wystarczających informacji o stosunku korzyści do ryzyka leku, a także o samej chorobie. Znaczące inne osoby powinny być włączane do sojuszu terapeutycznego, gdy tylko jest to możliwe. Pomimo wielu opublikowanych raportów dotyczących zgodności, pozostaje to problem o wybitnym znaczeniu klinicznym. Lekarze nie mogą tego lekceważyć, aby zoptymalizować leczenie pacjentów ze schizofrenią.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3326765/>

Dynamics of doctor–patient relationship: A cross-sectional study on concordance, trust, and patient enablement, 2012

Amitav Banerjee and Debmitra Sanyal

Szybkie tempo postępu w medycynie osłabia tradycyjną relację lekarz - pacjent. Celem artykułu było (a) Zbadanie wyznaczników podstawowych wymiarów, takich jak zgodność, zaufanie i możliwość relacji lekarz-pacjent; (b) zbadanie ewentualnych powiązań między tymi podstawowymi wymiarami. Zastosowano przekrojowy projekt badania, obejmujący zarówno metody ilościowe, jak i jakościowe. W ramach badania ilościowego przeprowadzono wywiady ze stu dziewięćdziesięciu ośmioma pacjentami. Za pomocą sprawdzonych narzędzi oceniano trzy wymiary relacji lekarz - pacjent, tj. Zgodność lekarza z pacjentem, zaufanie do lekarza oraz możliwość zaangażowania pacjenta. W ramach badania jakościowego przeprowadzono wywiady grupowe wśród kilku lekarzy. W analizie ilościowej większość czynników społeczno-kulturowych nie wykazała istotnego związku z relacją lekarz – pacjent. Jednak płeć była istotnie i silnie związana z zaufaniem do lekarza. Kobiety wykazywały znacznie mniejsze zaufanie do lekarza (50%) w porównaniu z pacjentami płci męskiej (75%) Badanie jakościowe ujawniło język i kulturę, alternatywne leki, komercjalizację medycyny oraz zatłoczenie w specjalistycznych klinikach jako przeszkody w dobrej relacji lekarz-pacjent. Dobra zgodność lekarz - pacjent prowadzi do większego zaufania do lekarza, co z kolei prowadzi do lepszego przystosowania pacjenta, niezależnie od uwarunkowań społeczno-kulturowych.

https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399110002909?casa_token=v9AZyt4tX_IAAAAA:2J2E5riLRWTVVVRgNAbj1wAuqubB5TymV_Kr6mwrrFKZQrc70FK2DMC_bYXXTTtmlFqK0m985

Non-adherence to medication and doctor–patient relationship: Evidence from a European survey, 2011

Charitini Stavropoulou

W badaniach nad determinantami nieprzebrzegania zaleceń lekarskich położono nacisk na zrozumienie roli relacji lekarz – pacjent w podejmowaniu decyzji o stosowaniu się do zaleceń. Brakuje jednak dowodów na ogólne postrzeganie lekarzy przez osoby i ich wpływ na ich decyzję o nieprzebrzeganiu zaleceń. Wyniki pokazują, że postrzeganie lekarzy stanowi model lepiej wyjaśniający nieprzebrzeganie przepisanych leków. Okrycia potwierdzają, że ogólne przekonania, jakie ludzie mają na temat relacji lekarz - pacjent, znacząco wpływają na ich decyzję o nieprzebrzeganiu przepisanych leków. Wykazano, że kluczowe punkty to zaangażowanie w proces podejmowania decyzji, traktowanie pacjentów jak równych sobie i unikanie pozostawiania nierozwiązanych problemów przy przepisywaniu leków.

KOMUNIKACJA

https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399199001081?casa_token=rk0QzOkBBolIAAAA:AnJwsqKex6H0nLhCCSRpnZ50nyTulWnZbOz_39NRvhcWHs-14ZNUKCIwUkGZjcgJj2sgud3J

Doctor–Patient communication and cancer patients’ quality of life and satisfaction, 2000

L.M.L.Ong, M.R.M.Visser, F.B.Lammes, J.C.J.M.de Haes

W niniejszym badaniu zbadano związek między (a) komunikacją lekarzy i pacjentów oraz (b) koncentracją lekarzy na pacjencie podczas konsultacji onkologicznej oraz jakością życia i satysfakcją pacjentów. Rejestrowano konsultacje 96 kolejnych pacjentów z rakiem i analizowano ich treść za pomocą systemu analizy interakcji Roter. Zbieranie danych (kwestionariusze wysłane pocztą) miało miejsce po 1 tygodniu i po 3 miesiącach. Zachowania onkologów nie miały związku z jakością życia pacjentów. Ich zachowania społeczno-emocjonalne odnosiły się zarówno do specyficznych dla wizyty pacjentów, jak i do globalnej satysfakcji. Wielokrotne analizy regresji wykazały, że jakość życia i satysfakcja pacjentów były najsilniej przewidywane przez jakość konsultacji. Co zaskakujące, koncentracja onkologów na pacjentach była negatywnie związana z globalną satysfakcją pacjentów po 3 miesiącach. Podsumowując, komunikacja lekarz - pacjent podczas konsultacji onkologicznej związana jest z jakością życia i satysfakcją pacjenta.

<https://bjgp.org/content/bjgp/51/470/712.full.pdf>

An exploration of the value of the personal doctor–patient relationship in general practice, 2001

Karen E Kearley, George K Freeman and Anthony Heath

W kontekście praktyki lekarskiej, ciągłość opieki stwarza okazję do rozwoju relacji między lekarzem a pacjentem, co wiąże się ze znaczącymi korzyściami dla pacjentów i lekarzy rodzinnych (GP). Ciągłości opieki zagrażają jednak trendy w rozwoju organizacyjnym podstawowej opieki zdrowotnej w Wielkiej Brytanii, a jej nieodłączna rola w ramach praktyki ogólnej jest obecnie przedmiotem debaty. W badaniu tym przeprowadzono wywiady jakościowe z pacjentami i lekarzami pierwszego kontaktu i wykorzystano je do stworzenia równoległego kwestionariusza pacjenta i lekarza pierwszego kontaktu. Każdy pacjent (po 100 z każdej przychodni) został poproszony o wypełnienie kwestionariusza oceniającego ich doświadczenia i poglądy dotyczące opieki. Do wszystkich dyrektorów GP aktualnie praktykujących w Oxfordshire wysłano podobny kwestionariusz, który zawierał również zmienne demograficzne. Ogółem 75% pacjentów zgłosiło posiadanie co najmniej jednego lekarza rodzinnego. Liczba pacjentów zgłaszających się do lekarza rodzinnego w każdej przychodni wahała się od 53% do 92%. Osobista relacja między lekarzem a pacjentem była wysoko ceniona przez pacjentów i lekarzy pierwszego kontaktu, w szczególności w przypadku poważniejszych problemów psychologicznych i rodzinnych, 77–88% pacjentów i 80–98% lekarzy rodzinnych bardziej ceniło relację osobistą niż wygodną wizytę. W przypadku drobnych chorób miało znacznie mniejszą wartość. Pacjenci i lekarze rodzinni szczególnie cenią osobistą relację między lekarzem a pacjentem.

https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399104000990?casa_token=owwdZvsP3uUAAAAA:kmpwfkAMYi4lgEXEq4ccdFmku1uHi_z3fG1pKOCCkNVNzuiEKOjzYsWPvc_nAfXVX4nLKuS2

Socio-economic status of the patient and doctor–patient communication: does it make a difference?, 2005

S.Willems S.De Maesschalck, M.Deveugele, A.Derese, J.De Maeseneer

W tym systematycznym przeglądzie, w którym zawarto 12 oryginalnych prac badawczych i metaanaliz, zbadano, czy status społeczno-ekonomiczny pacjentów wpływa na komunikację między lekarzem a pacjentem. Wyniki pokazują, że pacjenci z niższych klas społecznych otrzymują mniej pozytywnych wypowiedzi społeczno-emocjonalnych i bardziej ukierunkowany i mniej partycypacyjny styl konsultacji, charakteryzujący się znacznie mniejszą informacją, mniejszą liczbą wskazówek i mniejszym budowaniem partnerstwa. Na styl komunikowania się lekarzy wpływa sposób komunikowania się pacjentów: pacjenci z wyższych klas społecznych komunikują się aktywniej i wykazują większą ekspresję afektywną, pobierając więcej informacji od lekarza. Pacjenci z niższych warstw społecznych często znajdują się w niekorzystnej sytuacji z powodu błędnego zrozumienia przez lekarza ich chęci i potrzeby informacji oraz ich zdolności do uczestniczenia w procesie opieki. Skuteczniejsza komunikacja mogłaby zostać ustanowiona zarówno przez lekarzy, jak i przez pacjentów, dzięki świadomości lekarzy na temat kontekstowych różnic komunikacyjnych i umożliwieniu pacjentom wyrażania obaw i preferencji.

<https://link.springer.com/content/pdf/10.1023/A:1013812802937.pdf>

Power Issues in the Doctor-Patient Relationship, 2001

FELICITY GOODYEAR-SMITH and STEPHEN BUETOW

Władza jest nieuniknionym aspektem wszystkich relacji społecznych i z natury nie jest ani dobra, ani zła. Lekarze potrzebują uprawnień, aby wypełniać swoje obowiązki zawodowe wobec wielu osób, w tym pacjentów, społeczności i samych siebie. Pacjenci potrzebują siły, aby formułować swoje wartości, wyrażać i realizować potrzeby zdrowotne oraz wypełniać swoje obowiązki. Jednak obie strony mogą używać lub nadużywać mocy. Etyczną skuteczność systemu opieki zdrowotnej można zmaksymalizować poprzez umożliwienie lekarzom i pacjentom rozwijania relacji „dorosły-dorosły”, a nie „dorosły-dziecko”, które szanują i umożliwiają autonomię, odpowiedzialność, i człowieczeństwo. Nawet w związkach dorosły-dorosły pojawiają się konflikty i zawiłości. Brak zgodności między lekarzami i pacjentami może zachęcać do paternalizmu, ale najlepiej można go rozwiązać poprzez wynegocjowaną opiekę.

https://www.gavinpublishers.com/assets/articles_pdf/1552541370article_pdf857047037.pdf

Doctor-Patient Relationships, 2019

A Puzzle of Fragmented Knowledge Jose Luis Turabian

Relacja lekarz-pacjent była i pozostaje podstawą opieki. Ale istnieje wiele sposobów zrozumienia, sklasyfikowania i przeciwiczenia relacji lekarz-pacjent. W tym scenariuszu w tym artykule rozpoczyna się zadanie uporządkowania różnych sposobów rozumienia, nazywania, różnicowania, klasyfikowania i ćwiczenia relacji lekarz-pacjent. Stwierdzono, że można wyróżnić następujące pojęcia: 1) Hierarchia wymiarów złożoności relacji lekarz - pacjent; 2) Według etapów historycznych; 3) W zależności od stopnia relacji międzyludzkich; 4) na podstawie kontroli lekarza lub pacjenta; 5) Według poziomu uczestnictwa; 6) Według modeli „twórców kontekstów”); 7) Zgodnie z długością ciągłości interpersonalnej; 8) Zgodnie z zaleceniami farmakologicznymi; 9) zgodnie z charakterystyką służby zdrowia; 10) Zgodnie z psychospołecznymi aspektami chorób; 11) Według wieku; oraz 12) Relacje lekarz-pacjent z pacjentami i sytuacjami szczególnymi: emigranci, cudzoziemcy, pacjent z zaburzonymi objawami, pacjenci psychiatryczni, z pacjentem z wadą wzroku lub słuchu, w domu, z różnicami rasowymi, społecznymi klasa, płeć itp.). Wnioskuje się, że relacja lekarz-pacjent jest złożonym, wielorakim i heterogenicznym pojęciem, którego nie można zdefiniować w unikalny sposób ani uogólnić pojęcia „dobrej” relacji, ale istnieje „wiele relacji lekarz-pacjent”, odpowiednich do ich kontekstu, które implikuje również przedefiniowanie instrumentów pomiaru tej zależności.

https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399105003563?casa_token=f4mqdj0tL8kAAAAA:cOyyIbqerh0TL4R_wwEDdGzbuIkCEJW2UAO5ekqamXt5Vlt-easY4rAg4ISZoLMTZjWG1_oP

Cultural differences in medical communication: A review of the literature, 2006

Barbara C.Schouten, Ludwien Meeuwesen

Kultura i pochodzenie etniczne są często wymieniane jako bariery w tworzeniu skutecznych i satysfakcjonujących relacji lekarz-pacjent. Celem tego artykułu jest uzyskanie lepszego

wglądu w problemy międzykulturowej komunikacji medycznej poprzez przegląd badań obserwacyjnych dotyczących międzykulturowej komunikacji lekarz – pacjent. Ponadto zaproponowano model badawczy do studiowania tego tematu w przyszłych badaniach. Dokonano przeglądu literatury z wykorzystaniem internetowych baz danych (Pubmed, Psychlit). Odkrycia ujawniają duże różnice w komunikacji lekarz - pacjent, wynikające z pochodzenia etnicznego pacjentów. Lekarze zachowują się mniej afektywnie podczas interakcji z pacjentami należącymi do mniejszości etnicznych w porównaniu z pacjentami rasy białej. Sami pacjenci z mniejszości etnicznych są również mniej wyraziści werbalnie; wydają się być mniej asertywni i afektywni podczas spotkania medycznego niż pacjenci rasy białej. Większość przeanalizowanych badań nie odnosiła zachowań komunikacyjnych do możliwych zmiennych związanych z kulturą poprzedzającą, ani nie oceniała wpływu różnic kulturowych w komunikacji lekarz-pacjent na wyniki, pozostawiając nas w ciemności co do przyczyn i konsekwencji różnic w międzykulturowej komunikacji medycznej. W literaturze wyróżniono pięć kluczowych predyktorów problemów komunikacyjnych związanych z kulturą: (1) różnice kulturowe w wyjaśniających modelach zdrowia i choroby; (2) różnice w wartościach kulturowych; (3) różnice kulturowe w preferencjach pacjentów co do relacji lekarz – pacjent; (4) rasizm / uprzedzenia percepcyjne; (5) bariery językowe. Stwierdzono, że poprzez włączenie tych zmiennych do modelu badawczego, przyszłe badania na ten temat mogą zostać wzmocnione, zarówno z perspektywy teoretycznej, jak i metodologicznej.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399111002412>

Survey of family physicians' perspectives on management of immigrant patients: Attitudes, barriers, strategies, and training needs, 2012

Ognjen Papic, Ziad Malak, Ellen Rosenberg

Imigranci w Kanadzie stanowią znaczną część populacji i mają wyjątkowe i złożone potrzeby zdrowotne. Niniejsze badanie zostało podjęte w celu oceny poglądów lekarzy rodzinnych na opiekę nad tą populacją. Kwestionariusze rozdano lekarzom rodzinnym w Montrealu ($n = 598$). Głównymi obszarami zainteresowania były postawy lekarzy rodzinnych w opiece nad imigrantami, w tym dostrzegane bariery, zasoby i strategie stosowane w przyjmowaniu pacjentów imigrantów, a także szkolenie lekarzy w zakresie opieki nad imigrantami. Lekarze rodzinni uważają trudności komunikacyjne za główną przeszkodę i chcieliby, aby dostęp do tłumaczy poprawił się. Bardzo niewielu lekarzy korzysta z profesjonalnych tłumaczy. Tylko niewielka część lekarzy przeszła specjalne szkolenie w zakresie kompetencji międzykulturowych. Znajomość perspektyw lekarzy jest podstawowym elementem, na którym można oprzeć interwencje mające na celu poprawę jakości opieki nad tą populacją. Należy przypomnieć lekarzom o znaczeniu korzystania z profesjonalnych usług tłumaczeniowych podczas spotkań wielojęzycznych. Szkolenie międzykulturowe powinno być dalej zaawansowane w kanadyjskich programach medycznych.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399117304755> 4

The impact of gender on medical visit communication and patient satisfaction within the Japanese primary care context, 2018

Ikuko Noroa Debra, L.Roterb Satoko, Kurosawac Yasuhiko, Miurad MasatoIshizakie

Niniejsze badanie zostało zaprojektowane w celu wypełnienia znaczących luk w literaturze badawczej poprzez zbadanie wpływu zgodności płci w komunikacji medycznej i satysfakcji pacjentów w kontekście japońskim. Nowych pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej (54 mężczyzn i 49 kobiet) przydzielono losowo do badania internistów (6 mężczyzn i 5 kobiet). Zarejestrowane wizyty zostały zakodowane w systemie analizy interakcji Roter (RIAS). Po wizycie pacjenci wypełniali japońską wersję Skali Satysfakcji z Wywiadu Medycznego (MISS). Jednoczesne wizyty kobiet wykazały wyższy poziom koncentracji na pacjencie niż wszystkie inne kombinacje płci. Lekarze płci żeńskiej znacznie zmodyfikowali swój sposób komunikacji w oparciu o płeć pacjenta, podczas gdy lekarze płci męskiej nie. Zgodność płci wiązała się z wyższą satysfakcją kobiet, ale niższą satysfakcją pacjentów mężczyzn w porównaniu z wizytami niezgodnymi z płcią. W przeciwieństwie do normatywnego doświadczenia medycyny jako zawodu zdominowanego przez mężczyzn w Japonii i różnic władzy ze względu na płeć, komunikacja kliniczna między płciami jest mniej prawdopodobna, aby zadowolić pacjentów płci męskiej niż żeńskiej, podczas gdy komunikacja między kobietami jest pozytywnie związana z satysfakcją pacjentek.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399112004612>

Are GP patients' needs being met? Unfulfilled information needs among native-Dutch and Turkish-Dutch patients, 2013

Sanne Schinkel Barbara, C.Schouten Julia, C.M.van Weert

Niniejsze badanie ma na celu ocenę niespełnionych potrzeb informacyjnych pacjentów niderlandzkich i turecko-holenderskich lekarzy ogólnych (GP) w Holandii. Ponadto badany jest związek między postrzeganymi i zarejestrowanymi informacjami przekazywanymi przez lekarzy pierwszego kontaktu. Niespełnione potrzeby informacyjne pacjentów pochodzenia holenderskiego ($N = 117$) i turecko-holenderskich ($N = 74$) oceniano za pomocą kwestionariuszy przed i po konsultacji. Wykonano nagrania z konsultacji lekarzy rodzinnych w celu zakodowania informacji udzielanych przez lekarza pierwszego kontaktu. Pacjenci turecko-holenderscy mają więcej niespełnionych potrzeb informacyjnych niż rdzenni Holendrzy, w szczególności ci, którzy identyfikują się na równi z kulturą holenderską i turecką. Ogólnie rzecz biorąc, postrzegane dostarczanie informacji nie ma nic wspólnego z udokumentowanym dostarczaniem informacji. Lekarze rodzinni w niewystarczający sposób udzielają pacjentom turecko-holenderskim, a w mniejszym stopniu także pacjentom pochodzącym z tego kraju, potrzebnych im informacji. Lekarze rodzinni powinni zostać przeszkoleni w zakresie udzielania odpowiednich, dostosowanych informacji pacjentom o różnym pochodzeniu etnicznym i kulturowym.

<https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-11-12>

The social gradient in doctor-patient communication, 2012

Evelyn Verlinde, Nele De Laender, Stéphanie De Maesschalck, Myriam Deveugele, Sara Willems

W ostatnich latach często przedmiotem badań jest znaczenie różnic społecznych w relacjach lekarz - pacjent. Przegląd z 2002 roku zsyntetyzował dowody na ten temat. Biorąc pod uwagę rosnące znaczenie nierówności społecznych w ochronie zdrowia, aktualizacja tego przeglądu jest bardzo istotna. Uwzględniono dwadzieścia oryginalnych artykułów naukowych i metaanaliz. Różnice społeczne w komunikacji lekarz - pacjent opisano według następującej klasyfikacji: zachowania werbalne, w tym zachowania instrumentalne i afektywne, zachowania niewerbalne i zachowania skoncentrowane na pacjencie. Przegląd ten wskazuje, że literatura dotycząca gradientu społecznego w komunikacji lekarz-pacjent, która została opublikowana w ciągu ostatniej dekady, porusza nowe zagadnienia i tematy. Po pierwsze, większość znalezionych badań podkreśla znaczenie wzajemności komunikacji. Po drugie, wydaje się, że rośnie zainteresowanie postrzeganiem przez pacjenta komunikacji lekarz-pacjent. Zwiększając świadomość lekarzy na temat różnic komunikacyjnych oraz umożliwiając pacjentom wyrażanie obaw i preferencji, można ustanowić skuteczniejszą komunikację.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399109004571?via%3Dihub>

Patient-provider communication and low-income adults: Age, race, literacy, and optimism predict communication satisfaction, 2010

IJakob D.Jensen Andy J.King Lisa M.Guntzville LaShara A.Davis

Celem artykułu była ocena, czy umiejętność czytania, pisanie i liczenia oraz optymizm są związane z zadowoleniem dorosłych o niskich dochodach z umiejętności komunikacyjnych świadczeniodawcy. Osoby dorosłe o niskich dochodach ($N = 131$) rekrutowano z siedmiu hrabstw w stanie Indiana w ramach programów uniwersyteckich. Dane ankietowe ujawniły, że cztery zmienne istotnie przewidywały satysfakcję: wiek, rasa, umiejętność czytania i pisanie oraz optymizm. Dorosli o niskich dochodach w obecnym badaniu byli bardziej krytyczni w stosunku do umiejętności komunikacyjnych świadczeniodawcy. W populacjach o niskich dochodach zadowolenie z komunikacji może być niższe w przypadku grup, które tradycyjnie są aktywne w interakcjach lekarz-pacjent (np. Młodszy pacjenci, pacjenci z wyższymi umiejętnościami czytania i pisanie). Świadczeniodawcy powinni nadal poszukiwać sposobów ułatwiania dialogu z tymi grupami, które nie mają na to ochoty.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399106003235?via%3Dihub>

Influences on patients' ratings of physicians: Physicians demographics and personality, 2007

PaulDuberstein SeanMeldrum KevinFiscella Cleveland G.Shields Ronald M.Epstein

Istnieje duże zainteresowanie wpływem lekarzy na oceny pacjentów. W tym badaniu przekrojowym pacjenci ($n = 4616$; przedział wiekowy: 18–65 lat) oceniali poziom zadowolenia z lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej ($n = 96$). Pacjentów i lekarzy rekrutowano z przychodni podstawowej opieki zdrowotnej w aglomeracji Rochester w stanie Nowy Jork. Pacjenci leczeni przez lekarza przez 1 rok lub krócej oceniali lekarzy mężczyzn wyżej niż lekarki płci żeńskiej. Ta różnica płci zniknęła po 1 roku, ale dwie cechy osobowości lekarza, otwartość i sumienność, były związane z ocenami pacjentów w dłuższych relacjach pacjent – lekarz. Pacjenci twierdzą, że są bardziej zadowoleni z lekarzy, którzy mają

stosunkowo wysoką otwartość i przeciętną sumienność. Starsi pacjenci zapewniają wyższe oceny niż młodszy pacjenci, a ci z większym obciążeniem medycznym oceniali swoich lekarzy wyżej. Oceny lekarzy przez pacjentów są uzależnione od wielu czynników. Przyszłe badania dotyczące satysfakcji pacjenta i relacji lekarz-pacjent przyniosłyby korzyści, gdyby uwzględniono osobowość lekarza. Identyfikacja cech osobowości lekarza, które ułatwiają lub osłabiają komunikację, zaufanie, koncentrację na pacjencie i przestrzeganie przez pacjenta przepisanych metod leczenia, jest ważnym priorytetem. Można stworzyć środowiska uczenia się, aby wzmocnić pewne cechy i odpowiadające im nawyki umysłu, które zwiększają satysfakcję pacjenta. Taka zmiana w kulturze edukacji i praktyki medycznej może mieć konsekwencje dla opieki nad pacjentem.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399104000990?via%3Dihub>

Socio-economic status of the patient and doctor–patient communication: does it make a difference?, 2005

S.Willems S.De Maesschalck M.Deveugele A.Derese J.De Maeseneer

W tym systematycznym przeglądzie, w którym zawarto 12 oryginalnych prac badawczych i metaanaliz, zbadano, czy status społeczno-ekonomiczny pacjentów wpływa na komunikację między lekarzem a pacjentem. Wyniki pokazują, że pacjenci z niższych klas społecznych otrzymują mniej pozytywnych wypowiedzi społeczno-emocjonalnych i bardziej ukierunkowany i mniej partycypacyjny styl konsultacji, charakteryzujący się znacznie mniejszą informacją i mniejszą liczbą. Na styl komunikowania się lekarzy wpływa sposób komunikowania się pacjentów: pacjenci z wyższych klas społecznych komunikują się aktywniej i wykazują większą ekspresję afektywną, pobierając więcej informacji od lekarza. Pacjenci z niższych warstw społecznych często znajdują się w niekorzystnej sytuacji z powodu błędnego zrozumienia przez lekarza ich chęci i potrzeby informacji oraz ich zdolności do uczestniczenia w procesie opieki. Skuteczniejsza komunikacja mogłaby zostać ustanowiona zarówno przez lekarzy, jak i przez pacjentów, dzięki świadomości lekarzy na temat kontekstowych różnic komunikacyjnych i umożliwieniu pacjentom wyrażania obaw i preferencji.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1369-7625.2008.00516.x>

Measuring patients' perceptions of communication with healthcare providers: Do differences in demographic and socioeconomic characteristics matter?, 2009

Jennifer E. DeVoe, Lorraine S. Wallace PhD, George E. Fryer Jr PhD

Zrozumienie komunikacji między pacjentem a lekarzem jest niezbędne do opracowania polityk, które mierzą, jak dobrze system opieki zdrowotnej zapewnia opiekę. Badanie to miało na celu ustalenie, które z czynników demograficznych, jeśli w ogóle, były niezależnie związane z tym, jak pacjenci w USA postrzegają różne aspekty komunikacji ze swoimi świadczeniodawcami. Badanie było przekrojową analizą reprezentatywnych dla kraju danych z badania panelowego wydatków medycznych z 2002 r. (MEPS). Wśród dorosłych Amerykanów, którzy odwiedzili służbę zdrowia w ciągu ostatniego roku ($n =$ około 16 700), oceniono związek między kilkoma współzmiennymi czynnikami demograficznymi i społeczno-ekonomicznymi oraz

czterema zależnymi miarami postrzegania komunikacji przez pacjentów z ich świadczeniodawcami. We wszystkich czterech miarach komunikacji starsi pacjenci byli bardziej skłonni do zgłaszania pozytywnych opinii. Posiadanie ubezpieczenia zdrowotnego i zwykłego źródła opieki były konsekwentnymi predyktorami pozytywnego postrzegania komunikacji. Pacjenci pochodzenia latynoskiego również zgłaszali lepsze postrzeganie komunikacji we wszystkich czterech miarach. Pacjenci znajdujący się w najbardziej niekorzystnej sytuacji ekonomicznej rzadziej zgłaszali, że świadczeniodawcy zawsze wyjaśniali rzeczy tak, aby rozumieli. Pacjenci płci męskiej częściej zgłaszali, że usługodawcy zawsze spędzali z nimi wystarczająco dużo czasu. Niniejsze badanie sugeruje, że postrzeganie komunikacji przez pacjentów w placówkach opieki zdrowotnej znacznie się różni w zależności od danych demograficznych i innych indywidualnych cech pacjenta. W tym artykule omówiono znaczenie tych różnic w komunikacji dla projektowania polityk mających na celu poprawę systemów opieki zdrowotnej, zarówno na poziomie indywidualnej praktyki, jak i na poziomie krajowym.

<https://academic.oup.com/fampra/article/20/4/478/625252>

Communication in general practice: differences between European countries, 2003

A van den Brink-Muinen, PFM Verhaak, JM Bensing, O Bahrs, M Deveugele, L Gask, N Mead, F Leiva-Fernandez, A Perez, V Messerli

Celem artykułu było (i) porównanie komunikacji między lekarzem a pacjentem w praktyce ogólnej w krajach europejskich; oraz (ii) zbadanie wpływu systemu, lekarza rodzinnego i charakterystyki pacjenta na komunikację między lekarzem a pacjentem w praktyce ogólnej. Dane zebrano za pomocą kwestionariuszy pacjentów i lekarza rodzinnego oraz obserwacji konsultacji nagranych na wideo, a następnie przeanalizowano za pomocą jednokierunkowej i wielopoziomowej analizy wieloczynnikowej. Różnice w komunikacji między krajami stwierdzono w: zachowaniach afektywnych i instrumentalnych; rozmowa biomedyczna i psychospołeczna; Spojrzenie skierowane na pacjenta przez lekarza pierwszego kontaktu; i długość konsultacji. Badanie wykazało, że rola lekarza pierwszego kontaktu (w przypadku zarejestrowanych pacjentów) była mniej ważna w komunikacji lekarz - pacjent, niż oczekiwano. Cechy pacjenta, takie jak płeć, wiek, posiadanie problemów psychospołecznych oraz zażyłość między lekarzem a pacjentem były najważniejsze w wyjaśnianiu różnic w komunikacji. Rola lekarza pierwszego kontaktu nie jest istotna w wyjaśnianiu komunikacji między lekarzem a pacjentem. Relacja jest bardziej złożona niż oczekiwano. Ważniejsze są cechy pacjenta i lekarza pierwszego kontaktu. W przyszłych badaniach należy uwzględnić czynniki kulturowe.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399106003272?via%3Dihub>

Patient participation in the medical specialist encounter: Does physicians' patient-centred communication matter?, 2007

Linda C.Zandbelt Ellen M.A.Smets Frans J.Oort Mieke H.Godfried Hanneke C.J.M.de Haes

Zakłada się, że komunikacja lekarzy skoncentrowana na pacjencie stymuluje aktywny udział pacjentów, prowadząc w ten sposób do skuteczniejszej i bardziej humanitarnej wymiany

podczas konsultacji lekarskiej. Zbadaliśmy związek między komunikacją lekarzy skoncentrowaną na pacjencie a uczestnictwem pacjenta w środowisku lekarza specjalisty. Uczestnikami było 30 rezydentów i lekarzy internistów oraz 323 ich pacjentów. Uczestnicy wypełnili kwestionariusz przed (nagraną na wideo) konsultacją uzupełniającą. Komunikację lekarzy skoncentrowaną na pacjencie oceniano poprzez kodowanie zachowań, które ułatwiają lub raczej utrudniają pacjentom wyrażanie swojej perspektywy. Udział pacjentów określono poprzez ocenę (a) ich względnego wkładu w rozmowę i (b) ich aktywnego uczestnictwa. W analizach uwzględniono istotne cechy podstawowe. Stwierdzono, że ułatwiające zachowanie lekarzy jest pozytywnie związane z wkładem pacjentów w rozmowę, a także z aktywnym zachowaniem pacjentów. Hamujące zachowanie lekarzy nie było związane z wkładem pacjentów i nieoczekiwane było dodatkowo związane z aktywnym zachowaniem pacjentów. Zachowanie lekarzy było szczególnie związane z wyrażaniem przez pacjentów obaw i wskazówek. Wydaje się, że lekarze medycyny wewnętrznej są w stanie ułatwić pacjentom aktywny udział w wizycie. Odkrycia wskazują, że hamowanie zachowań może nie mieć oczekiwanego efektu blokującego na uczestnictwo pacjentów: pacjenci tak samo wyrażali swój punkt widzenia i wyrażali jeszcze więcej obaw. Okazywanie zachowań hamujących może alternatywnie być odpowiedzią lekarza na zwiększony udział pacjenta w spotkaniu. Wyniki mogą wskazać kierunki przyszłej edukacji medycznej i szkoleń specjalistycznych.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/027795369190288N?via%3Dihub>

Information-giving in medical consultations: The influence of patients' communicative styles and personal characteristics, 1991

Richard L. Street Jr

Informowanie pacjenta jest prawdopodobnie najważniejszym komunikacyjnym obowiązkiem lekarza. Uznając to, badacze od dawna interesują się pytaniem, dlaczego niektórzy pacjenci otrzymują więcej informacji od lekarzy niż inni. W artykule argumentuje się, że na ilość informacji przekazywanych pacjentom przez lekarzy podczas konsultacji lekarskich mogą mieć wpływ dwa zestawy czynników: cechy osobowe pacjentów (wiek, płeć, wykształcenie i lęk) oraz style komunikowania się pacjentów (zadawanie pytań, wyrażanie opinii i wyrażanie zaniepokojenia). Analiza nagrań audiowizualnych 41 konsultacji lekarz-pacjent w poradni rodzinnej ujawniła kilka znaczących ustaleń: (a) informacje dotyczące diagnozy i kwestii zdrowotnych dotyczyły przede wszystkim niepokoju, edukacji i zadawania pytań pacjenta, (b) informacje dotyczące leczenia były przede wszystkim funkcją zadawania pytań przez pacjenta i wyrażania obaw, oraz (c) na asertywność i ekspresję pacjentów miało silny wpływ stosowanie przez lekarzy wypowiedzi "budujących partnerstwo", które nakłaniały pacjenta do pytań, wyrażania obaw i opinii. Dane sugerują, że próbując wyjaśnić czynniki wpływające na informatywność lekarzy, badacze muszą wziąć pod uwagę cechy stylów komunikowania się pacjentów, a także sposób postrzegania przez lekarzy określonych grup pacjentów. Dane sugerują, że próbując wyjaśnić czynniki wpływające na informatywność lekarzy, badacze muszą wziąć pod uwagę cechy stylów komunikowania się pacjentów, a także sposób postrzegania przez lekarzy określonych grup pacjentów.

<https://link.springer.com/article/10.1046%2Fj.1525-1497.2003.31968.x>

Dimensions of patient-provider communication and diabetes self-care in an ethnically diverse population, 2003

John D. Piette, Dean Schillinger, Michael B. Potter, Michele Heisler

Komunikacja między pacjentem a lekarzem ma zasadnicze znaczenie dla skutecznej opieki nad cukrzycą i innymi chorobami przewlekłymi. Jednak względny wpływ komunikacji ogólnej i specyficznej dla choroby na samokontrolę jest słabo poznany, podobnie jak determinanty tych dwóch wymiarów komunikacji. Do badania zakwalifikowano siedemset pięćdziesięciu dwóch pacjentów z cukrzycą. Pięćdziesiąt dwa procent nie było rasy białej, 18% miało mniej niż średnie wykształcenie, a 8% było głównie mówiących po hiszpańsku. Oceny pacjentów dotyczące ogólnej komunikacji lekarzy i specyficznej dla cukrzycy komunikacji zostały zmierzone za pomocą zwalidowanych skal. Pacjenci wrażliwi socjodemograficznie (mniejszości rasowe i językowe oraz osoby z mniejszym wykształceniem) zgłaszali, że komunikacja była równie dobra lub lepsza niż ta zgłaszana przez innych pacjentów. Pacjenci otrzymujący większość opieki diabetologicznej od lekarza pierwszego kontaktu oraz pacjenci pozostający w dłuższej relacji podstawowej opieki zdrowotnej zgłaszali lepszą komunikację ogólną. Pacjenci z klinik powiatowych zgłaszali lepszą komunikację dotyczącą cukrzycy niż pacjenci z klinik uniwersyteckich. Komunikacja ogólna i specyficzna dla cukrzycy są powiązanymi, ale wyjątkowymi aspektami interakcji pacjent-lekarz.

<https://www.bmj.com/content/321/7265/867>

Do patients wish to be involved in decision making in the consultation? A cross sectional survey with video vignettes, 2000

Brolchain B. N.

Celem artykułu było określenie preferencji pacjentów do wspólnego lub ukierunkowanego stylu konsultacji w części decyzyjnej konsultacji ogólnej. Pacjenci różnie preferowali udział w podejmowaniu decyzji podczas konsultacji. W analizie regresji wielorakiej stwierdzono, że preferencje pacjentów były niezależnie przewidywane przez obserwowany problem (pacjenci z problemami fizycznymi preferowali podejście ukierunkowane), wiek pacjentów (pacjenci w wieku 61 lat lub starsi częściej preferowali podejście ukierunkowane), społeczne klasa społeczna (klasy społeczne I i II częściej preferowały wspólne podejście) i status palenia (palacze częściej wolą wspólne podejście). Pacjenci mogą różnić się chęcią udziału w podejmowaniu decyzji podczas konsultacji. Chociaż wydaje się, że zróżnicowanie to zależy od występującego problemu, wieku, klasy społecznej i statusu palenia, skojarzenia te nie są stałe. Lekarze potrzebują umiejętności, wiedzy swoich pacjentów i czasu, aby określić, w jakich sytuacjach, z jakimi chorobami i na jakim poziomie ich pacjenci chcą brać udział w podejmowaniu decyzji.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399106002291?via%3Dihub>

Clinical decision-making: Patients' preferences and experiences, 2007

ElizabethMurray LancePollack MarthaWhite BernardLo

Celem artykułu było określenie zgodności pomiędzy preferowanym przez pacjentów stylem podejmowania decyzji klinicznych a stylem, którego zwykle doświadczali oraz czy ta zgodność była związana ze statusem społeczno-ekonomicznym i / lub postrzeganą jakością opieki zapewnianej przez stałego lekarza respondenta. Zastosowano przekrojowe badanie amerykańskiej opinii publicznej za pomocą wspomaganych komputerowo rozmów telefonicznych. Ukończono trzy tysiące dwieście dziewięć wywiadów (wskaźnik ukończenia 72%). Sześćdziesiąt dwa procent respondentów preferowało wspólne podejmowanie decyzji, 28% preferowało konsumpcjonizm, a 9% paternalizm. Siedemdziesiąt procent doświadczyło preferowanego przez siebie stylu podejmowania decyzji klinicznych. Doświadczenie preferowanego stylu wiązało się z wysokimi dochodami i posiadaniem stałego lekarza, który był postrzegany jako zapewniający doskonałą lub bardzo dobrą opiekę. Zarówno status społeczno-ekonomiczny, jak i posiadanie stałego lekarza, którego respondent ocenił wysoko, są niezależnie kojarzone z doświadczaniem przez pacjentów preferowanego stylu podejmowania decyzji klinicznych. Systemy, które promują ciągłość opieki i rozwój stałej relacji lekarz - pacjent, mogą promować równość w opiece zdrowotnej, pomagając pacjentom doświadczyć preferowanego stylu podejmowania decyzji klinicznych.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953607001645?via%3Dihub>

Physicians' communication and perceptions of patients: Is it how they look, how they talk, or is it just the doctor?, 2007

Richard L. Street Jr. Howard Gordon Paul Haidet

Chociaż styl komunikacji i percepcja lekarzy wpływają na wyniki, w niewielu badaniach zbadano, w jaki sposób te spostrzeżenia odnoszą się do sposobu komunikowania się lekarzy z pacjentami. Co więcej, chociaż wiele czynników może wpływać na proces komunikacji, w niewielu badaniach przeanalizowano te efekty łącznie w celu zidentyfikowania najsilniejszych wpływów na komunikację i percepcję lekarza. Lekarze ($N = 29$) i pacjenci ($N = 207$) z 10 placówek ambulatoryjnych w Stanach Zjednoczonych wzięli udział w badaniu. Na podstawie nagrań dźwiękowych tych wizyt, koderzy ocenili komunikację lekarzy i ich wpływ, a także udział i afekt pacjentów. Lekarze byli bardziej skoncentrowani na pacjencie, jeśli chodzi o pacjentów, których postrzegali jako lepiej komunikujących się, bardziej zadowolonych i bardziej skłonnych do przestrzegania zaleceń. Lekarze wykazywali bardziej skoncentrowaną na pacjencie komunikację i lepiej postrzegani pacjenci, którzy wyrażali pozytywne emocje, byli bardziej zaangażowani i mniej kłótniwi. Lekarze bardziej kłócili się z czarnoskórymi pacjentami, których również postrzegali jako mniej skutecznych w obszarze komunikacji i mniej zadowolonych. Wreszcie, lekarze, którzy zgłaszali skoncentrowanie się na pacjencie w relacji lekarz-pacjent, również byli bardziej skoncentrowani na pacjencie w swojej komunikacji. Wyniki sugerują, że wzajemność i wzajemny wpływ mają silny wpływ na te interakcje, ponieważ bardziej pozytywna (lub negatywna) komunikacja od jednego uczestnika prowadzi do podobnych reakcji drugiego. Spotkania lekarzy z pacjentami rasy czarnej ujawniły trudności komunikacyjne, które mogą obniżyć jakość opieki nad tymi pacjentami.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399106001868?via%3Dihub>

Are physicians' attitudes of respect accurately perceived by patients and associated with more positive communication behaviors? 2006

Mary Catherine Beach Debra L. Roter bNae-Yuh Wang Patrick S. Duggan Lisa A. Cooper

Celem artykułu było badanie szacunku zgłaszanego przez lekarzy do poszczególnych pacjentów poprzez badanie następujących pytań: Jak zmienia się szacunek dla pacjentów zgłaszany przez lekarzy? Jakie cechy pacjentów wiążą się z większym szacunkiem zgłaszanym przez lekarzy? Czy pacjenci dokładnie postrzegają poziom szacunku lekarza? Czy istnieją określone zachowania komunikacyjne związane ze zgłaszanym przez lekarza szacunkiem dla pacjentów? Przebadano 215 spotkań pacjenta z lekarzem z 30 różnymi lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej. Po każdym spotkaniu lekarz oceniał poziom szacunku, jaki darzył tego pacjenta, używając następującego punktu: „W porównaniu z innymi pacjentami, mam dużo szacunku dla tego pacjenta” na pięciostopniowej skali, pomiędzy zdecydowanie zgadzam się i zdecydowanie się nie zgadzam. Pacjenci wypełnili kwestionariusz po wizycie, który zawierał równoległy punkt szacunku: „Ten lekarz darzy mnie wielkim szacunkiem”. Szacunek zgłaszany przez lekarzy był różny u różnych pacjentów. Lekarze stanowczo zgodzili się, że darzyli szacunkiem 73 pacjentów (34%). Lekarze zgłaszali wyższy poziom szacunku dla starszych pacjentów i pacjentów, których dobrze znali. Poziom szacunku, jaki lekarze okazywali poszczególnym pacjentom, nie był istotnie związany z płcią, rasą, wykształceniem lub stanem zdrowia tego pacjenta. Podczas gdy 45% pacjentów przeceniało szacunek lekarza, 38% podało szacunek dokładnie tak, jak ocenił lekarz, a 16% zaniżało szacunek lekarza. Ci, którzy byli najmniej szanowani przez swojego lekarza, byli najmniej skłonni postrzegać siebie jako wysoce szanowanych; tylko 36% najmniej szanowanych pacjentów w porównaniu z 59% i 61% wysoko i średnio szanowanych pacjentów postrzegało siebie jako osoby wysoce szanowane. Oceny szacunku lekarzy różnią się u poszczególnych pacjentów i są przede wszystkim związane z ich znajomością, a nie cechami socjodemograficznymi. Pacjenci są w stanie dostrzec, kiedy lekarze ich szanują, chociaż gdy nie są dokładni, zwykle przeceniają szacunek lekarza. Lekarze, którzy okazują większy szacunek poszczególnym pacjentom, udzielają więcej informacji i wyrażają bardziej pozytywne emocje podczas wizyt z tymi pacjentami.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33246451/>

Mental health professionals' experiences with shared decision-making for patients with psychotic disorders: a qualitative study, 2020

Espen W Haugom, Bjørn Stensrud, Gro Beston, Torleif Ruud, Anne S Landheim

Wspólne podejmowanie decyzji (SDM) to proces, w ramach którego klinicyści i pacjenci współpracują przy wyborze leczenia na podstawie zarówno preferencji pacjenta, jak i dowodów klinicznych. Chociaż pacjenci z zaburzeniami psychicznymi chcą w większym stopniu uczestniczyć w podejmowaniu decyzji dotyczących ich opieki, mają na to ograniczone możliwości z powodu różnych barier. Znajomość doświadczeń pracowników służby zdrowia z SDM jest ważna dla pomyślnego wdrożenia. Celem badania było opisanie i zbadanie doświadczeń SDM pracowników służby zdrowia z pacjentami z zaburzeniami psychicznymi. Przeprowadzono trzy wywiady grupowe z udziałem 18 pracowników służby zdrowia, którzy

pracują w jednym z trzech norweskich ośrodków zdrowia psychicznego, w których leczeni są pacjenci z zaburzeniami psychicznymi. Zastosowaliśmy podejście opisowe i eksploracyjne, wykorzystując jakościową analizę treści. Pracownicy służby zdrowia rozumieją koncepcję SDM przede wszystkim jako udzielanie pacjentom informacji i przedstawianie im wyboru między różnymi lekami przeciwpsychotycznymi. Wśród barier dla SDM podkreślili, że pacjenci z psychozą mają ograniczone zrozumienie swojej sytuacji zdrowotnej i że potrzeba czasu, aby zbudować zaufanie i sojusze. Pracownicy służby zdrowia rozumieją pacjentów z zaburzeniami psychicznymi głównie jako grupę o ograniczonych zdolnościach do podejmowania własnych decyzji. Opisali również koncepcję SDM, nie zastanawiając się nad przedstawieniem różnych opcji leczenia. Interwencje psychologiczne lub społeczne były często przedstawiane jako uzupełnienie leków przeciwpsychotycznych, a nie jako alternatywa dla nich. Zrozumienie SDM przez pracowników służby zdrowia jest niezgodne z definicją powszechnie stosowaną w literaturze. Uważają, że pacjenci z zaburzeniami psychicznymi mają ograniczone możliwości uczestniczenia w podejmowaniu decyzji dotyczących własnego leczenia. Odkrycia te sugerują, że pracownicy służby zdrowia potrzebują bardziej teoretycznego i praktycznego szkolenia w zakresie SDM.

<https://www.jmir.org/2015/6/e143/>

The Impact of Internet Health Information on Patient Compliance: A Research Model and an Empirical Study, 2015

John Laugesen; Khaled Hassanein, Yufei Yuan

Pacjenci coraz częściej poszukują i wykorzystują internetowe informacje zdrowotne, aby aktywniej zarządzać własnym zdrowiem we współpracy ze swoimi lekarzami. Tendencja ta ma zarówno pozytywny, jak i negatywny wpływ na interakcje między pacjentami a ich lekarzami. Dlatego ważne jest, aby zrozumieć wpływ, jaki coraz częstsze korzystanie z internetowych informacji zdrowotnych ma na relacje pacjent-lekarz i przestrzeganie przez pacjentów schematów leczenia. Niniejsze badanie analizuje wpływ korzystania przez pacjentów z internetowych informacji zdrowotnych na różne elementy charakteryzujące interakcje między pacjentem a jego lekarzem. Do walidacji modelu za pomocą różnych technik statystycznych wykorzystano badanie ankietowe obejmujące 225 uczestników. Badania te ujawniły, że zarówno zgodność pacjent-lekarz, jak i postrzegana asymetria informacji mają znaczący wpływ na przestrzeganie zaleceń przez pacjenta, przy czym zgodność pacjent-lekarz wykazuje znacznie silniejszy związek. Ponadto zarówno jakość lekarza, jak i jakość informacji o stanie zdrowia w Internecie mają znaczący wpływ na zgodność pacjenta z lekarzem, przy czym jakość lekarza wykazuje znacznie silniejszy związek. Wreszcie stwierdzono, że tylko jakość lekarzy miała znaczący wpływ na postrzeganą asymetrię informacji, podczas gdy jakość informacji o zdrowiu w Internecie nie miała wpływu na postrzeganą asymetrię informacji. Podsumowując, badanie to wykazało, że lekarze mogą pozostawać spokojni, jeśli chodzi o obawy dotyczące korzystania przez pacjentów z internetowych informacji zdrowotnych, ponieważ jakość lekarza ma największy wpływ na to, że pacjenci i ich lekarze są zgodni co do ich sytuacji medycznej i zalecanego schematu leczenia, a także przestrzegania przez pacjenta zaleceń. Wyniki wskazują również, że porozumienie między pacjentem a lekarzem w sprawie sytuacji medycznej i leczenia jest znacznie ważniejsze dla przestrzegania zaleceń niż

postrzegana luka informacyjna między pacjentem a lekarzem (tj. Lekarz posiadający wyższy poziom informacji w porównaniu z pacjentem) . Dodatkowo, poziom porozumienia między pacjentem a lekarzem w zakresie sytuacji medycznej jest bardziej zależny od postrzeganej przez niego jakości lekarza niż od postrzeganej jakości wykorzystywanych w Internecie informacji o zdrowiu. Badanie to wykazało, że tylko postrzegana jakość lekarza ma istotny związek z postrzeganą luką informacyjną między pacjentem a jego lekarzem, a jakość informacji o zdrowiu w Internecie nie ma związku z tą postrzeganą luką informacyjną.