

ARLETA MATSCHAY, ROKSANA TUROSTOWSKA

## OCENA JAKOŚCI WSPÓŁPRACY LEKARZA I PACJENTA W LECZENIU NADCIŚNIENIA TĘTNICZEGO WŚRÓD POPULACJI KOBIEI I MĘŻCZYŹN

### ASSESSMENT OF QUALITY OF COOPERATION BETWEEN PHYSICIANS AND PATIENTS IN TREATMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION IN A POPULATION OF WOMEN AND MEN

Pracownia Farmacji Praktycznej, Katedra i Zakład Technologii Postaci Leku, Wydział Farmaceutyczny  
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu  
Kierownik: prof. dr hab. Janina Lulek

#### Streszczenie

**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.

**Material 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.

SŁOWA KLUCZOWE: nadciśnienie tętnicze, jakość współpracy, nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych.

#### Abstract

**Introduction.** Arterial hypertension is a disease with insidious and initially latent course, and at the same time it is one of the most frequent causes of patients' visits in physician offices due to chronic disorders. Achieving a salutary therapeutic effect depends on many factors, including following therapeutic recommendations, and also good relationships between physicians and patients, which, as a consequence, results in good quality of this cooperation.

**Aim.** The aim of the study was to assess cooperation between physicians and patients (*adherence*) in a population of women and men treated due to arterial hypertension.

**Material and methods.** Altogether 103 patients were qualified for the study, aged 30–70 years and divided into groups of younger (30–49 years) and older patients (50–70 years), undergoing hypotensive therapy for at least one year. The research tool was the authors' own questionnaire, consisting of five parts. The survey was anonymous, totally voluntary and conducted in one outpatient clinic of Szczecin.

**Results and conclusions.** The conducted patient questionnaire survey demonstrated that the quality of cooperation between patients and physicians was not satisfactory, and the group with which the cooperation was the poorest comprised women at the age of 30–49 years. Factors adversely affecting the level of the cooperation may include: lack of disease symptoms, often complicated scheme of medication administration and inaccurate understanding of a physician's recommendations. A high level of adherence of patients may be achieved by their constant education, facilitation of access to health services and establishing good relationships between physicians and patients.

KEY WORDS: hypertension, quality of cooperation, non-adherence to therapeutic recommendations.

#### Wstęp

Nadciśnienie tętnicze jest schorzeniem występującym przede wszystkim wśród populacji krajów uprzemysłowionych. W Afryce i Azji nadciśnienie diagnozowane

jest u około 7–15% populacji, zaś w Ameryce Północnej i Europie Zachodniej dotkniętych jest 15–30% dorosłej populacji. Szacuje się, że w roku 2025 na świecie liczba osób chorujących na nadciśnienie tętnicze przekroczy 1,5 miliarda [1, 2]. W leczenie nadciśnienia tętnicze-

go muszą być nie tylko zaangażowani kardiologowie, ale przede wszystkim lekarze rodzinni, którzy najszybciej powinni zdiagnozować schorzenie, ponadto specjaliści z zakresu m.in. diabetologii, endokrynologii, nefrologii i pozostałych dyscyplin medycyny. Pomimo ciągłego postępu w profilaktyce i diagnostyce choroby układu krążenia są nadal uważane za jeden z najważniejszych czynników ryzyka nadmiernej umieralności wśród populacji całego świata.

Nadciśnienie tętnicze jest niestety schorzeniem przebiegającym bezobjawowo i dlatego diagnozowanym zbyt późno, najczęściej w fazie zaawansowania. Często dopiero po kilku latach trwania choroby pacjenci zaczynają odczuwać dyskomfort w postaci bólu głowy, zadyszki, gorszego widzenia i wtedy zgłaszają się do lekarza w celu ustalenia diagnozy złego samopoczucia. W takich przypadkach jest już zbyt późno i wielu zmian narządowych, np. postępującego rozwoju miażdżycy, nie można odwrócić. Bagatelizowanie przez pacjentów jakichkolwiek objawów chorobowych może prowadzić do znacznych powikłań w postaci udaru mózgu czy zawału serca, ale także do zejść śmiertelnych.

Jednym z elementów skutecznej terapii nadciśnienia tętniczego bez względu na etap rozwoju schorzenia jest leczenie nefarmakologiczne, które opiera się głównie na zmianie dotychczasowego stylu życia pacjenta (obniżenie masy ciała, stosowanie odpowiedniej diety, zwiększenie aktywności fizycznej, zaprzestanie palenia tytoniu). W początkowym etapie schorzenia leczenie to jest preferowane, a dopiero w przypadku nieskuteczności tej metody wprowadza się dodatkowo leczenie farmakologiczne. Natomiast w przypadku prawidłowo dobranego leku do danego schorzenia oraz indywidualnych cech pacjenta z uwzględnieniem wszystkich parametrów skuteczność prowadzonego leczenia zależy od stopnia przestrzegania zaleceń terapeutycznych.

W wielu przeprowadzonych badaniach analizowano problemy związane z nieprzebraniem zaleceń lekarskich i stwierdzono, że aż 40–50% pacjentów nie przyjmuje swoich leków zgodnie z zaleceniami lekarza, w następstwie czego nie osiągają oni spodziewanych efektów leczniczych i ich stan zdrowia nie ulega poprawie. Z tego względu coraz częściej zwraca się uwagę na przyczyny nieprzebrania zaleceń terapeutycznych przez pacjentów leczonych przewlekłe, a w szczególności na budowę dobrych relacji między lekarzem i pacjentem. Nieustannie poszukuje się także czynników motywujących pacjentów do lepszego przestrzegania tych zaleceń i w konsekwencji uzyskania lepszych efektów zastosowanej terapii. Nieprzebranie zaleceń przez wielu chorych odbija się negatywnie nie tylko na ich zdrowiu, ale ma również poważne konsekwencje społeczno-ekonomiczne. Poprawa współpracy pomiędzy pacjentem a lekarzem może spowodować obniżenie kosztów opieki zdrowotnej, wpłynie pozytywnie na kontrolę przebiegu choroby, a dzięki temu może wzrosnąć poziom satysfakcji pacjenta oraz lekarza i innych pracowników służby zdrowia zaangażowanych w proces leczenia [3, 4].

Według przeprowadzonych badań lekarze tolerują fakt niestosowania się pacjenta do zaleceń związanych głównie z dietą i aktywnością fizyczną. Swoją uwagę skupiają na stosowaniu się pacjentów do zaleceń w zakresie farmakoterapii, choć i w tej kwestii ustępują pacjentom. Lekarze charakteryzują się dwoma postawami: pobłażliwą (dominuje wśród lekarzy rodzinnych, którzy koncentrują się na zaleceniach farmakologicznych i nie zawsze są w stanie zmotywować pacjenta) i restrykcyjną (występuje częściej u lekarzy specjalistów, którzy poprzez zdecydowanie rzadszy kontakt z pacjentem lepiej mobilizują pacjenta do przestrzegania zaleceń zarówno farmakologicznych, jak i nefarmakologicznych) [5, 6, 7, 8].

### Cel

Celem pracy była analiza jakości współpracy pomiędzy lekarzem i pacjentem (*adherence*) wśród populacji kobiet i mężczyzn leczonych z powodu nadciśnienia tętniczego oraz dokonanie oceny, w której grupie pacjentów należałoby w szczególności dokonać poprawy poziomu tej współpracy.

### Materiał i metody

Do badania zakwalifikowano 103 pacjentów w wieku od 30 do 70 lat leczonych za pomocą terapii hipotensyjnej od co najmniej roku. Badana grupa została podzielona na podgrupy pod względem płci oraz wieku. Zastosowano dwa przedziały wiekowe: grupa młodszych pacjentów od 30 do 49 roku życia oraz grupa starsza od 50 do 70 lat. Narzędziem badawczym wykorzystanym do badania była autorska ankieta (80 pytań otwartych i zamkniętych), w której zwrócono szczególną uwagę na formę pytań, dających możliwość pełnego zrozumienia ze strony pacjentów i tym samym łatwość udzielenia jednoznacznych odpowiedzi. Opracowana ankieta została podzielona na pięć części, tak aby uzyskać informacje na temat samego pacjenta (metryczka chorego), jego stosunków z lekarzem, stosowanej terapii i stopnia *adherence*. Część pierwsza zawierała pytania dotyczące wieku, płci, miejsca zamieszkania, dochodu, wykształcenia oraz statusu rodzinnego i zawodowego. Natomiast część druga pozwoliła zgromadzić informacje dotyczące stanu zdrowia, stylu życia oraz zastosowanej terapii u pacjenta (m.in. w zakresie wartości ciśnienia tętniczego, chorób współtowarzyszących, stosowanej diety, jakości życia, słabości do używek, rodzaju uprawianych sportów, kondycji psychicznej, stosowanych leków). W części trzeciej zawarto pytania odnoszące się do czynników wpływających na poziom współpracy pacjenta z lekarzem, co dało możliwość oceny stanu wiedzy pacjentów o chorobie i konieczności podjęcia przez nich leczenia. Ponadto chory mógł określić czynniki motywujące go do leczenia (prowadzenie przewlekłej terapii, dokonywanie zmian w stylu życia, wpływu rodziny, przyjaciół i lekarza). Część czwarta ankiety dotyczyła przede wszystkim relacji lekarz–pacjent, w tym poziomu zaufania do leka-

rza. W tej części ankiety zawarto także pytania o częstość otrzymywania zaleceń od lekarza oraz o zgłaszanie lekarzowi wszystkich niepokojących objawów ze strony pacjentów. Ponadto w czwartej części ankiety sprawdzano poziom zadowolenia z opieki medycznej otrzymywanej w przychodni oraz częstości wizyt kontrolnych. Część piąta natomiast umożliwiła ocenę stopnia współpracy pacjenta z lekarzem. W tej części skupiono się na problemie pomijania przyjęcia dawek leku i zapominania o ich zażyciu, przyjmowaniu leków nieregularnie (różne pory dnia), odstawianiu leków „na własną rękę” (po unormowaniu ciśnienia, po wystąpieniu działań niepożądanych lub braku poprawy). Na badanie ankietowe uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu nr 672/12; było ono całkowicie anonimowe i dobrowolne dla pacjentów, a przeprowadzono je w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „Nasz Doktor” w Szczecinie w województwie zachodniopomorskim na przełomie maja i czerwca 2012 r. Chorzy wypełniali ankietę na terenie przychodni, w wyznaczonym do tego pomieszczeniu (poza gabinetem lekarskim).

Uzyskane wyniki badania ankietowego zostały przeanalizowane za pomocą programu Microsoft Excel (Pakiet Microsoft Office 2003). Istotność statystyczną badano przy użyciu testu Pearsona o rozkładzie Chi kwadrat. Analizę statystyczną przeprowadzono na poziomie istotności  $\alpha = 0.05$ .

### Wyniki

Grupę 103 pacjentów z rozpoznaniem nadciśnieniem tętniczym i leczonych farmakologicznie od co najmniej roku podzielono na mniejsze podgrupy ze względu na wiek i płeć ankietowanych. W grupie chorych znajdowało się 17 kobiet i 22 mężczyzn w wieku od 30 do 49 lat oraz 36 kobiet i 28 mężczyzn w wieku od 50 do 70 lat. Z badań epidemiologicznych przeprowadzonych na przełomie ostatnich lat wynika, że nadciśnienie tętnicze diagnozowano częściej u młodszych mężczyzn niż kobiet, a wraz z wiekiem proporcje te ulegają zmianie i nadciśnienie rozpoznawane jest częściej u kobiet [9].

Większość pacjentów mieszkała w mieście (powyżej 200 tys. mieszkańców – miasto Szczecin) – 89%, tylko nieliczni mieszkali w mniejszych miasteczkach (7%) i na wsi (4%).

W analizowanych grupach pacjentów lepiej wykształcone były osoby młodsze: 59% kobiet i 55% mężczyzn w wieku 30–49 lat posiadało wykształcenie wyższe. W grupie kobiet w wieku 50–70 lat 36% miało wykształcenie średnie, 28% – zawodowe, 25% – podstawowe, jedynie 11% miało wykształcenie wyższe. Mężczyźni w przedziale wiekowym 50–70 lat w większości mieli wykształcenie średnie (43%) i wyższe (29%), jedynie 7% – wykształcenie podstawowe. Wśród młodych kobiet najczęściej zatrudnionych było w administracji, służbie zdrowia, usługach i handlu oraz oświacie. Młodzi mężczyźni pracowali przeważnie w usługach i handlu, transporcie oraz administracji, a najmniej wykonywało pracę fizyczną. Czynne zawodowo kobiety w wieku od 50 do 70 lat w większości pracowały w oświacie i administracji, służbie zdrowia oraz usługach i handlu. Natomiast mężczyźni starsi znaleźli zatrudnienie w transporcie oraz w usługach i handlu, część z nich pracowała fizycznie, a najmniej w administracji i oświacie (Tabela 1). W analizowanej grupie chorych dominowały osoby pozostające w związkach małżeńskich. Wśród kobiet między 30 a 49 rokiem życia 55% było zamężnych, 18% było stanu wolnego, 6% było rozwiedzionych. Wśród młodszych mężczyzn było żonatych 73%, 18% – rozwiedzionych, a 27% było kawalerami. W grupie starszych kobiet (50–70 lat) 66% było mężatkami, 22% wdowami, 6% było po rozwodzie, a panien było 6%. U mężczyzn w tym wieku 61% było żonatych, rozwiedzionych 18%, owdowiałych 14%, a kawalerów było 7%.

Pacjenci z młodszej grupy w większości określali swój dochód jako wystarczający na pokrycie podstawowych potrzeb, w tym zakup leków. W gorszej sytuacji materialnej znajdowały się osoby starsze, w tej grupie aż 28% kobiet i 21% mężczyzn określało swój dochód jako niewystarczający na pokrycie podstawowych potrzeb. Wśród osób młodszych tylko 6% kobiet i 5% mężczyzn deklarowało, że ich dochód jest niewystarczający na zaspokojenie podstawowych potrzeb, co pokrywa się z procentem osób bezrobotnych w badanych grupach. Na tej podstawie można wysnuć wniosek, że brak pracy (a co za tym idzie ograniczone dochody) powoduje niemożliwość dokonania zakupu leków w zakresie terapii hipotensyjnej i tym samym negatywnie wpływa na przestrzeganie zaleceń terapeutycznych.

W badaniu poddano ocenie również stan odżywienia pacjentów. U młodszych kobiet, pomimo że odse-

**Tabela 1.** Charakter wykonywanej pracy w badanej grupie pacjentów. Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań

Table 1. Occupations followed by the examined group of patients. Source: the authors' own study on the basis of conducted survey

Charakter wykonywanej pracy	Kobiety 30–49 lat	Mężczyźni 30–49 lat	Kobiety 50–70 lat	Mężczyźni 50–70 lat
transport	–	15%	–	25%
służba zdrowia	25%	5%	20%	–
usługi i handel	19%	35%	20%	25%
oświata	19%	10%	27%	12,5%
administracja	31%	15%	27%	12,5%
praca fizyczna	6%	20%	6%	25%

tek pacjentek z prawidłową masą ciała jest najwyższy wśród wszystkich wydzielonych grup, można dostrzec najwyższy procent chorych z otyłością drugiego stopnia. W starszych grupach przeważają natomiast pacjenci, u których można zdiagnozować nadwagę lub otyłość pierwszego stopnia. Przyczyną tego stanu może być zmniejszona aktywność u osób starszych, siedzący tryb życia oraz zwolniony metabolizm. Wysokie wartości BMI świadczą o tym, że niewiele pacjentów wprowadza do swojej terapii leczenie nefarmakologiczne, przez co w ograniczony sposób stosuje się do zaleceń lekarskich. Z przeprowadzonego wśród pacjentów badania wynika, że lekarze często poruszają temat diety ze swoimi pacjentami. W badanej populacji aż 41% młodszych kobiet i 68% mężczyzn z tej grupy wiekowej oraz 61% starszych kobiet i 82% starszych mężczyzn rozmawiało z lekarzem lub dietetykiem o wprowadzeniu właściwej diety i o jej założeniach. Jednak zmian w dotychczasowej diecie dokonało zaledwie 41% kobiet, 55% mężczyzn w wieku od 30 do 49 lat oraz 56% kobiet i 75% mężczyzn w przedziale wiekowym od 50 do 70 lat. Dieta, która wprowadzana była przez pacjentów, opierała się przede wszystkim na zwiększeniu spożycia warzyw i owoców (przynajmniej raz dziennie), wprowadzeniu do jadłospisu ryb (minimum raz w tygodniu) i ograniczeniu spożycia soli kuchennej. W badanej grupie pacjentów w okresie od zdiagnozowania nadciśnienia tętniczego w większości przypadków nie uległa zmianie ich masa ciała. Niepokojące są przypadki, w których masa ciała chorego wręcz wzrosła. Z przeprowadzonego badania wynika, że nie są to przypadki odosobnione, problem ten dotyczy 29% młodszych kobiet i 18% młodszych mężczyzn, a w grupie starszej 14% kobiet i 14% mężczyzn.

Na podstawie badania stwierdzono, że prawie wszyscy ankietowani pacjenci posiadali własny aparat do pomiarów ciśnienia, jedynie po 6% kobiet z obu grup wiekowych nie miało własnego ciśnieniomierza. Pomimo że w przeważającej części pacjenci posiadali swój ciśnieniomierz i byli w stanie dokonywać pomiarów ciśnienia krwi samodzielnie, to jednak nie wykonywali oni regularnie pomiarów (Tabela 2). Najrzadziej ciśnienie mierzyli mężczyźni w wieku 50 do 70 lat, aż 37% przyznało się, że dokonuje pomiarów jedynie okazjonalnie.

Z zebranych od ankietowanych informacji wynika, że nie u wszystkich pacjentów zastosowane leczenie farmakologiczne i nefarmakologiczne prowadzi do unormowania się ciśnienia i niestety często przekracza ono wartości prawidłowe, czyli osiąga wartości wyższe

niż 140 mmHg dla ciśnienia skurczowego i 90 mmHg dla rozkurczowego. Do takiej sytuacji może dochodzić w przypadku, gdy pacjent nie przestrzega zaleceń terapeutycznych i chory nie stosuje leków zgodnie z uwagami lekarza, ponadto nie przestrzega diety. Sytuacja ta może dotyczyć także pacjentów, którzy mają przepisane leki z nieodpowiedniej dla nich grupy terapeutycznej lub leki te są przepisane w niewłaściwej dawce, a także w przypadku gdy pacjent ma niezdiagnozowaną inną jednostkę chorobową, która może przyczyniać się do powstawania nadciśnienia tętniczego wtórnego. Na podstawie przeprowadzonego badania stwierdzono, że u 94% młodszych kobiet i 91% młodszych mężczyzn oraz u 69% starszych kobiet i 78% starszych mężczyzn po zdiagnozowaniu i rozpoczęciu terapii jakość życia nie uległa zmianie. Pozostała część pacjentów we wszystkich grupach w badanej populacji podała, że ich jakość życia pogorszyła się, ponieważ musieli ograniczyć czynności zawodowe, dokonując np. zmiany pracy.

Podczas procesu leczenia bardzo istotne jest monitorowanie jego postępów, dlatego chorzy powinni przynajmniej raz w roku przeprowadzać badania kontrolne, np. morfologię krwi. Bardziej systematyczni w tej kwestii byli starsi pacjenci, 19% kobiet w wieku 50 do 70 lat wykonuje badania krwi częściej niż raz w roku, a 67% raz w roku, wśród starszych mężczyzn odpowiednio 39% i 43%. Wpływ na to mogły mieć inne choroby współistniejące z nadciśnieniem tętniczym, zmiany zachodzące w organizmie w wyniku procesu starzenia się, możliwe interakcje lekowe czy zmiany w dotychczas prowadzonym stylu życia. Najrzadziej morfologię krwi wykonują młodszy mężczyźni, tylko 54% wykonywało to badanie raz w roku, a pozostali jeszcze rzadziej.

Jednym z podstawowych założeń nefarmakologicznego leczenia nadciśnienia tętniczego jest ograniczenie korzystania z używek, takich jak alkohol i papierosy. Większość ankietowanych pacjentów przyznawała się do okazjonalnego picia alkoholu (uroczystości rodzinne, urlopy, przyjęcia) bądź do całkowitej abstynencji. Dla grupy młodszej ograniczenie lub zaprzestanie picia alkoholu było dużo bardziej problematyczne, tylko 35% kobiet i 18% mężczyzn było całkowitymi abstynentami, a 41% kobiet i 45% mężczyzn spożywało alkohol okazjonalnie. Na takie wyniki wpływać może fakt, że młodszy pacjenci częściej uczestniczą w różnego rodzaju uroczystościach czy spotkaniach towarzyskich. W przypadku palenia papierosów otrzymane wyniki są zbliżone dla wszystkich grup, jednak wśród nałogowych palaczy przeważają kobiety, 24% młodszych kobiet i 19% starszych

**Tabela 2.** Sposób wykonywania pomiarów ciśnienia. Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań  
Table 2. Method of blood pressure measurement. Source: the authors' own study on the basis of conducted survey

Pomiary ciśnienia	Liczba pacjentów w badanych grupach			
	Kobiety 30–49 lat	Mężczyźni 30–49 lat	Kobiety 50–70 lat	Mężczyźni 50–70 lat
a – samodzielnie	17	22	35	28
b – przy pomocy kogoś z rodziny	–	–	1	–
c – przy pomocy sąsiadów	–	–	–	–
d – przy pomocy farmaceuty, lekarza	5	7	6	8

pali papierosy, w przypadku mężczyzn jest to odpowiednio 9% młodszych i 7% starszych. Z zebranych danych wynika, że niewiele osób po rozpoznaniu nadciśnienia tętniczego zerwało ze swoim nałogiem palenia tytoniu, wśród młodszej grupy było to zaledwie 12% kobiet i 9% mężczyzn, w starszej 8% kobiet i 4% mężczyzn. Wszyscy palący chorzy mieli świadomość negatywnego wpływu palenia tytoniu na układ krążenia, jednak mają oni ogromne trudności, żeby zerwać ostatecznie z nałogiem lub ograniczyć go w znaczącym stopniu.

Lekarze uważają aktywność ruchową za jeden z głównych czynników poprawiających ogólny stan zdrowia chorych na nadciśnienie tętnicze, chorzy powinni zatem ćwiczyć minimum trzy razy w tygodniu nie mniej niż po 30 minut. Pomimo tych zaleceń wielu pacjentów nie uprawia żadnego sportu, było wśród nich 65% młodszych kobiet i 27% młodszych mężczyzn oraz z grupy starszych – 64% kobiet i 57% mężczyzn. Wśród badanej grupy pacjentów tylko 18% kobiet i 50% mężczyzn z młodszej grupy oraz 31% kobiet i 36% mężczyzn ze starszej grupy zwiększyło swoją aktywność fizyczną po zdiagnozowaniu nadciśnienia tętniczego. Wpływać może na to fakt, że środowisko medyczne znacznie mniejszą uwagę poświęca leczeniu niefarmakologicznemu niż leczeniu farmakologicznemu, ponadto ciągle za słabo edukuje się pacjentów w zakresie korzyści, jakie przynoszą odpowiednia dieta i ćwiczenia fizyczne. Aktywni fizycznie pacjenci najchętniej wybierają tradycyjne spacerowanie lub nordic walking oraz pływanie i jazdę na rowerze, co jest zgodne z zaleceniami.

Bardzo ważnym czynnikiem wpływającym na poziom przestrzegania zaleceń terapeutycznych są problemy z koncentracją, które w istotny sposób mogą przyczyniać się do zapomnienia i pomijania dawek przepisanych leków oraz pogorszyć komunikację na poziomie lekarz–pacjent. W badanej grupie problemy z koncentracją nie stanowią powszechnego problemu, gdyż na bardzo częste i częste trudności w skupieniu uwagi skarży się zaledwie 6% młodszych i 14% starszych kobiet oraz 4% mężczyzn w wieku 50 do 70 lat.

Ponadto pacjenci w badanej populacji cierpieli na zaburzenia snu, głównie przedstawiciele grupy starszej: 42% kobiet i 36% mężczyzn, a wśród grupy wiekowej 30 do 49 lat: 29% kobiet i 5% mężczyzn. W wielu przypadkach bezsenność jest następstwem długotrwałego stresu. W badanej grupie zdecydowana większość ankietowanych w życiu codziennym bardzo często i często jest

narazona na stres, szczególnie wśród młodszej populacji, co jest związane z charakterem wykonywanej pracy.

W wyniku badania stwierdzono ponadto, że w grupie młodszych kobiet aż 65% było leczonych jednym lekiem hipotensyjnym, natomiast 35% dwoma lekami. W pozostałych grupach terapie lekowe były dużo bardziej zróżnicowane. Monoterapia stosowana była u 68% młodszych mężczyzn oraz u 44% starszych kobiet i 32% starszych mężczyzn. Terapię skojarzoną z dwóch leków hipotensyjnych stosowano u 14% mężczyzn w wieku od 30 do 49 lat oraz u 28% kobiet w przedziale wiekowym 50 do 70 lat i u 32% mężczyzn z tego samego przedziału. Trzy leki zażywało 8% młodych mężczyzn, 28% starszych kobiet i 28% starszych mężczyzn. Więcej niż trzy leki dziennie pobierali tylko mężczyźni (10% młodszych i 8% starszych).

Najwięcej ankietowanych pacjentów motywuje swoje leczenie farmakologiczne strachem przed powikłaniami, np. zawałem serca czy udarem mózgu, natomiast innymi motywatorami do leczenia dla niektórych pacjentów są m.in. odczucia zawrotów głowy, kołatania serca, duszności czy szybkie męczenie się (Tabela 3).

U pacjentów z nadciśnieniem tętniczym często występują dodatkowo choroby towarzyszące. Z tego powodu chorzy muszą przyjmować leki nie tylko na nadciśnienie, ale również na inne schorzenia, a zbyt duża ilość stosowanych preparatów nie sprzyja przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych. Chorzy często zapominają o przyjęciu kolejnej dawki, a także nie stosują leków regularnie o stałej porze.

Istotny wpływ na poziom przestrzegania zaleceń terapeutycznych ma edukacja chorych. Zwiększona świadomość wśród pacjentów na temat nadciśnienia i jego powikłań sprawia, że chorzy mniej bagatelizują swój stan zdrowia. Wśród ankietowanych większość zdaje sobie sprawę z konieczności leczenia nadciśnienia tętniczego i twierdzi, że zawsze powinno się podejmować terapię. Kilka osób z badanej grupy chorych uważa, że leczenie nadciśnienia jest konieczne, jednak tylko w przypadku złego samopoczucia, albo twierdzi, że leczenie nadciśnienia nie jest konieczne.

Większość badanych oceniło swoją wiedzę na temat nadciśnienia tętniczego jako bardzo dobrą lub dobrą, dlatego zaskakujące jest to, że tak mało chorych stosuje się do wszystkich zaleceń terapeutycznych. Wśród młodych kobiet bardzo dobrą wiedzę o nadciśnieniu tętniczym deklarowało 18%, dobrą 59%, wśród mężczyzn

**Tabela 3.** Motywacja do leczenia. Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań  
Table 3. Motivation for treatment. Source: the authors' own study on the basis of conducted survey

Motywacja do leczenia	Liczba pacjentów w badanych grupach			
	Kobiety 30–49 lat	Mężczyźni 30–49 lat	Kobiety 50–70 lat	Mężczyźni 50–70 lat
a – strach przed powikłaniami: zawał serca, udar mózgu	13	22	28	23
b – bóle, zawroty głowy	5	4	11	8
c – kołatanie serca	2	2	4	–
d – duszności	2	5	9	4
e – szybkie męczenie się	1	1	5	2

z tego samego przedziału wiekowego bardzo dobrą wiedzę posiadało 27%, dobrą aż 64%, podobnie było u starszych kobiet (22% bardzo dobra, 64% dobra), natomiast dobra wiedza cechowała 61%, a bardzo dobra 15% starszych mężczyzn. Tylko 3% starszych kobiet przyznało się do braku jakiejkolwiek wiedzy o nadciśnieniu. Reszta ankietowanych pacjentów posiadała słabą wiedzę o nadciśnieniu tętniczym. Odpowiedzi udzielone przez pacjentów były subiektywną oceną ich stanu wiedzy i jak można zauważyć, ich postępowanie nie zawsze to potwierdzało. Z przeprowadzonych badań wynika, że pacjenci nie zawsze przestrzegają odpowiedniej diety, nie uprawiają sportu, nieregularnie mierzą ciśnienie, ponadto zapominają o przyjmowaniu leku i nie zażywają go o stałych porach, co stanowi podstawę do obniżenia poziomu *adherence*.

Przeważająca liczba ankietowanych pacjentów deklarowała znajomość dobrych efektów skutecznej i regularnej farmakoterapii (35% młodszych kobiet, 77% młodszych mężczyzn oraz 64% starszych kobiet i 71% starszych mężczyzn). Dla 65% kobiet i 5% mężczyzn z przedziału wiekowego 30 do 49 lat oraz 30% kobiet i 29% mężczyzn ze starszej grupy wiekowej znane były efekty regularnego przyjmowania leków, ale wiedza ta nie była pełna, jednak 18% młodszych mężczyzn i 6% starszych kobiet nie znało efektów, jakie może przynieść regularne przyjmowanie leków. Takie wyniki wskazują, że lekarze rodzinni mający znacznie częstszy kontakt ze swoimi pacjentami starają się cały czas motywować ich w prowadzonej terapii, przekazując wiedzę o chorobie i o jej leczeniu.

Nadciśnienie przebiega często bezobjawowo, stąd wielu pacjentów nie postrzega siebie jako osoby chorej. Jakość życia w wyniku choroby pogarsza się, jednak w przypadku nadciśnienia tętniczego przez długi czas pozostaje na tym samym poziomie, a w późniejszym czasie może ulec znacznemu obniżeniu. Wśród badanej grupy większość ankietowanych nie uważa się za osoby chore, a pozostali oceniają swój stan choroby na niskim poziomie. Są to informacje dość niepokojące, ponieważ brak objawów i odczucia choroby przyczynia się także do niskiego poziomu *adherence*.

Dodatkowo obniżeniu poziomu *adherence* sprzyja fakt, że zastosowane leczenie nie przyniosło żadnej zmiany i nie poprawiło samopoczucia wśród stosunkowo dużej części badanej populacji (u 30% młodszych kobiet, 50% młodszych mężczyzn oraz u 37% starszych kobiet i 46% starszych mężczyzn).

Ankietowani pacjenci cechują się dobrą znajomością efektów regularnego stosowania leków. Z zebranych danych wynika, że najlepszą wiedzę na temat efektów, jakie niesie za sobą stosowana terapia, mieli młodzi mężczyźni, aż 70% twierdziło że zna te efekty, a 5%, że ma wiedzę w tym zakresie, ale nie jest ona pełna. Jednocześnie w tej grupie najwięcej chorych nie wiedziało, jakie efekty niesie za sobą regularna terapia nadciśnienia tętniczego (18%), co może świadczyć o niedostatecznej wiedzy w zakresie przebiegu schorzeń przewlekłych.

Wśród badanej populacji pacjenci rzadko skarżyli się na występowanie działań niepożądanych. Po roz-

poczęciu terapii lekami hipotensyjnymi skutki uboczne wystąpiły u zaledwie 6% młodszych kobiet, 5% młodszych mężczyzn oraz u 3% starszych kobiet i 7% starszych mężczyzn, co może powodować stosowanie jednego schematu leczenia przez okres dwóch lat lub dłuższy. Jeżeli dany preparat leczniczy przynosi spodziewane efekty, a jednocześnie nie powoduje działań niepożądanych, lekarze niechętnie dokonują zmian w terapii.

Ponadto z przeprowadzonego badania wynika, że u 29% kobiet i 68% mężczyzn z grupy młodszej oraz u 44% kobiet i 36% mężczyzn z grupy starszej konieczność regularnego i długotrwałego przyjmowania leków nie wpływała na jakość prowadzonej przez nich terapii. Taka terapia wpływała negatywnie na 12% młodszych kobiet i 23% mężczyzn oraz 11% starszych kobiet i 14% mężczyzn, co znajduje swoje odzwierciedlenie w danych literaturowych [9].

Dobre relacje z rodziną i przyjaciółmi przeważnie oddziaływały pozytywnie na stosowanie się do zaleceń terapeutycznych (76% młodszych kobiet i 64% młodszych mężczyzn oraz 61% kobiet i 54% mężczyzn z grupy starszej). Chorzy pozostający w dobrych stosunkach rodzinnych i przyjacielskich lepiej przestrzegają zaleceń terapeutycznych, ponieważ mają oparcie w rodzinie, czują się potrzebni i chcą jak najdłużej czuć się zdrowo. Tylko w starszej grupie pacjentów (u 3% kobiet i u 7% mężczyzn) wpływały one negatywnie na motywację w trakcie leczenia, co często związane jest ze zmianą statusu rodzinnego (okres żałoby u wdów i wdowców), a w pozostałych przypadkach relacje z rodziną i otoczeniem nie miały wpływu na poziom *adherence*.

Ważnym czynnikiem motywującym do przestrzegania zaleceń terapeutycznych jest także nawiązanie dobrej relacji na poziomie lekarz–pacjent, którą w badaniu potwierdziło aż 65% młodszych kobiet i 68% mężczyzn oraz 69% kobiet i 71% mężczyzn ze starszej grupy. Zdecydowana większość chorych oceniła te relacje jako bardzo dobre bądź dobre. Tylko 3% starszych kobiet i 7% starszych mężczyzn określiło swoje relacje z lekarzem jako słabe. Taki rezultat wynikać może z tego, że pacjenci sami dokonują wyboru lekarza rodzinnego, u którego chcą podjąć leczenie. Na uwagę zasługuje także fakt, iż zaufaniem obdarzali swojego lekarza prawie wszyscy ankietowani, z wyjątkiem tylko 6% kobiet i 4% mężczyzn w przedziale wiekowym 50 do 70 lat. Ponadto stwierdzono wysoki poziom zadowolenia pacjentów ze świadczonych usług w przychodni: w pełni zadowolonych było 65% młodych i 83% starszych kobiet oraz 77% młodszych i 75% starszych mężczyzn, a pozostali pacjenci byli zadowoleni nie w pełni. Częściowe zadowolenie pacjentów było ich zdaniem wynikiem krótkiego czasu wizyty lekarskiej w gabinecie, pośpiechu ze strony lekarza, choć taka ocena ze strony pacjenta może być subiektywna.

Chorzy zawsze powinni informować lekarza o wszystkich niepokojących symptomach, co też stanowi podstawę dla utworzenia dobrej relacji lekarz–pacjent. Większość chorych, prawdopodobnie z poczucia strachu i dyskomfortu, zgłasza przeważnie wszystkie niepo-

kojące objawy swojemu lekarzowi. Niestety w badanej grupie doszło też do takich przypadków, gdy chorzy nie zgłaszali swojemu lekarzowi niepokojących symptomów, np. z obawy przed hospitalizacją.

Żeby pacjent zrozumiał istotę swojej choroby, a co za tym idzie – lepiej stosował się do zaleceń, lekarz dużo uwagi powinien poświęcać uświadamianiu pacjenta. Niestety, jak wynika z ankiety, nie wszyscy chorzy otrzymują zalecenia od swojego lekarza dotyczące choroby, leków czy diety. 12% młodszych i 14% starszych kobiet nie otrzymało żadnych informacji dotyczących leczenia, natomiast 18% młodszych kobiet i 23% mężczyzn oraz 14% starszych kobiet i 21% starszych mężczyzn dostało odpowiednie wytyczne, ale tylko na własną prośbę.

Do ważnych czynników motywujących pacjentów do przestrzegania zaleceń terapeutycznych należą comiesięczne wizyty kontrolne, które powinny być z góry ustalone. Z zebranych informacji wynika, że bardziej pod tym względem zdyscyplinowani są przedstawiciele starszej grupy. W przychodni, w której przeprowadzono ankietę, nie ustala się z góry terminów następnych wizyt, pacjenci zgłaszają się do lekarza w przypadku wystąpienia jakichś niespodziewanych sytuacji (nagle zmiany ciśnienia, bóle głowy, wystąpienie działań niepożądanych) lub kiedy zaistnieje potrzeba uzyskania recepty na leki.

W badaniu ankietowym dokonano także oceny w zakresie regularności przyjmowania kolejnych dawek leków. Według ankietowanych pacjentów przyjmowanie leków o stałej porze nie było dla nich problemem. Zdecydowana większość zażywała lek codziennie o tej samej godzinie. Bardziej systematyczna w tej kwestii była grupa starsza: 94% kobiet i 93% mężczyzn przyjmowało leki regularnie o właściwej porze.

Bardzo niepokojącym zjawiskiem w terapii jest pomijanie kolejnych dawek leków hipotensyjnych. 59% kobiet i 55% mężczyzn w grupie wiekowej 30 do 49 lat przyznało się, że nie zawsze zażywa lek, wśród starszej grupy było tych osób mniej (47% kobiet i 86% mężczyzn). Wyniki te pokrywają się z danymi dotyczącymi problemu zapominania o przyjęciu leku; jedynie w przypadku

kobiet w wieku od 50 do 70 lat zebrane wyniki różniły się. Najczęściej pacjenci po prostu zapominają o zażyciu leku, ponadto regularnemu przyjmowaniu leków nie sprzyja skomplikowany sposób dawkowania czy kilkakrotne przyjmowanie leku w ciągu dnia (Tabela 4). Zadawalającym jest fakt, że wśród osób zażywających prawidłowo leki dzień przed wizytą było 94% młodszych i 97% starszych kobiet, wśród mężczyzn wszyscy deklarowali przyjęcie leków. Takie wyniki świadczą o wystąpieniu zjawiska *white coat adherence*, czyli zwiększonego przestrzegania zaleceń w czasie kilku lub kilkunastu dni poprzedzających wizytę kontrolną u lekarza.

Na podstawie przeprowadzonego badania stwierdzono, że świadomość choroby i wiedza pacjentów dotycząca farmakoterapii są na zadowalającym poziomie. Chorzy zdają sobie sprawę z istotności prowadzonego leczenia i sami, bez wiedzy lekarza, nie dokonują zmian w dawce przyjmowanego leku. Do samodzielnego wprowadzania zmian w dawkowaniu leku bez konsultacji z lekarzem przyznało się tylko 18% kobiet i 14% mężczyzn w wieku 30 do 49 lat oraz 14% kobiet i 21% mężczyzn ze starszej grupy. Wśród pacjentów w badanej grupie przeważnie nie dochodziło do odstawiania leku „na własną rękę”, a przyczyną ewentualnego ostawienia leku było unormowanie się wartości ciśnienia tętniczego – do takiego postępowania przyznało się 41% młodych kobiet, 32% młodych mężczyzn, 14% starszych kobiet i 7% starszych mężczyzn. W przypadku gdy po zastosowaniu leku wystąpiły działania niepożądane, na odstawienie leku zdecydowało się 12% kobiet i 9% mężczyzn w wieku od 30 do 49 lat oraz 6% starszych kobiet. W sytuacji kiedy leki nie przynosiły spodziewanej poprawy, były one odstawiane przez 6% kobiet i 9% mężczyzn z pierwszej grupy oraz przez 8% kobiet i 14% mężczyzn z grupy starszej.

Jedną z możliwości w zakresie monitorowania poziomu przestrzegania zaleceń terapeutycznych jest także kontrola realizacji recept i zakupu wszystkich leków przepisanych przez lekarza. W badanej grupie nie wszyscy pacjenci realizowali swoje recepty, niektórzy, głównie ze względu na cenę, dokonywali samodzielnego

**Tabela 4.** Powody, dla których lek nie jest przyjmowany regularnie. Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań

Table 4. Reasons why a medication was not administered on a regular basis. Source: the authors' own study on the basis of conducted survey

Powody nieregularnego przyjmowania leków	Liczba pacjentów w badanych grupach			
	Kobiety 30–49 lat	Mężczyźni 30–49 lat	Kobiety 50–70 lat	Mężczyźni 50–70 lat
a – przez zapomnienie	7	10	10	5
b – cena	2	–	1	–
c – skomplikowane dawkowanie	2	2	1	2
d – kilkakrotne przyjmowanie leku w ciągu dnia	–	1	2	–
e – nieświadomość ryzyka	1	1	–	–
f – brak motywacji	–	1	1	1
g – brak wiedzy o chorobie	–	–	1	–
h – brak wiedzy na temat celów terapii	1	–	–	–

**Tabela 5.** Preferowana cecha leku. Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań  
 Table 5. Preferred feature of a medication. Source: the authors' own study on the basis of conducted survey

Cecha leku	Liczba pacjentów w badanej grupie			
	Kobiety 30–49 lat	Mężczyźni 30–49 lat	Kobiety 50–70 lat	Mężczyźni 50–70 lat
a – cena	1	–	9	6
b – skuteczność	10	22	28	21
c – bezpieczeństwo stosowania	6	8	11	7

nego wyboru leków i kupowali tylko te preparaty, na które starczyło im pieniędzy. Jednak wielu pacjentów, co jest bardzo zadowalające, zwraca szczególną uwagę przy wyborze terapii na skuteczność leków (Tabela 5). Część pacjentów nie przyznawała się lekarzom, że nie zużyli wszystkich wcześniej przepisanych leków (może to świadczyć o pomijaniu dawek leków lub samodzielnej zmianie dawkowania) i następnie wykupywali tylko leki, których brakowało. Do takich praktyk przyznało się 41% młodszych i 11% starszych kobiet oraz 18% młodszych i 21% starszych mężczyzn. Ankietowani przeważnie starali się informować swojego lekarza o wszystkich zmianach, których dokonali w zaplanowanej terapii. Uzyskane wyniki jednak nie są w pełni satysfakcjonujące. Zastanawiający jest fakt, że mimo dobrych lub bardzo dobrych relacji chorego z lekarzem oraz deklarowanego pełnego zaufania pacjenci nie zawsze decydują się przekazać wszystkie informacje o swojej terapii. Otwarcie ze swoim lekarzem rozmawia tylko 76% kobiet i 59% mężczyzn z grupy młodszej, jak również 69% kobiet i 86% mężczyzn z grupy starszej. Częściowych informacji dostarcza swojemu lekarzowi odpowiednio 15% kobiet i 27% mężczyzn z młodszych grup oraz 19% kobiet i 11% mężczyzn z starszych grup, a pozostali pacjenci w ogóle nie informowali lekarza prowadzącego o terapii.

W wyniku subiektywnej oceny pacjentów na temat stosowania się do wszystkich zaleceń terapeutycznych tylko 47% młodszych i 69% starszych kobiet oraz 55% młodszych i 71% starszych mężczyzn twierdzi, że wypełnia wszystkie polecenia lekarza. Wyniki mogą być następstwem niepełnego zrozumienia założeń terapii przedstawionej przez lekarza czy ograniczonej czasowo wizyty, na której nie wszystkie wątki zostają poruszone przez lekarza prowadzącego.

### Wnioski

Na podstawie przeprowadzonej analizy badań ankietowych wśród pacjentów dorosłych leczonych z powodu zdiagnozowanego nadciśnienia i ewentualnie chorób towarzyszących stwierdzono, że chorzy niechętnie rezygnują ze swoich wcześniejszych przyzwyczajeń (nadal palą papierosy, spożywają alkohol, nie przestrzegają diety), a niekiedy stosowanie samego leczenia farmakologicznego nie zapewnia dostatecznej kontroli nadciśnienia tętniczego. Przeprowadzone badania potwierdzają wcześniejsze doniesienia literaturowe. Chudek w swoich badaniach podał, że ponad 30% chorych na nadciśnienie tętnicze paliło papierosy i tylko połowa z nich starała się zerwać z nałogiem [10]. Bar-

dzo istotnym problemem wśród pacjentów badanej populacji, szczególnie w grupie młodszych kobiet, jest stosunkowo mała aktywność fizyczna. Wynik stanowi potwierdzenie wcześniejszych badań Bronkowskiej, że aktywny fizycznie jest tylko co trzeci Polak chorujący na nadciśnienie tętnicze [11].

Ponadto wielu pacjentów deklarowało pełne zaufanie do lekarza, a swoje relacje z lekarzem określało jako dobre i bardzo dobre. Nie przekładało się to jednak zawsze na przestrzeganie wszystkich zaleceń terapeutycznych. Wśród czynników negatywnie oddziałujących na poziom współpracy między chorym a jego lekarzem znalazły się: stres, brak objawów choroby, skomplikowane dawkowanie przyjmowanych leków, niedokładne zrozumienie zaleceń lekarskich. Jednak analiza przeprowadzonych badań ankietowych również nie dała jednoznacznego potwierdzenia doniesień literaturowych opisujących czynniki wpływające pozytywnie na motywację pacjentów do kontynuowania leczenia, a tym samym wzrostu stopnia współpracy lekarza i pacjenta [12, 13]. Pomijanie kolejnych dawek leków jest często nieświadome, ponieważ pacjenci po prostu zapominają o przyjęciu preparatów. Zatem celowym byłoby wprowadzenie rozmaitych udogodnień przypominających o tak ważnej czynności, jakim jest zażycie leków o właściwej porze. Chorzy z nadciśnieniem tętniczym często chorują na dodatkowe choroby towarzyszące, przede wszystkim są to choroby wynikające ze złego odżywiania się i małej aktywności fizycznej (np. otyłość i cukrzyca typu II). W takich przypadkach pacjenci wykazują się wyższą samodyscypliną, co spowodowane jest lękiem przed powikłaniami chorobowymi. Ogólny poziom współpracy pacjent–lekarz w leczeniu nadciśnienia tętniczego kształtował się w badanej populacji na dość niskim poziomie, a grupą najgorzej współpracującą były kobiety w wieku od 30 do 49 lat, najczęściej z wyższym wykształceniem. Jest to tym bardziej zaskakujące, że są to często młode matki lub kobiety planujące macierzyństwo, dodatkowo z reguły aktywne zawodowo, wykonujące odpowiedzialną pracę, a jednocześnie niepodlegające regularnego leczenia nadciśnienia tętniczego, co grozi negatywnymi konsekwencjami utraty zdrowia czy powikłaniami na przyszłość. Należy jednak podkreślić, iż nadciśnienie tętnicze jest coraz częściej diagnozowane wśród młodej populacji, co potwierdzają doniesienia literaturowe [9].

Reasumując, można stwierdzić, że poziom współpracy między pacjentem a lekarzem nie jest zadowalający. Można znaleźć wiele czynników, które w sposób negatywny lub pozytywny wpływają na stopień *adhe-*



rence. Jednak przeprowadzone badanie nie pozwala na jednorodne ich zaklasyfikowanie. U większości chorych odczuwanie silnego stresu, słaba wiedza o chorobie i jej powikłaniach decydują o słabym poziomie przestrzegania zaleceń terapeutycznych. Natomiast wyższe wykształcenie, wsparcie rodziny, wysoki dochód nie zawsze przekładają się na lepsze przestrzeganie zaleceń terapii. Są przypadki bardzo dobrej współpracy pacjenta z lekarzem mimo występowania wielu czynników o spodziewanym negatywnym efekcie terapeutycznym.

Obniżenie zbyt wysokich wartości ciśnienia, a następnie utrzymanie ich na właściwym poziomie wymagają dobrego wyboru terapii, wysokiej jakości usług medycznych, w tym zwiększenia informacji dotyczących sposobu leczenia przekazywanych pacjentowi szczególnie przez lekarza rodzinnego, oraz wielu wyrzeczeń i zmian w dotychczasowym życiu ze strony samego chorego. Niestety, jak wynika z przeprowadzonych badań, nadal nie wszyscy chorzy otrzymują takie informacje od lekarza lub otrzymują je na własną prośbę. Wynik ten potwierdza wcześniejsze doniesienia Gajewskiej, że mniej niż połowa ankietowanych chorych uzyskuje informacje o swojej farmakoterapii od lekarza rodzinnego [14]. Wysoki stopień *adherence* można osiągnąć poprzez ciągłą edukację i uświadamianie pacjentów, a do tego celu niezwykle przydatne są programy edukacyjne i kampanie promujące zdrowy styl życia.

#### Podziękowania

Serdeczne podziękowania składamy Panu Michałowi Janowskiemu i Pani dr Renacie Dziewanowskiej za umożliwienie przeprowadzenia badań ankietowych na terenie przychodni NZOZ „Nasz Doktor” w Szczecinie.

#### Konflikt interesów

Nie występuje / brak konfliktu interesów.

#### Piśmiennictwo

- Januszewicz A., Prejbisz A. Nadciśnienie tętnicze – wybrane zagadnienia patogenezy, diagnostyki i leczenia. Medycyna Praktyczna. Kraków; 2012.
- Kearney P.M., Whelton M., Reynolds K., Munter P., Whelton P.K., He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet*. 2005;365:217–223. English.
- Kubica A., Grzešek G., Sinkiewicz W., Koziński M., Grzešek E., Goch A. Compliance, concordance, adherence w przelekłej terapii. *Folia Cardiologica Excerpta*. 2010;5(2): 54–57.
- Skotnicki M., Skotnicka A., Grześkowiak E., Lulek J. Nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich jako problem współczesnej farmakoterapii. *Farm Przegl Nauk*. 2010;2:8–14.
- Kardas P. Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych. *Medycyna po Dyplomie*. 2004;13(2):16–23.
- Kardas P. Rozpowszechnienie nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych wśród pacjentów leczonych z powodu wybranych schorzeń przewlekłych. *Polski Merkuriusz Lekarski*. 2011;31(184):215–220.
- Knypl K. Przestrzeganie zaleceń lekarskich oraz motywacja do leczenia wśród chorych na nadciśnienie tętnicze. *Medycyna Rodzinna*. 2002;1:10–14.
- Wizner B. *et al.* Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych przez chorych z nadciśnieniem tętniczym – czy można poprawić współpracę? *Medycyna po Dyplomie*. 2005;14(7):63–67.
- Kawecka-Jaszcz K., Pośnik-Urbańska A., Jankowski P. Rozpowszechnienie nadciśnienia tętniczego w zależności od płci w świetle badań epidemiologicznych w Polsce. *Nadciśnienie Tętnicze*. 2007;11:377–383.
- Chudek J. Wpływ indywidualnej edukacji chorych z nadciśnieniem tętniczym na poprawę kontroli ciśnienia tętniczego, redukcję masy ciała i zaprzestanie palenia papierosów. *Probl Med Rodz*. 2009;1:63–69.
- Bronkowska M., Martynowicz H., Żmich K., Szuba A., Biernat J. Wybrane elementy stylu życia oraz wiedza żywieniowa otyłych osób z rozpoznaniem nadciśnieniem tętniczym. *Nadciśnienie Tętnicze*. 2009;13:266–274.
- Tykowski A., Brzezińska U. Terapia hipotensyjna a przestrzeganie zaleceń. *Nadciśnienie Tętnicze*. 2005;9(3): 217–227.
- Jasińska M., Kurczewska U., Orszulak-Michalak D. Zjawisko non-adherence w procesie opieki farmaceutycznej. *Farmacja Polska*. 2009;65(11):765–771.
- Gajewska D., Ździeborska M., Harton A., Myszkowska-Ryciak J.: Ocena znajomości i przestrzegania zaleceń dietetycznych przez pacjentów z nadciśnieniem tętniczym pierwotnym. *Probl Hig Epidemiol*. 2013;94:258–261.

#### Adres do korespondencji:

Arleta Matschay  
Pracownia Farmacji Praktycznej  
Katedra i Zakład Technologii Postaci Leku  
Collegium Stomatologicum  
ul. Bukowska 70, 60-812 Poznań  
tel./fax: 61 854 72 08  
e-mail: amatscha@ump.edu.pl