

Współpraca w leczeniu schizofrenii – wyniki projektu ADHES (pogłębiona analiza)

Compliance in the treatment of schizophrenia – project ADHES (the renewed results)

Małgorzata Chądzyńska¹, Joanna Meder¹, Magdalena Tyszkowska²

¹ Klinika Rehabilitacji Psychiatrycznej IPiN w Warszawie
Kierownik: doc. dr hab. n. med. J. Meder
² Lekarz psychiatra. Firma Janssen – Cilag

Summary

Aim. The aim of this study was to analyse the level of compliance measured by patients, their families and psychiatrists.

Method. 2009 patients who suffered from schizophrenia, 1791 members of their families and 203 psychiatrists were studied. They answered a questionnaire about the level of compliance and the factors which influence it.

Results. The level of compliance in schizophrenia was evaluated by psychiatrists as 48%, families – 73% and patients – 85%. The psychiatrists assessed that 60% of the schizophrenic patients did not have the sense of illness. 11% of the patients said that they have no benefits from pharmacotherapy.

Conclusions. The level of compliance is the least in doctor's evaluation. The patients evaluation of the level of compliance was the biggest. The level of compliance was related to patients' insight, negative attitude to pharmacotherapy, cognitive deficits. Women were more cooperative with medication than men.

Słowa kluczowe: schizofrenia, współpraca, farmakoterapia

Key words: schizophrenia, compliance, pharmacotherapy

Wstęp

Nie podlega dyskusji, że dla prawidłowego funkcjonowania w społeczeństwie, możliwości podejmowania różnych ról społecznych, uczenia się i pracowania chorzy powinni w pełni stosować się do zasad rehabilitacji i zaleceń farmakoterapii. Jednak praktyka kliniczna wykazuje, a potwierdzają to przeprowadzane badania [1, 2], że uzyskanie satysfakcjonującej współpracy pacjenta chorego na schizofrenię z lekarzem jest niezwykle trudne. W populacji ogólnej osób chorujących liczba współpracujących z lekarzem szacowana jest na 80%. Wśród chorujących na schizofrenię poziom ten

jest o wiele niższy – waha się od 25 do 50%. Jest to zjawisko uwarunkowane wieloczynnikowo. Przyczyn należy upatrywać zarówno po stronie pacjenta, jego środowiska społecznego i leczniczego, jak i we właściwościach leczenia oraz specyfice choroby. Trudności w akceptacji farmakoterapii związane są z niskim krytycyzmem pacjenta, słabym wglądem w chorobę, brakiem jej poczucia, a co za tym idzie – niepostrzeganiem leków jako korzystnych, potrzebnych do wyleczenia. Także zaburzenia poznawcze towarzyszące chorobie na wszystkich jej etapach (choć w różnych formach i nasileniu) ograniczają możliwość stosowania się do zasad leczenia – powodują spadek umiejętności samoobserwacji, słabą kontrolę objawów, trudności w dostrzeganiu pozytywnych efektów farmakoterapii. Neuroleptyki mogą powodować uciążliwe efekty uboczne, co staje się przesłanką do przerywania farmakoterapii. Ponadto specyfika ich działania sprawia, że pacjenci mogą nie dostrzegać ich wpływu na samopoczucie, co prowadzi do zaprzeczania skuteczności farmakoterapii. Zdarza się, że przyczyna niepełnego stosowania się do zaleceń lekarskich tkwi w skomplikowanych szczegółowych zaleceniach, wymagających uwagi i dyscypliny. Konieczność przyjmowania leków codziennie (lub kilka razy dziennie), ze świadomością, że dotyczy to długiego czasu – nieraz całego życia – powoduje zniechęcenie i próby zakończenia farmakoterapii bez konsultacji z lekarzem prowadzącym. Niekorzystne warunki środowiskowe to słabe wsparcie wynikające z niedostatecznego poziomu wiedzy o chorobie, trudności w akceptacji faktu zachorowania i długotrwałego leczenia oraz odczuwania jego uciążliwości.

Fleischhacker i wsp. [2] badali czynniki prognostyczne, które mogą świadczyć o podwyższonym ryzyku niepodjęcia współpracy. Wśród nich rozróżnili: czynniki zależne od pacjenta (objawy psychopatologiczne i współchorobowość); czynniki środowiskowe (wsparcie społeczne, czynniki finansowe, nadzór nad przebiegiem terapii, dostęp do psychiatrycznej pomocy specjalistycznej); czynniki zależne od lekarza (jakość sojuszu terapeutycznego i udzielanie informacji); zależne od terapii (działania niepożądane leku, sposób jego dawkowania, forma podania i polipragmazja). W ostatnim czasie w swoich pracach kilku autorów [2, 3, 4, 5] wskazało, że do wskaźników ryzyka wystąpienia trudności w nawiązaniu współpracy należą: młody wiek, wiek podeszły, zwłaszcza z towarzyszącymi zaburzeniami pamięci i orientacji, płeć męska, brak zatrudnienia, niski status socjoekonomiczny, bezdomność lub złe warunki mieszkaniowe, słabe społeczne funkcjonowanie przedchorobowe, samotność – brak oparcia, uzależnienie od alkoholu lub narkotyków, wczesny początek choroby, duże nasilenie objawów negatywnych i zaburzenia funkcji poznawczych już na początku zachorowania, niski lub bardzo wysoki wyjściowy iloraz inteligencji.

Konsekwencje braku współpracy to pogorszenie się stanu zdrowia, nasilenie objawów chorobowych, zwiększone ryzyko samobójstwa, agresji, zachowań ryzykownych, częstsze nawroty choroby, niepełne remisje, a wskutek tego powtórne i dłuższe hospitalizacje, co powoduje degradację w społecznym i zawodowym funkcjonowaniu, ryzyko bezdomności, zwiększenie kosztów opieki zdrowotnej [6, 7, 8, 9, 10].

Wobec tak ważnej roli współpracy w leczeniu konieczna jest dokładna ocena stosowania się do zasad farmakoterapii i poprawy obecnego stanu rzeczy. Praca jest szerszym opisem badania ADHES, którego wyniki przedstawiono wcześniej [11].

Material i metoda

Artykuł prezentuje wyniki badania poziomu współpracy i czynników na niego wpływających. Zrealizowano je w ramach projektu ADHES w 2005 r. W jego trakcie przeprowadzono analizę współpracy pacjentów cierpiących na schizofrenię z lekarzami w całym kraju. Wykonano szeroko zakrojone badanie za pomocą Kwestionariuszy Identyfikacji Czynników Ryzyka. Zostały one opracowane na podstawie standardowych narzędzi klinicznych służących do oceny postawy wobec leczenia: Skali DAI (Drug Attitude Inventory), Kwestionariusza Morinskiego–Greena oraz Skali MARS (Medication Adherence Rating Scale). Profilowane kwestionariusze (dla pacjenta, rodziny, lekarza) obejmowały takie zagadnienia, jak: regularność przyjmowania leków, świadome przerywanie terapii przez chorego, subiektywną percepcję procesu terapeutycznego i jego skuteczności [11]. Kwestionariusze wypełniło 2009 pacjentów, 1791 członków ich rodzin i 203 lekarzy. Byli to pacjenci z rozpoznaniem schizofrenii zgodnie z kryteriami ICD-10, obecnie leczący się ambulatoryjnie i przyjmujący neuroleptyki doustnie, leczący się co najmniej 3 miesiące.

Wyniki

W celu oceny poziomu współpracy pacjentów w leczeniu pytano lekarzy o częstość niestosowania się do zaleceń lekarskich. Dokonano podziału na przerywanie leczenia – nieintencjonalne – związane z zapomnieniem przyjęcia leków, oraz na intencjonalne – wynikające z decyzji o przerwaniu terapii. Wyniki prezentuje tabela 1.

Tabela 1. Poziom współpracy w leczeniu w opinii lekarzy w porównaniu z innymi krajami projektu ADHES

Przerywanie leczenia	Liczba odp. twierdzących	Procent odp. twierdzących	95% przedział ufności	Min. wynik		Maks. wynik	
				kraj	% min.	kraj	% Maks.
nieintencjonalne	1040	51,77%	49,56%–53,98%	Dania	39%	Rosja	68%
intencjonalne	1227	61,08%	58,92%–63,23%	Belgia	52%	Finlandia	75%

Współpracę w leczeniu podejmuje, zdaniem specjalistów, ok. 52% osób chorujących na schizofrenię. W opinii lekarzy pacjenci częściej przerywali leczenie na podstawie własnej decyzji niż przez zapomnienie o konieczności przyjęcia leków. Polska zajmuje średnią pozycję pod względem odsetka pacjentów stosujących się do zasad leczenia. 52% badanych nie przyjęło co najmniej raz leków w ciągu 30 dni przed badaniem, a 61% przerywało w przeszłości leczenie.

Wśród czynników wpływających na współpracę w opinii lekarzy psychiatrów wyróżniono: poczucie choroby i postawę wobec terapii, zaburzenia funkcji poznawczych, wpływ środowiska oraz picie alkoholu i zażywanie narkotyków. Postawę pacjenta wobec terapii opisywało jego poczucie choroby, spostrzeganie przez niego skuteczności farmakoterapii, stosunek do leczenia i reakcje emocjonalne w związku z codziennym przyjmowaniem leków. Wyniki prezentuje tabela 2.

Tabela 2. **Poziom poczucia choroby i postawy wobec terapii u pacjentów w opinii lekarzy w porównaniu z innymi krajami projektu ADHES**

	Liczba odp. twierdzących	Procent odp. twierdzących	95% przedział ufności	Min. wynik		Maks. wynik	
				kraj	% min.	kraj	% maks.
Poczucie braku choroby pacjenta	1180	58,74%	56,56%–60,91%	Niemcy	53%	Finlandia	76%
Zaprzeczanie konieczności przyjmowania leków	1191	59,28%	57,11%–61,46%	Dania	51%	Finlandia, Rosja	71%
Potwierdzanie pogorszenia się samopoczucia po przerwaniu terapii	936	46,59%	44,38%–48,80%	Austria	45%	Finlandia	70%
Złość z powodu konieczności przyjmowania leków	1164	57,94%	55,76%–60,12%	Dania	49%	Finlandia	73%

Ok. 59% badanych nie ma wg lekarzy poczucia choroby. Jest to wynik średni w porównaniu z innymi krajami, gdzie 51–76% osób nie czuje się chorymi. Ważne jest pogłębianie wiedzy o chorobie i prowadzenie rozmów terapeutycznych, które mogą zwiększyć samoświadomość i wtórnie wpłynąć na podwyższenie poziomu współpracy w leczeniu. Z drugiej strony, krytycyzm do choroby wiąże się z obniżeniem poziomu jakości życia w związku z poczuciem bycia chorym [12]. Zdaniem lekarzy 59% opisywanych pacjentów jest przekonanych o tym, że branie leków nie jest konieczne, natomiast 58% konieczność codziennego przyjmowania leków złości, a tylko 47% jest skłonnych do potwierdzenia, że przerwanie terapii powoduje pogorszenie się samopoczucia. Pokazuje to, że prawie 60% osób chorych na schizofrenię ma negatywny stosunek do farmakoterapii. W innych krajach lekarze wskazywali negatywne nastawienie do farmakoterapii u 49% do 73% pacjentów.

Lekarze oceniali, czy występują u pacjenta zaburzenia funkcji poznawczych, które mogłyby utrudniać stosowanie się do zaleceń oraz czy w związku z tym istnieje konieczność przypominania o przyjmowaniu leków. Wyniki ocen funkcjonowania poznawczego badanych pacjentów znajdują się w tabeli 3.

Tabela 3. **Ocena funkcjonowania poznawczego pacjentów w opinii lekarzy w porównaniu z innymi krajami projektu ADHES**

	Liczba odp. twierdzących	Procent odp. twierdzących	95% przedział ufności	Min. wynik		Maks. wynik	
				kraj	% min.	kraj	% maks.
Występowanie zaburzeń funkcji poznawczych	986	49,08%	46,87%–51,29%	Irlandia	31%	Rosja	61%
Istnienie konieczności przypominania o braniu leków	1221	60,78%	58,62%–62,94%	Austria	46%	Rosja	72%

Lekarze stwierdzili, że 49% pacjentów wykazuje zaburzenia funkcji poznawczych w takim stopniu, że może to utrudniać im stosowanie się do zaleceń terapii. Natomiast

aż 61% chorych trzeba przypominać o konieczności brania leków. Na różnicę tę może mieć wpływ postawa wobec leczenia powodująca powstrzymywanie się od przyjmowania leków. W innych krajach problemy ze sprawnością funkcji poznawczych obserwowano u 31% (Irlandia) do 61% chorych (Rosja).

Porównywano spostrzeganie poziomu współpracy w leczeniu przez lekarzy, samych pacjentów i ich rodziny. Lekarze stwierdzili, że 52% pacjentów przyjmuje leki nieregularnie (95% przedział ufności: 49,56%–53,98%). Ich zdaniem oznacza to, że ok. 48% w pełni współpracuje w zakresie leczenia. Opiekunowie osób chorych wskazali, że 73% ich podopiecznych bierze leki regularnie (95% przedział ufności: 70,97%–75,14%). Sami pacjenci pytani o regularność stosowania farmakoterapii przyznali się do współpracy w 85% (95% przedział ufności: 83,42%–86,60%). Różnice wyników są istotne statystycznie (test t-Studenta, $p < 0,0001$).

Badano związek poziomu współpracy w leczeniu z wyznacznikami postaw wobec leczenia w opinii pacjentów i ich rodzin. Poziom współpracy w leczeniu, oceniany na podstawie regularności przyjmowania leków, jest związany w ocenach pacjentów:

- ze spostrzeganiem korzyści z leczenia ($r = 0,29$; $p < 0,01$)
- z trudnościami w akceptacji konieczności codziennego przyjmowania leków ($r = -0,28$; $p < 0,01$)
- z niedostatecznym przekonaniem co do konieczności przyjmowania leków, tj. przyjmowaniem leków tylko w sytuacji gorszego samopoczucia ($r = -0,35$; $p < 0,01$).

W ocenach rodzin stosowanie się do zaleceń lekarskich jest związane z:

- negatywną postawą pacjenta wobec leków ($r = -0,38$; $p < 0,01$)
- postrzeganiem leków jako czegoś korzystnego dla siebie ($r = 0,42$; $p < 0,01$).

Ponadto okazało się, że częściej w rodzinie rozmawia się o leczeniu farmakologicznym, gdy pacjent spostrzega leki jako coś korzystnego dla siebie ($r = 0,34$; $p < 0,01$). Natomiast rzadziej przyjmowanie leków jest przedmiotem rozmów w rodzinach, w których opiekunowie podejrzewają negatywny stosunek chorego do leczenia ($r = -0,27$; $p < 0,01$)¹.

W badaniu podjęto próbę ocenienia postawy wobec leczenia przez samego pacjenta, jego opiekuna i lekarza. Wyniki prezentuje tabela 4.

Tabela 4. **Spostrzeganie negatywnego stosunku do leczenia przez lekarzy, rodzinę i pacjentów chorych na schizofrenię uczestniczących w projekcie ADHES**

	Liczba odp. twierdzących	Procent odp. twierdzących	95% przedział ufności
Lekarz – złość pacjenta w obliczu konieczności codziennego przyjmowania leków	1164	57,94%	55,76%–60,12%
Pacjent – zdenerwowanie w obliczu konieczności codziennego przyjmowania leków	948	47,19%	44,98%–49,40%
Pacjent - spostrzeganie korzyści z leczenia	1792	89,29%	87,91%–90,67%
Rodzina – podejrzenia o negatywną postawę chorego wobec leczenia	650	36,35%	34,10%–38,61%
Rodzina – spostrzeganie przez pacjenta leków jako czegoś korzystnego	1244	69,73%	67,57%–71,89%

¹ współczynnik korelacji phi MacPearsona

Lekarze podejrzewali, że u ok. 58% chorych codzienne przyjmowanie leków powoduje złość, natomiast do negatywnej reakcji emocjonalnej przyznało się tylko 47% badanych. 89% pacjentów stwierdziło, że leczenie jest dla nich korzystne, a członkowie rodzin powiedzieli, że takie przekonanie ma 70% ich podopiecznych. Ponadto krewni podejrzewali, że 36% chorych na schizofrenię ma negatywny stosunek do leczenia.

Analizowano, jakie czynniki demograficzne mogą mieć związek ze stosowaniem się do zaleceń lekarskich. Okazało się, że na poziom współpracy wpływa płeć i wiek osób chorujących. Poziom współpracy w grupie mężczyzn i kobiet przedstawia tabela 5.

Tabela 5. Poziom współpracy w leczeniu w grupach wyznaczonych przez płeć

	% odp. twierdzących		wartość p* (ANOVA)
	mężczyźni	kobiety	
Regularność przyjmowania leków wg pacjenta	83%	87%	< 0,01
Zapominanie o konieczności przyjmowania leków wg pacjenta	63%	58%	0,03
Zapominanie o konieczności przyjmowania leków wg rodziny	74%	62%	< 0,01
Negatywna postawa wobec leków wg rodziny	37%	28%	0,01
Spostrzeganie leków przez pacjenta jako czegoś korzystnego dla siebie wg rodziny	72%	79%	0,02

Wyniki wskazują na to, że kobiety lepiej współpracują w leczeniu – częściej regularnie przyjmują leki, rzadziej zapominają o ich stosowaniu. Potwierdzają to opinie członków rodzin, które wskazują, że kobiety rzadziej nieintencjonalnie nie stosują się do zasad leczenia i również rzadziej mają negatywny stosunek do farmakoterapii, oraz że większy odsetek kobiet postrzega leki jako korzystne dla siebie.

Omówienie wyników

Poziom współpracy w leczeniu jest różnie oceniany przez lekarzy, pacjentów i ich rodziny. Specjaliści szacują, że ok. 48% pacjentów w pełni współpracuje w zakresie farmakoterapii, z relacji rodziny wynika, iż 73% chorych bierze regularnie leki, natomiast sami chorzy deklarują pełną współpracę w 85%. Seo i Min [13] wykazali, że 65,8% pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii w którymś momencie trwania choroby przestaje podporządkowywać się zaleceniom lekarskim. Lekarze najbardziej krytycznie oceniają poziom współpracy w leczeniu, a pacjenci deklarują ją w najwyższym stopniu. Przyczyny tego stanu rzeczy mogą być związane z potrzebą aprobaty społecznej. Pacjenci mogą deklarować wyższy poziom współpracy ze względu na chęć pozytywnej autoprezentacji w oczach lekarza prowadzącego albo ze względu na trudności w adekwatnej ocenie sytuacji. Rodziny mogą oceniać współpracę jako bardziej zadowalającą z powodu chęci ochrony bliskiej osoby chorej lub dlatego, że mogą nie orientować się, iż ich podopieczni nie przyjmują leków regularnie.

W opinii specjalistów najważniejszym czynnikiem wpływającym na obniżenie się poziomu współpracy są postawy wobec leczenia związane z brakiem poczucia choroby, trudnościami w akceptacji farmakoterapii. Problemy te dotyczą ok. 60% badanych. W innych pracach [3, 9, 10, 14] wśród czynników ryzyka niepodjęcia współpracy wymieniano słaby wgląd w chorobę i negatywny stosunek do niej. Duggins R. i Shaw I. [15] traktowali satysfakcję z leczenia jako główny czynnik współpracy i sukcesu terapii. Poczucie choroby nie jest warunkiem wystarczającym do stosowania się do zaleceń lekarskich. Kamali i wsp. [16] wykazali, że wgląd w chorobę nie zawsze jest związany z przestrzeganiem zasad leczenia. Kolejnym elementem mającym negatywny wpływ na możliwość stosowania się do zasad farmakoterapii jest występowanie zaburzeń poznawczych (w 58% przypadków). Powodują one zapomnienie przez pacjentów o konieczności brania leków – u 61% osób. Najczęściej wśród zaburzeń funkcji poznawczych wyróżniane są zaburzenia pamięci, które uniemożliwiają korzystanie z psychoedukacji oraz samodzielne stosowanie się do farmakoterapii [3, 17]. Lekarze potwierdzili występowanie negatywnych wpływów środowiska na stosowanie się do zaleceń wśród ok. 43% chorych. Według wielu specjalistów [2, 3, 18, 19] rodzinę, opiekunów pacjenta powinno się zawsze uwzględniać w planowaniu strategii leczenia oraz włączać w proces psychoedukacji i terapii. Rodzina może być pomocna w dbaniu o przestrzeganie zasad leczenia, zapobieganiu nawrotom, jak również w reedukacji pacjenta w zakresie umiejętności społecznych. Członkowie rodziny mogą tworzyć kojący klimat emocjonalny sprzyjający zdrowieniu poprzez świadome unikanie „nadmiernego wyrażania emocji” [20, 21].

Około 50% chorych przyznaje, że zdarzało się im w przeszłości podejmować decyzję o przerwaniu leczenia; potwierdzają to ich rodziny. W opinii pacjentów i rodzin poziom współpracy w leczeniu jest związany z postrzeganiem korzyści z farmakoterapii. Rodziny zauważają związek negatywnej postawy do leczenia z nieregularnością brania leków. Podejrzewają, że w 36% ich podopieczni mają negatywne nastawienie do leczenia. 47% pacjentów przyznaje, że denerwuje ich konieczność codziennego brania leków, ale tylko 11% ma jednoznacznie negatywną postawę wobec leczenia. W badaniu pacjenci deklarowali bardziej pozytywny stosunek do leczenia niż oceniający go ich lekarze i opiekunowie. Może to być związane ze złożoną sytuacją badania. Pacjentowi trudno przyznać się lekarzowi prowadzącemu, że nie jest przekonany o korzyściach z leczenia i ma do niego co najmniej ambiwalentny stosunek – zawiódłby oczekiwania lekarza dotyczące współpracy i pozytywnego ustosunkowania się do farmakoterapii. Jest to trudne także ze względu na poczucie zależności od lekarza, jakie często towarzyszy pacjentowi, oraz potrzebę opieki.

Negatywne nastawienie pacjenta do leczenia koreluje dodatnio z nasileniem objawów pozytywnych oraz skutków ubocznych. Tym samym pośrednio sprzyja postawie związanej z niestosowaniem się do zaleceń lekarskich [10, 22]. Odwrotnie – przekonanie pacjenta, że leki wpływają korzystnie na jego samopoczucie, ogólny pozytywny stosunek do leczenia bardzo silnie wzmacniają podporządkowanie się zaleceniom lekarskim [2, 13, 16].

Kobiety w większym stopniu współpracują w zakresie farmakoterapii. Wynik ten potwierdzany jest w innych badaniach [2, 3, 4, 5], choć istnieją doniesienia o braku znaczenia płci, wieku, długości chorowania dla poziomu współpracy [16].

Zwrócenie uwagi na czynniki wpływające na poziom stosowania się do zaleceń lekarskich jest ważne ze względu na częstość występowania tego zjawiska. Z jednej strony lekarze często zbyt optymistycznie oceniają stosowanie się swoich pacjentów do zaleceń, z drugiej – pacjenci nie ujawniają spontanicznie swojego braku współpracy w terapii. Ponadto znajomość przyczyn niepowodzeń we współpracy w leczeniu pozwoli uwzględnić je w planowaniu farmakoterapii i oddziaływań leczniczych – skierowanych do pacjentów i ich rodzin [23, 24, 25]. Jest to wiedza przydatna w prowadzeniu zajęć psychoedukacyjnych i treningów radzenia sobie z chorobą, których celem jest zwiększenie współpracy i poprawa jakości życia osób chorych na schizofrenię.

Wnioski

- Lekarze oceniają poziom współpracy w leczeniu farmakologicznym osób chorych na schizofrenię najniżej (48% współpracujących), pacjenci najwyżej (85%). Według opiekunów 73% podopiecznych bierze leki regularnie.
- Poziom współpracy w leczeniu w ocenie opiekunów jest związany ze spostrzeganiem korzyści z leczenia, z trudnościami w akceptacji codziennego brania leków, przyjmowaniem leków tylko w razie gorszego samopoczucia, negatywną postawą pacjenta wobec farmakoterapii.
- Lekarze bardziej krytycznie oceniają postawy pacjentów wobec leczenia niż osoby chore i ich opiekunowie.
- Kobiety lepiej współpracują w zakresie farmakoterapii niż mężczyźni.

Совместная работа при лечении шизофрении – результаты исследований проекта оценки пациентов, их опекунов и врачей – углубленный анализ

Содержание

Задание. Анализ уровня совместной работы в лечении шизофрении в оценке пациентов, их опекунов и врачей.

Метод. Заполнены анкеты среди 2009 больных шизофренией, 1791 членов их семей и 203 врачей психиатров. Анкеты содержали вопросы на темы учета применяемых врачебных показаний и факторов, обуславливающих совместную работу при лечении больных.

Результаты. Врачи оценили число сотрудничающих с ними пациентов на 48% семей – 73%, а больные люди указывали на необходимость сотрудничества в 85%. Врачи критически оценили отношение к фармакоterapiи пациентов, а сами больные только в 11% признаются к отсутствию потребности в лечении. 3 мнения специалистов 60% пациентов не чувствуют себя больными.

Выводы. Врачи наиболее низко оценивают уровень сотрудничества с пациентами, а пациенты – очень высоко. Среди факторов, связанных с недостаточным учетом необходимости использования лечения выделены: отсутствие понимания болезни, отрицательное отношение к лечению, мстические нарушения. Женщины в большей степени сотрудничают с врачами, чем мужчины.

Zusammenarbeit bei der Behandlung von Schizophrenie - Ergebnisse der Studie an dem ADHES - Projekt (vertiefte Analyse)

Zusammenfassung

Ziel. Das Ziel der Arbeit ist die Analyse des Levels der Zusammenarbeit bei der Behandlung der Schizophrenie in der Beurteilung der Patienten, ihrer Betreuer und Ärzte.

Methode. Es wurde eine Umfrage unter 2009 schizophrener Personen, 1791 Mitglieder ihrer Familien und 203 Ärzte - Psychiater durchgeführt. Die Umfragen bestanden aus geschlossenen Fragen

zum Thema der Verfolgung der ärztlichen Anordnungen und Faktoren, die ihre Zusammenarbeit bei der Behandlung bedingen.

Ergebnisse. Die Ärzte beurteilten die Zahl der zusammenarbeitenden Patienten auf 48%, die Familien - 73%, und die Kranken deklarierten die Zusammenarbeit in 85%. Die Ärzte beurteilten kritisch die Stellung zur Pharmakotherapie der Patienten, die Kranken selbst gestehen nur in 11%, dass sie keine Nutzen bei der Behandlung sehen. In der Meinung der Fachärzte haben 60% der Patienten kein Krankheitsgefühl.

Schlussfolgerungen. Die Ärzte beurteilten den Level der Zusammenarbeit am niedrigsten, die Patienten dagegen am höchsten. Unter vielen Faktoren, die mit einer nicht genügenden Befolgung der Behandlungsprinzipien verbunden sind, wurden genannt: Mangel an Einsicht, negative Stellung zur Behandlung, kognitive Störungen. Die Frauen arbeiten besser bei der Behandlung zusammen als die Männer.

La conformité à la thérapie de la schizophrénie –résultats du projet ADHES (analyse approfondie)

Résumé

Objectif. Analyser le niveau de la conformité à la thérapie de la schizophrénie d'après les opinions des patients, des leurs familles et des médecins.

Méthode. On a examiné 2009 patients souffrant de la schizophrénie, 1791 membres des leurs familles et 203 médecins. Ils ont répondu aux questionnaires analysant la thérapie et le niveau de conformité durant cette thérapie.

Résultats. Les psychiatres estiment que 48% de patients se conforment à la thérapie ; les familles – 73%; les patients – 85%. D'après les psychiatres 60% de patients ne pensent pas qu'ils sont malades, d'après les patients seulement 11% ne trouvent pas de bénéfices de la pharmacothérapie .

Conclusions. Les psychiatres trouvent que le niveau de conformité est le plus bas ; les patients – inversement. Le niveau de conformité est corrélé avec :négative attitude à la thérapie, manque du phénomène d'insight, troubles cognitifs. Les femmes se conforment mieux que les hommes.

Piśmiennictwo

1. Diaz E, Levine HB, Sullivan MC, Sernyak MJ, Hawkins KA, Cramer JA, Woods SW. *Use of the medication event monitoring system to estimate medication compliance in patients with schizophrenia.* J. Psychiatry Neurosc. 2001; 26: 325–329.
2. Fleischhacker WW, Oehl MA, Hummer M. *Factors influencing compliance in schizophrenia patients.* J. Clin. Psychiatry 2003; 64 (supl. 16): 10–13.
3. Compton MT, Saenger E. *Treatment nonadherence among individuals with schizophrenia: risk factors and strategies for improvement.* Medscape ACCME program.
4. Keith SJ, Kane JM. *Partial Compliance and patient consequences in schizophrenia: Our patients can do better.* J. Clin. Psychiatry 2003; 64: 1308–1315.
5. Perkins DO. *Predictors of noncompliance in patients with schizophrenia.* J. Clin. Psychiatry 2002; 63: 1121–1128.
6. Rosa MA, Marcolin MA, Elkis H. *Evaluation of the factors interfering with drug treatment compliance among Brazilian patients with schizophrenia.* Rev. Brasil. Psiquiatr. 2005; 27, 3: 178–184.
7. Weiden PJ, Kozma Ch, Grogg A, Locklear J. *Partial compliance and risk of rehospitalization among California medicaid patients with schizophrenia.* Psychiatr. Serv. 2004; 55, 8: 886–891.
8. Thieda P, Beard S, Richter A, Kane J. *An economic review of compliance with medication therapy in the treatment of schizophrenia.* Psychiatr. Serv. 2003; 54, 4: 508–515.

9. Olfson M, Mechanic D, Hansell S, Boyer CA, Walkup J, Weiden PJ. *Predicting medication noncompliance after hospital discharge among patients with schizophrenia*. Psychiatr. Serv. 2000; 51, 2: 216–222.
10. Ascher-Svanum H, i in. *A prospective study of risk factors for nonadherence with antipsychotics medication in the treatment of schizophrenia*. J. Clin. Psychiatry 2006; 67: 453–460.
11. Jarema M, Meder J, Araszkievicz A, Chądyńska M. *Ocena współpracy chorych na schizofrenię w przyjmowaniu leków przeciwpsychotycznych. Program ADHES w Polsce*. Wiad. Psychiatr. 2007; 10, 1: 27–36.
12. Chądyńska M, Kasperek B, Spiridonow K. *Zmienne kliniczne i demograficzne a jakość życia osób przewlekle chorych na schizofrenię*. Wiad. Psychiatr. 2001; 4, 4: 275–281.
13. Seo M, Min S. *Development of a structural model explaining medication compliance of persons with schizophrenia*. Yonsei Med. J. 2005; 46, 3: 331–340.
14. Pitschel-Waltz G, Bauml J, Bender W, Engel RR, Wagner M, Kissling W. *Psychoeducation and compliance in treatment of schizophrenia: results of the Munich Psychosis Information Project Study*. J. Clin. Psychiatry 2006; 67, 3: 443–452.
15. Duggins R, Shaw I. *Examining the concept of patients satisfaction in patients with diagnosis of schizophrenia: a qualitative study*. Psychiatr. Bull. 2006; 30: 142–145.
16. Kamali M, Kelly L, Gervin M, Browne S, Larkin C, O'Callaghan E. *Insight and comorbid substance misuse and medication compliance among patients with schizophrenia*. Psychiatr. Serv. 2001; 52, 2: 161–166.
17. Hudson TJ, Owen RR, Thrush CR, Han X, Pyne JM, Thapa P, Sullivan G. *A pilot study of barriers to medication adherence in schizophrenia*. J. Clin. Psychiatry 2004; 65, 2: 211–216.
18. Heyscue BE, Levin GM, Merrick JP. *Compliance with depot antipsychotic medication by patients attending outpatient clinics*. Psychiatr. Serv. 1998; 49, 9: 1232–1234.
19. Rettenbacher MA, Hofer A, Eder U, Hummer M, Semmler G, Weiss EM, Fleischhacker WW. *Compliance in schizophrenia: psychopathology, side effects, and patients' attitude toward the illness and medication*. J. Clin. Psychiatry 2004; 65, 9: 1211–1218.
20. Shellwood W, TARRIER N, Quinn J, Barrowclough C. *The family and compliance in schizophrenia: the influence of clinical variables, relatives' knowledge and expressed emotions*. Psychol. Med. 2003; 33, 1: 91–96.
21. de Barbaro B, red. *Schizofrenia w rodzinie*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1999.
22. Hofer A, Semmler G, Eder U. *Attitudes toward antipsychotics among outpatient clinic attendees with schizophrenia*. J. Clin. Psychiatry 2002; 63: 49–53.
23. Meder J, Sawicka M, red. *Psychoterapia schizofrenii*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 2006.
24. Meder J. *Trening aktywnego udziału we własnym leczeniu farmakologicznym*. Warszawa: Fundacja IPN; 1995.
25. Meder J, red. *Rehabilitacja przewlekle chorych psychicznie*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 2000.

Adres: Małgorzata Chądyńska
Klinika Rehabilitacji Psychiatrycznej
Instytut Psychiatrii i Neurologii
05-957 Warszawa, ul. Sobieskiego 9

Otrzymano: 24.09.2007
Zrecenzowano: 26.10.2007
Przyjęto do druku: 10.04.2008