

TEORIE



JÁNIŠ M.: KOMPLIANCE (ČÁST IV.) – FAKTORY, KTERÉ JI OVLIVŇUJÍ

ABSTRAKT: JÁNIŠ M.: KOMPLIANCE (ČÁST IV.) – FAKTORY, KTERÉ JI OVLIVŇUJÍ. PSYCHOSOM, 2012;10(4), s. 282-296

O vysvětlení ne/kompliantního chování (tedy chování, kdy se pacientovo jednání – např. ve smyslu braní léků, dodržování diety, uskutečňování životních změn – neshoduje/shoduje s radami získanými od zdravotníků) se snaží několik teoretických přístupů. Vedle nich se objevuje řada výzkumů konkrétních faktorů, které mohou komplianci ovlivňovat. Tyto faktory bývají povětšinou kategorizovány na charakteristiky pacienta, znaky dané nemoci, charakteristiky léčebného režimu, charakteristiky léčebného uspořádání – settingu, povahu vztahu mezi pacientem a zdravotníkem. Z těchto výzkumů vyplývá, že nekompliance není trvalou osobnostní vlastností a že je terapeuticky ovlivnitelná. Ve výsledcích současných výzkumných studií je možno hledat příležitosti k větší spolupráci pacientů a zdravotníků.

KLÍČOVÁ SLOVA: kompliance, adherence, faktory ovlivňují komplianci

Jániš M.: Compliance (part IV) – Factors influencing compliance, PSYCHOSOM, 2012;10(4), pp. 282-296

ABSTRACT: Scientists think of various theoretical models explaining patients' compliance - the extent to which patient's behavior (in terms of taking medication, following diets, or achieving lifestyle changes) coincides with medical or health advice. In addition to these theoretical models there are many researches focusing on the specific factors, which can influence compliance. These factors are mostly put into five categories: patient characteristics, disease characteristics, treatment factors, factors of the treatment setting, and factors of patient-provider relationship. The researchers agree on the finding, that the noncompliance is not a persistent personal trait and that it can be therapeutically influenced. With the knowledge of the present research studies we are more capable of finding opportunities for better cooperation between patients and providers.

KEY WORDS: compliance, adherence, patient characteristics, determinants of compliance, factors affecting compliance

ÚVOD

O vysvětlení ne/kompliantního chování se snaží několik teoretických přístupů. Vedle nich se objevuje řada výzkumů konkrétních faktorů, které mohou komplianci ovlivňovat. Tyto faktory bývají povětšinou kategorizovány na:

- charakteristiky pacienta;
- znaky dané nemoci;
- charakteristiky léčebného režimu;
- charakteristiky léčebného uspořádání – settingu;

- povahu vztahu mezi pacientem a zdravotníkem.

D. Meichenbaum a D. C. Turk (1987) upozorňují, že ačkoliv jsou zmiňované kategorie vykládány jako na sobě navzájem nezávislé, opak je pravdou. Navíc nekompliantní chování pacienta je ovlivňováno více faktory současně; to, co platí pro jednoho pacienta, nemusí platit pro jiného; a to, co platí dnes, nemusí platit zítra (Levensky, O'Donohue, 2006).

CHARAKTERISTIKY PACIENTA

Tabulka 1 shrnuje potvrzené faktory z této kategorie.

Je třeba si povšimnout, že takové sociodemografické charakteristiky, jako je pohlaví, věk, stav, vzdělání, sociální třída, vyznání, národnost či trvalé

osobnostní vlastnosti, v uvedeném seznamu chybí. To by naznačovalo důležitou skutečnost, že nekompliance není trvalou osobnostní vlastností a že je terapeuticky ovlivnitelná (Mohapl, 1991).

TAB. 1: CHARAKTERISTIKY PACIENTA OVLIVŇUJÍCÍ NEKOMPLIANCI (MEICHENBAUM, TURK, 1987; LEVENSKY, O'DONOHUE, 2006)

<p>Pacientova vážná psychiatrická diagnóza (pokud z ní plyne snížená schopnost se o sebe postarat, zmatek, neschopnost zachovávat pravidla všeobecně, pocit životní energie navzdory nemoci, omezení ve vytváření vztahů, silná závislost na nekompliantní chování /abusus/).</p> <p>Pacientovo smyslové postižení.</p> <p>Pacientova porucha paměti.</p> <p>Pacientova neschopnost porozumět tomu, že potřebuje léčbu.</p> <p>Dostatek schopností pacienta potřebných k porozumění režimu (schopnost číst, mentální schopnosti).</p> <p>Pacientův copingový styl.</p> <p>Pacientovy schopnosti a dovednosti (ovládání většinového jazyka, schopnosti číst, psát, řídit, najít si práci, asertivně požádat o to, co pacient potřebuje, dovednost monitorovat své chování, relaxovat, odměňovat se za komplianci, vyhýbat se rizikovým situacím, zastavit relaps, schopnost řešit problémy atd.).</p>	<p>PACIENTOVY</p> <p>SCHOPNOSTI</p> <p>A</p> <p>DOVEDNOSTI</p>
<p>Pacientovo vnitřní pojetí nemoci (přesvědčení o tom, jaké jsou příčiny nemoci, jaké bude její trvání a jaký průběh, jaká je její vzdálenější prognóza, jaké budou její následky, jak bude nemoc reagovat na léčbu, jaká je zodpovědnost pacienta za propuknutí nemoci i jeho zodpovědnost za dodržení či nedodržení léčby).</p> <p>Pacientova odlišná zdravotní přesvědčení (např. o tom, že léky jsou potřeba jen při akutních potížích, jen když jsou vnímány symptomy nemoci atd.).</p> <p>Pacientovo jiné sociokulturní či etnické pojetí nemoci a zdraví (např. víra v to, že o nemoci se nemluví, je třeba se za ni stydět, nemoc znamená blížící se smrt, léčba je proti etice, je třeba se spíše modlit atd.).</p> <p>Pacientova nízká motivace k léčbě, apatie či pesimismus.</p>	<p>PACIENTOVA</p> <p>PŘESVĚDČENÍ</p>
<p>Pacientovo zázemí v nestabilní nebo neharmonické rodině.</p> <p>Negativní očekávání a postoje vůči léčbě ze strany pacientových rodičů.</p> <p>Podporování nekompliantního jednání pacienta ze strany jeho okolí</p> <p>Nepřítomnost asistence, která by pacienta v případě potřeby doprovodila na setkání se zdravotníkem, vysvětlila mu sociální systém atd.</p> <p>Obavy ze stigmatu spjatého s daným onemocněním.</p> <p>Pacientův nedostatek zdrojů (strava, peníze, možnost dopravit se, čas, bydlení).</p>	<p>PACIENTOVY</p> <p>ZDROJE</p> <p>A</p>

Pacient, který zažil v nedávné minulosti stresující životní události (smrt partnera, ukončení nějakého důležitého vztahu).	JEHO OPORA
Tlak dalších nároků života nebo dokonce konflikt s nimi (chudoba, nezaměstnanost).	
Pacientova nespokojenost se zdravotníkem či léčbou.	
Pacientovy dřívější nepříjemné zkušenosti s kompliancí (zážitek vedlejších účinků atd.).	
Pacientova dřívější nekompliance.	

Z výše uvedených faktorů je třeba podtrhnout pacientovu nespokojenost s léčbou, protože ta výrazně ovlivňuje nekomplianci. Navíc je v klinické praxi snadno zjištělná – a tudíž i využitelná pro případnou detekci těch, kteří budou pravděpodobně nekompliantní (Meichenbaum, Turk, 1987).

Jiné řádky tabulky zdůrazňují důležitost sociální opory. Není přitom vyzdvihováno množství sociálních kontaktů jako spíše jejich kvalita. Sociální oporou je v souvislostech compliance míněno vnímání vážnosti onemocnění ze strany blízkých, jejich otevřenost, když mají nemocnému sdělit vliv onemocnění (popřípadě ne/kompliance) na jejich vzájemný vztah, citová opora při léčbě, materiální výpomoc při naplňování nároků léčby, sdílení pozitivního pohledu na léčbu, připomenutí kompliantního chování, povzbuzení k němu i ocenění za něj.

Za zvláštní zájem stojí i řádky tabulky odkazující na pacientova přesvědčení o jeho zdraví a o léčbě. M. R. DiMateo a D. D. DiNicola (1982) považují zkoumání pacientových přesvědčení za nezbytnou součást práce zdravotníka, který se snaží léčit člověka s nemocí ve všech jejích rozměrech. Někdy jsou přesvědčení pacienta založena na (z pohledu zdravotníků) mylných předpokladech, nesprávných informacích, negativních myšlenkách, kulturních mýtech. Z nich pak vyrůstají obavy, pocity viny, studu, které přispívají k nekomplianci. V následující tabulce uvádíme nejčastější z těchto přesvědčení, týkající se nekompliance s medikací. Z uvedených přesvědčení vyplývá, že pokud zaujmeme perspektivu pacienta (ohledně příčiny nemoci, jejího spouštěče, způsobu, jak funguje, ohledně její vážnosti, možnosti léčby atd.), pak budeme jeho rozhodnutí k nekomplianci lépe chápat.

TAB. 2: NEJČASTĚJŠÍ PŘESVĚDČENÍ PSYCHIATRICKÝCH PACIENTŮ, KTERÁ VEDOU K NEKOMPLIANCI S MEDIKACÍ (MEICHENBAUM, TURK, 1987; KŘIVOHLAVÝ, 2002; DIMATEO, DINICOLA, 1982; MORGAN, HORNE, 2005)

„FARMAKOTERAPIE JE PROTI LOGICE ZDRAVÉHO ROZUMU“:

„cítím se dobře – to znamená, že už léky víc nepotřebuji“; „budu brát léky, jen když mi bude špatně“; „nehrozí mi nebezpečí, když léky brát nebudu“; „nevidím rozdíl mezi stavem, kdy beru léky, a stavem, kdy je neberu“; „pokud chvíli vydržím, nemoc přejde“; „postará se o mě Pán Bůh – léky nejsou potřeba“; „nemoc je projevem toho, že mě Bůh trestá“; „cítím se zdravě – na mě nemoc nemůže“; „moje nemoc není vážná“; „nechápu, proč bych měl na tyto své potíže brát zrovna tyto léky“; „větší tablety jsou účinnější než ty malé“; „s tabletami jsem měl už dva záchvaty – teď to zkusím bez těch tablet a uvidíme“; „jak mám zjistit, že léky na mě ještě působí, ne-li tak, že je na chvíli přestanu brát?“...

„MÁM STRACH Z VEDLEJŠÍCH ÚČINKŮ“:

„jsem alergický na léky“; „vezmu si radši homeopatika“; „přírodní látky jsou bezpečnější než ty umělé“; „existují alternativy k farmakologické léčbě – dám přednost jim“; „léky jsou všeobecně přehnaně předepisovány, lékaři předepisují vždycky více léků, než je potřeba“; „léky všeobecně mají škodlivé jedovaté účinky“; „staré metody na tuto nemoc jsou lepší než ty nové“; „medikace je toxická, můžu ji brát jen krátký čas“; „musím dát svému tělu oddech od léků, jinak se na nich stanu závislým“; „když budu brát tyto léky, tak pak jejich účinky zamaskují mé skutečné potíže – a lékař nepozná, co mě trápí“; „už beru hodně medikace – už nepotřebuji brát více“; „časem se ztratí část efektivity léků – už na mě přestanou působit“; „když budu brát léky, nebudu se na sebe moci spolehnout“; „zřejmě se mě snaží otrávit“, „zbytečně moc přiberu“...

„LÉKY MĚ OMEZUJÍ“:

„medikace je dobrá, ale dostává se do kolize s mými aktivitami“; „když budu tyto léky brát, nebudu moci pít alkohol“; „když budu tyto léky brát, nebudu moci mít děti“; „léky mě dělají jiným, než jsou druzí“; „cítím se být méně tvořivý“; „je to otrava brát pravidelně léky“; „jsem pak méně přitažlivý pro přátele, manželku“; „chybí mi ty úžasné nálady, které jsem bez léků zažíval“; „chybí mi barevnost života – teď zažívám příliš velkou plochost“; „braní léků mě omezí v setkávání se s přáteli“...

„LÉKY MĚ PONIŽUJÍ“:

„moje nemoc je kvůli životním stresům – to se může stát každému“; „moje nemoc byla nervovým zhroucením – už jsem zase normální“; „nejsem nemocný“; „moje nemoc není vážná“; „nechci připustit, že bych měl chronickou nemoc“; „medikace mi připomíná mou nemoc“; „braní léků ze mě dělá blázna, nemocného, slabého, méněcenného“; „měl bych své problémy řešit sám – a nespoléhat se na léky“; „vždycky jsem se ze všech problémů dostal sám – nejsem zvyklý spoléhat na něco vnějšího (léky)“; „moje rodina byla vždy proti lékům“; „ostatní jsou psychiatricky nemocní – já nikoliv – ať oni berou léky“; „léky jsou důkazem toho, že jsem slabý, neschopný se o sebe postarat“; „kdyby se druzí dozvěděli o tom, že beru léky, měl bych problémy“; „je pro mě důležitější modlitba“; „jsem spíše pro alternativní léčbu“...

„STEJNĚ JE TO K NIČEMU“ + „NEMÁM NA TO“:

„léky mi stejně nepomůžou“; „moje onemocnění má organický podklad – cvičení mi nepomůže“; „ani mi nepomůže nějaká změna smýšlení“; „nemám na to vydržet brát léky“; „nezvládnú složitost a dlouhodobost léčby“; „je to příliš náročné“; „je to náročné – a stejně mi to nepomáhá“; „lékař se mě ptá na tolik věcí“; „radši budu nemocný, než abych podstoupil něco takového“...

Z našeho výkladu by mohlo vyplývat, že nekompliance je maladaptivním řešením situace. Tak tomu většinou je. V některých případech však – jak musíme spolu s D. Meichenbaumem a D. C. Turkem (1987) poznamenat – i jednáním adaptivním. A to tehdy, pokud pacient neklade zdraví na první místo mezi svými životními hodnotami. Pokud se pak compliance dostane do konfliktu s těmito hodnotami – zcela logicky dá pacient přednost nekompliantnímu chování. Např. mnozí pacienti zvažují, zda se budou účastnit léčby hemodialýzou, pokud ji porovnávají se změnami, které případná léčba přinese do jejich života; lidé s astmatem zase porovnávají hodnotu toho, že se jim pomocí medikace zmírní symptomy jejich nemoci, s tím, kolik budou muset vynaložit času i námahy, jaké se u nich objeví vedlejší příznaky a jaký budou mít pocit závislosti (Marks et al., 2000).

A tak zatímco mezi hlavní cíle a hodnoty zdravotníka bývá dosáhnout toho, o čem si myslí, že je v pacientově nejlepším

zájmu – tedy „nepřítomnosti nemoci“, a to prostřednictvím kompliantního chování, pacienti mají jiné cíle a jiné hodnoty: být schopen něco udělat, cítit se dobře, dosáhnout úlevy od nepříjemných pocitů, dosáhnout svých životních hodnot – kterými jsou peníze, láska, domov, zaměstnání, zachování postavení v rodině, soulad s rodinnými tradicemi, kontakt s přáteli, udržení vzhledu, získání vzdělání, zachování nezávislosti na druhých, naplnění toho, co od nich podle jeho názoru očekávají jejich nejbližší, zachování sebeúcty, zachování respektu druhých.

Vnímání těchto pacientových hodnot není krok od compliance – klíčovým faktorem při complianci je totiž spokojenost pacienta s nabízenou službou, která však nemůže být naplněna tehdy, když je pohled terapeuta trvale odlišný od pohledu pacienta. Podle A. Kleinmana, L. Eisenberga a B. Gooda (1978) se takové napojení na pacienta daří spíše lidovým léčitelům než oficiálním zdravotníkům.

ZNAKY NEMOCI

Je několik charakteristik nemoci, které ovlivňují (ne)komplianci. Shrnuje je následující tabulka.

TAB. 3: ZNAKY NEMOCI OVLIVŇUJÍCÍ NEKOMPLIANCI (MEICHENBAUM, TURK, 1987; HAYNES, 1979A)

Chronická nemoc bez přítomnosti zjevných (vnímatelných) symptomů.
Nemoc, jejíž příznaky jsou neměnné, a tedy i obtížně rozpoznatelné.
Vážná psychiatrická nemoc (pokud z ní plyne snížená schopnost se o sebe postarat, zmatek, neschopnost zachovávat pravidla všeobecně, pocit životní energie navzdory nemoci, omezení ve vytváření vztahů, silná závislost na nekompliantním chování).
Nemoc, která se projevuje i smyslovým postižením (např. zrakovým postižením), a tudíž (při nedostatečné kompenzaci handicapu) i sníženou schopností porozumět pokynům zdravotníka.
Nemoc, která se projevuje i poruchou paměti.
Nemoc, která způsobuje neschopnost pacienta porozumět tomu, že potřebuje léčbu.
Nemoc, z níž vyplývá, že není možné její zlepšení.

Kompliance je pravděpodobná zejména tehdy, když jsou příznaky nemoci snadno rozpoznatelné, nepříjemné a odstranitelné následováním zdravotních doporučení. Naopak je tomu v případě, když jsou doporučení jen preventivní a mají být prováděna v nepřítomnosti nepříjemných symptomů – jak je tomu kupříkladu při pravidelném preventivním čištění zubů (Meichenbaum, Turk, 1987).

Ke complianci vede nejen přítomnost nepříjemných příznaků, ale i – jak už bylo zmíněno – jejich rozpoznatelnost. K tomu dochází zejména tehdy, když ke zhoršení příznaků došlo nedávno. Jinak si může pacient na nepříjemné symptomy přivyknout, připadá si zdravý a jeho potřeba být kompliantní klesá. Tak je tomu např. u starších osob, které si během let přivykají na vzrůstající

tělesné potíže (Meichenbaum, Turk, 1987).

Některé symptomy přispívají ke snížení schopnosti pacienta se sám o sebe postarat (člověk s cukrovkou začne hůře vidět; nemocný se schizofrenií začne být dezorientovaný v čase) – což pochopitelně vede ke snížení compliance.

Vážnost nemoci sama o sobě ke zvýšené complianci nevede (ani pokud je potvrzována dlouhou hospitalizací) – je to spíše subjektivní vnímání vážnosti onemocnění, které takový vliv má. Navíc toto vnímání vážnosti onemocnění musí být doprovázeno vnímáním účinnosti doporučované léčby – proto mnozí pacienti s vážnou diagnózou rakoviny kompliantní nejsou, protože vnímají

marnost podobných snah (Marks et al., 2000).

CHARAKTERISTIKY LÉČEBNÉHO REŽIMU

Znaky léčebného režimu hrají významnou roli v souvislosti s nekompliancí. Je to zejména složitost léčebného režimu, invazivnost a náročnost navrhované či již aplikované léčebné metody, a také její dlouhodobost, které mají velký vliv na

(ne)komplianci (Haynes, 1979a). Někteří badatelé mluví spíše o absenci symptomů jako o stěžejním činiteli při vzniku nekompliance (Marks et al., 2000). Další faktory ovlivňující nekomplianci jsou uvedeny v následující tabulce.

TAB. 4: CHARAKTERISTIKY LÉČEBNÉHO REŽIMU A LÉČEBNÉHO USPOŘÁDÁNÍ OVLIVŇUJÍCÍ NEKOMPLIANCI (MEICHENBAUM, TURK, 1987; HAYNES, 1979A)

<p>Dlouhé trvání léčby – čím delší léčba, tím vyšší nekompliance (léčba chronického onemocnění, které se nezdá život ohrožující, má nejvyšší nekomplianci; podobně jako léčba profylaktická).</p> <p>Náročnost změny životního stylu, která je po pacientovi vyžadována (požadavky na jeho síly, zdroje, změnu chování).</p> <p>Takové účinky léků, které mají vliv na sociální svět pacienta (sedativní účinky, extrapyramidové účinky).</p> <p>Nepřítomnost „úspěchů“ v léčbě.</p> <p>Náklady na léčbu, cena léků (nebylo ale zjištěno, jak působí na nekomplianci náklady vzniklé z absence v zaměstnání, z nutnosti si najmout někoho, kdo by se postaral o dítě atd.).</p> <p>Charakteristiky léků (barva, velikost, způsob podání /tableta či kapsle/).</p> <p>Nevhodné štítky na lécích, které nepomáhají pacientovi pochopit způsob a smysl braní léků.</p> <p>Podivný vzhled balení léků.</p> <p>Obtížně manipulovatelný „bezpečnostní“ uzávěr lahvičky léků.</p>	<p>OKAMŽITÝ</p> <p>CHARAKTER</p> <p>LÉČBY</p>
<p>Nedostatečný dohled nad doporučovanými aktivitami ze strany profesionálů (absence návštěv u pacienta, chybění podpory zdravotních sester, stejně tak jako možnosti hospitalizace, ambulantních návštěv, služeb lékárníků atd.).</p> <p>Nemožnost (u rodičů) dohlížet nad podáním léků (pokud se jedná o léky pro děti).</p>	<p>ADMINISTRACE LÉČBY</p>

Absence návaznosti péče (např. pacient při opakované návštěvě téhož zdravotnického zařízení navštěvuje pokaždé jiného zdravotníka; absence jednoho zdravotníka, který by pacienta provázel). Chybující lékárník.	
Složitost léčebného režimu (např. užívání přílišného množství léků). Vedlejší účinky léků.	NÁSLEDKY LÉČBY

Nejvýznamnější je zřejmě souvislost náročnosti léčebného režimu a nekompliance. Čím

větší nároky klade léčebný režim na pacienta, tím je nekompliance vyšší.

Výsledky výzkumu M. Higbeeho, G. Dukese a J. Bossa (1982; in Maichenbaum, Turk, 1987) dokazují, že pacienti si často nezapamatují informace o léku, který mají brát. V tomto výzkumu pacienti dotazováni na základní otázky ohledně jediného léku, který brali (jak se jmenuje, jaký má účel, jak se bere, jak často, kdy, v jakém množství a jak dlouho jej mají brát). Pacienti v daném výzkumu správně odpověděli jen na 50 % otázek. V případě užívání více léků současně by bylo procento zapamatovaných údajů ještě nižší.

Ve stejném duchu i G. C. Stone (1979; in Maichenbaum, Turk, 1987) tvrdí, že v případě braní jednoho léku je nekompliance 15 %; v případě braní dvou nebo tří léků je nekompliance už o 10 % vyšší; v případě braní pěti léků dokonce o 20 % vyšší. B. Blackwell (1979a) sice uvádí odlišnou informaci (a to, že výrazný vzrůst nekompliance je patrný až tehdy, když počet léků užitých

během dne překročí číslo tři), přesto ale potvrzuje souvislost složitosti režimu s nekompliancí. Navíc, jak tvrdí tentýž autor, míra nekompliance vzrůstá podobně (ne-li více), jestliže se zvyšuje frekvence braní léků během dne. Podle B. Blackwella (1979a) je počet čtyř užití léku během dne hranicí – pokud frekvence braní léků je vyšší, nekompliance výrazně stoupá.

Pacienti jsou přetíženi množstvím informací, které dostávají. Některé informace tedy vůbec nepřijmou; jiné přijmou s chybami; odfiltrovávají ty, které nejsou ve shodě s jejich přesvědčeními; zmírní si nároky léčby; anebo jsou nekompliantní (Maichenbaum, Turk, 1987).

Zmatenost pacientů nemusí být dána jen složitostí léčebného režimu, ale i nejasností ve vyjadřování zdravotníků. I. K. Zola (1981; in Maichenbaum, Turk, 1987) uvádí některé z těchto nejasných výroků.

TAB. 5: PŘÍKLADY NEJASNÝCH VÝROKŮ ZDRAVOTNÍKŮ (ZOLA, 1981; IN MEICHENBAUM, TURK, 1987)

DOPORUČENÍ LÉKAŘE:	NEJASNOSTI V POROZUMĚNÍ U PACIENTA:
„Berte tento lék 4krát denně.“	„Mám to brát i v noci? A co mám dělat v případě, že zapomenu?“
„Nechte nohu ve zvýšené poloze po většinu dne.“	„Jak vysoko ji mám zvednout? Mám ji zdvihnout nad pás? Co to znamená ono „po většinu dne“?“
„Často se umývejte.“	„Co znamená často? Znamená to 4krát za den? Anebo jen jednou?“
„Vezměte si tyto tabletky, jakmile nebudete moci tu bolest vydržet.“	„Co znamená nebudete moci vydržet? Jak dlouho mám čekat? Je znamením slabosti, když si ty léky vezmu?“
„Přijďte, když se objeví nějaké komplikace.“	„Co to jsou komplikace? Jak mám rozlišit, jestli ten či onen pocit patří nemoci nebo léčbě? Kdo může za tu komplikaci? Co ta komplikace vlastně znamená?“

Vztah mezi vedlejšími účinky a nekompliancí by se na první zdání mohl zdát jednoznačný, a to ve smyslu přímé úměry: čím větší vedlejší účinky, tím vyšší nekompliance. Výsledky výzkumů v této oblasti však jednoznačné nejsou. Spíše nasvědčují tomu, že uvedená souvislost platí pro výrazné vedlejší účinky (v případě psychiatrických léků např. pro akathisii). V případě mírných vedlejších účinků tomu může být jinak: např. někteří pacienti vedlejší účinky vítají jako důkaz toho, že léky působí; jiní pacienti vnímají vedlejšími účinky jako podporu své nekompliance jedině tehdy, když tyto vedlejší účinky ovlivňují oblast, na které jim zvláště záleží (např. přibírání hmotnosti v souvislosti s léky je pro některé pacienty kritické, pro jiné nikoliv); další pacienti sice uvádějí vedlejší účinky jako příčinu své nekompliance, ale ty vedlejší účinky, které zmiňují, nemohou mít objektivně

původ v dané medikaci atd. Zajímavé je také zjištění, že léky s mírnějšími vedlejšími účinky mají podobnou míru nekompliance jako léky v této oblasti nedokonalejší (Buchanan, 1996; Haynes, 1979a).

Kupodivu malá souvislost byla odhalena také mezi kompliancí a množstvím informací, které pacienti mají o svém onemocnění. Více znalostí o onemocnění (např. o etiologii onemocnění) nevede automaticky ke zvýšení compliance. Přemíra informací vede naopak ke zvýšení nekompliance. Co však pozitivní účinek na komplianci dozajista má, jsou ve vhodném množství a vhodným způsobem podané informace o tom, jak zdravotnická doporučení integrovat do běžného dne konkrétního pacienta. Cílem takového podávání informací je pak nejen zvýšená compliance, ale zejména větší spokojenost pacienta se zdravotní péčí. Pacient tímto způsobem

více informovaný je totiž pacientem spokojenějším (Oser, 2006).

CHARAKTERISTIKY LÉČEBNÉHO USPOŘÁDÁNÍ – SETTINGU

Většina diskusí ohledně nekompliance se vede v souvislosti s povahou vztahu mezi pacientem a zdravotníkem. I my budeme tomuto vztahu věnovat následující oddíl.

Nyní je však třeba se věnovat faktorům, které mohou tento vztah (a tedy i ne/komplianci) ovlivnit. Uvádíme je v následující tabulce.

TAB. 6: CHARAKTERISTIKY LÉČEBNÉHO USPOŘÁDÁNÍ (SETTINGU) OVLIVŇUJÍCÍ NEKOMPLIANCI (MEICHENBAUM, TURK, 1987; HAYNES, 1979A)

Nepohodlí cesty do zdravotnického zařízení (vzdálenost zařízení, špatná dopravní dostupnost).
Způsob, jakým je prováděno objednání pacienta (v případě pozvání na screeningové vyšetření: telefonát vede k větší nekomplianci než pozvání dopisem).
Způsob, jakým je prováděno doporučení návštěvy jiného odborníka (k nekomplianci vede také vnímání setkání jako „poslední štace“ namísto vnímání setkání jako obvyklé součásti poctivého vyšetření).
Dlouhá doba od objednání do samotného setkání (doba větší než týden podporuje nekomplianci; pokud je tato doba jeden až dva dny dlouhá, nekompliance je asi 5 % – pokud je tato doba dlouhá jeden až dva týdny, je nekompliance rovna 50 %).
Nepohodlí cesty do zdravotnického zařízení (vzdálenost zařízení, špatná dopravní dostupnost).
Léčba na jiném místě, než je místo zaměstnání daného pacienta.
Nevhodná doba setkání se zdravotníkem.
Pacient nemá domluvené setkání s konkrétním odborníkem na konkrétní čas; musí dlouho čekat.
Dlouhá doba čekání před ordinací (doba větší než hodina podporuje nekomplianci).
Chybění návaznosti péče (např. pacient při opakované návštěvě téhož zdravotnického zařízení navštěvuje pokaždé jiného zdravotníka; absence jednoho zdravotníka, který by pacienta provázel).
Negativní postoj personálu vůči léčbě a kompliantnímu chování, či nepříjemný personál (znesnadňující pacientovi navázat kladný vztah k danému zdravotnickému zařízení).
Špatná pověst léčebného zařízení.
Slabá spolupráce mezi hospitalizační a ambulantní sférou.
Malý dohled nad pacientem (absence návštěv u pacienta, podpory zdravotních sester, možnosti

hospitalizace, ambulantních návštěv, pravidelných kontrol, služeb lékárníků atd.)
Nepřízpůsobení podoby péče potřebám jednotlivce.
Přílišný tlak a požadavky na zdravotníky, které jim znemožňují se v klidu věnovat pacientům

POVAHA VZTAHU MEZI PACIENTEM A ZDRAVOTNÍKEM

Zkoumání povahy vztahu mezi pacientem a zdravotníkem je klíčovou záležitostí ve studiu kompliance.

Vzhledem k omezenému rozsahu této práce se jí budeme zabývat v dalším díle studií o complianci.

ZÁVĚR

Kompliance – adherence – je míra, se kterou se pacientovo jednání (např. ve smyslu braní léků, dodržování diety, uskutečňování životních změn) shoduje s radami získanými od zdravotníků (Haynes, 1979a). Zjišťujeme, že pacientovo jednání se s radami zdravotníků neshoduje, spíše než shoduje (Levensky, Donohue, 2006). Tato skutečnost se zdravotníkům často jeví jako nesrozumitelná.

Přibližně od šedesátých let 20. století se uskutečnila řada výzkumů konkrétních faktorů, které by mohly complianci ovlivňovat. Cílem těchto výzkumů je více porozumět lidem, kteří se nekompliantně chovají, předpovědět toto jejich chování, popřípadě získat znalosti pro jejich ovlivnění.

Zjištěné faktory bývají povětšinou kategorizovány na charakteristiky pacienta, znaky dané nemoci, charakteristiky léčebného režimu, charakteristiky léčebného uspořádání – settingu, povahu vztahu mezi pacientem a zdravotníkem (Meichenbaum, Turk, 1987).

Bylo zjištěno, že compliance pozitivně souvisí s funkčností sociální opory; se shodou přesvědčení pacienta o nemoci a léčbě s přesvědčeními o tomtéž zdravotníka; se shodou v hodnotách a cílech pacienta a zdravotníka; se spokojeností pacienta s léčbou; s vnímáním příznaků nemoci jako snadno rozpoznatelných, nepříjemných a odstranitelných následováním zdravotních doporučení; s jednoduchostí a srozumitelností nároků léčby; s absencí obav z vedlejších účinků léčby (DiMateo, DiNicola, 1982; Horne, 2007; Levensky, Donohue, 2006; Meichenbaum, Turk, 1987). To, že compliance pozitivně souvisí i s důvěryplným, opravdovým, vřelým a zajímavým se vztahem mezi zdravotníkem a pacientem, s jasnou komunikací a také s rovnoměrným rozložením moci mezi zdravotníkem a pacientem, je třeba podrobit důkladnějšímu zkoumání v další přehledové studii o spolupráci mezi pacientem a zdravotníkem.

Ze shromážděných poznatků vyplývá, že nekompliance není trvalou osobnostní

vlastností a že je terapeuticky ovlivnitelná. Ve výsledcích současných výzkumných studií je možno hledat

příležitosti k větší spolupráci pacientů a zdravotníků.

Do redakce přišlo: 15. 1. 2012

Po recenzi přijato 31. 12. 2012

Do tisku zařazeno: 31. 1. 2012

Práce je rozdělena do 7 částí, které postupně uveřejňujeme

SEZNAM TABULEK

Tab. 1: Charakteristiky pacienta ovlivňující nekomplianci (Meichenbaum, Turk, 1987; Levensky, O´Donohue, 2006)	284
Tab. 2: Nejčastější přesvědčení psychiatrických pacientů, která vedou k nekomplianci s medikací (Meichenbaum, Turk, 1987; Křivohlavý, 2002; DiMateo, DiNicola, 1982; Morgan, Horne, 2005)	286
Tab. 3: Znaky nemoci ovlivňující nekomplianci (Meichenbaum, Turk, 1987; Haynes, 1979a)	288
Tab. 4: Charakteristiky léčebného režimu a léčebného uspořádání ovlivňující nekomplianci (Meichenbaum, Turk, 1987; Haynes, 1979a)	289
Tab. 5: Příklady nejasných výroků zdravotníků (Zola, 1981; in Meichenbaum, Turk, 1987)	291
Tab. 6: Charakteristiky léčebného uspořádání (settingu) ovlivňující nekomplianci (Meichenbaum, Turk, 1987; Haynes, 1979a)	292

LITERATURA

Blackwell, B. (1997a). From compliance to alliance: A quarter century research. In: Blackwell, B. (Ed.) (1997b). Treatment compliance and the therapeutic alliance. The Netherlands: Harwood Academic Publishers.

Blackwell, B. (Ed.) (1997b). Treatment compliance and the therapeutic alliance. The Netherlands: Harwood Academic Publishers.

Buchanan, A. (1996). Compliance with treatment in schizophrenia. East Sussex: Hove.

DiMatteo, M. R., & DiNicola, D. D. (1982). Achieving patient compliance (The psychology of the medical practitioner´s role). New York: Pergamon Press.

Donohue, W. T., & Levensky, E. R. (Eds.) (2006). Promoting treatment adherence (A practical handbook for health care providers). Thousand Oaks: Sage Publications.

Haynes, R. B. (1979a). Determinants of compliance: The disease and the mechanics of treatment. In: Haynes, R. B., Taylor, D. W., & Sackett, D. C. (Eds.) (1979). Compliance in health care. Baltimore: The John Hopkins University Press.

Haynes, R. B., Taylor, D. W., & Sackett, D. C. (Eds.) (1979). Compliance in health care. Baltimore: The John Hopkins University Press.

Higbee, M., Dukes, G., & Bosso, J. (1982). Patient recall of physician's prescription instructions. Hospital Formulary, 17, 553-556. In: Meichenbaum, D., & Turk, D. C. (1987). Facilitating treatment adherence. New York: Plenum Press.

Kleinman, A., Eisenberg, L., & Good, B. (1978). Culture, illness and care. Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. Annals of Internal Medicine, 1978, 888, 251-258.

Křivohlavý, J. (2002). Psychologie nemoci. Praha: Grada Publishing.

Levensky, E. R., & O'Donohue, W. T. (2006). Patient adherence and nonadherence to treatments: An overview for health care providers. In: Donohue, W. T., & Levensky, E. R. (Eds.) (2006). Promoting treatment adherence (A practical handbook for health care providers). Thousand Oaks: Sage Publications.

Marks, D. F., et al. (2000). Health psychology: Theory, research and practice. London: SAGE Publications.

Meichenbaum, D., & Turk, D. C. (1987). Facilitating treatment adherence. New York: Plenum Press.

Mohapl, P. (1991). Vybrané kapitoly z klinické psychologie II. Olomouc: UP Olomouc.

Morgan, M. & Horne, R. (2005). Explaining patients' behaviour. In: National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation.(2005). Concordance, adherence and compliance in medicine taking. Brighton: Centre for Health Care Research. [Retrieved the 12th March 2011 from www.medslearning.leeds.ac.uk/.../76-final-report%5B1%5D.pdf.]

National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation.(2005). Concordance, adherence and compliance in medicine taking. Brighton: Centre for Health Care Research. [Retrieved the 12th March 2011 from www.medslearning.leeds.ac.uk/.../76-final-report%5B1%5D.pdf.]

Oser, M. L. (2006). Patient education to promote adherence to treatments. In: Donohue, W. T., & Levensky, E. R. (Eds.) (2006). Promoting treatment adherence (A practical handbook for health care providers). Thousand Oaks: Sage Publications.

Stone, G. C. (1979). Patient compliance and the role of expert. Journal of Social Issues, 1979, 35(1), 34-59. In: Meichenbaum, D., & Turk, D. C. (1987). Facilitating treatment adherence. New York: Plenum Press.

Zola, I. K. (1981). Structural constraints on the doctor-patient relationship: The case of non-compliance. In: Eisenberg, L., & Kleinman, A. (Eds.) (1981). The relevance of social science of medicine. New York: D. Reidel. In: Meichenbaum, D., & Turk, D. C. (1987). Facilitating treatment adherence. New York: Plenum Press.

Poděkování

Děkuji doc. Bohumile Baštecké za její cenné inspirativní připomínky k textu.

O autorovi

PhDr. Martin Jániš (nar. 1976 ve Zlíně) vystudoval Cyrilometodějskou teologickou fakultu Univerzity Palackého v Olomouci a později i Filozofickou fakultu téže univerzity, kde působí ještě jako externí doktorand, probíhající doktorandská práce: „(Ne)kompliance pacientů se schizofrenním onemocněním“; vedoucí: prof. PhDr. Stanislav Kratochvíl, CSc. Absolvoval rovněž psychoterapeutický výcvik ve skupinové, dynamicky orientované psychoterapii (na Pražské psychoterapeutické fakultě). Od roku 2006 pracuje v Psychiatrické léčebně Kroměříž jako psycholog.

Kontaktní údaje

Oddělení klinické psychologie, Psychiatrická léčebna v Kroměříži, Havlíčkova ulice 1265, Kroměříž 767 40; tel. 573 314 406; email: martinjanis@centrum.cz

Acknowledgment

I thank to Doc. Bohumila Baštecká for her valuable inspirational comments.

About author

PhDr. Martin Jániš (born in Zlín in 1976) graduated the Theological Faculty of Saint Cyril and Method in the Palackého University in Olomouc and later also the Philosophic Faculty of the same university, where he takes part in doctoral course in a clinical psychology (doctoral thesis: “(Non)Compliance of patients with schizophrenia”; supervisor: Prof. PhDr. Stanislav Kratochvíl, CSc.) . He passed the training in the group dynamic oriented psychotherapy (at the Prague Psychotherapeutic Faculty). Since 2006 he has been working in the Psychiatric Hospital in Kroměříž as a psychologist.

Contact

Oddělení klinické psychologie, Psychiatrická léčebna v Kroměříži, Havlíčkova ulice 1265, Kroměříž 767 40; tel. 573 314 406; email: martinjanis@centrum.cz