VAŽNOST KOMPLIJANSE ZA PACIJENTE

Aleksandar Damjanović [1,2]
Bojana Dunjić-Kostić [1]
Miroslava Jašović-Gašić [1,2]

UDK: 616.895-1-034:-35

1 Klinika za psihijatriju, Klinički centar Srbije, Beograd, Srbija

2 Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbija

Kratak sadržaj

Komplijantnost *(compliance*) ili priklanjanje (*adherence)* su pojmovi koji se u literaturi koriste da bi opisali frekventnost kojom pacijent uzima i/ili se pridržava propisane medikacije. Međutim, u novijoj literaturi adherentnost predstavlja širi pojam i odnosi se na težnju pacijenta da se ponaša (bilo da se radi o pridržavanju propisane medikamentozne terapije, redovnim posetama lekaru/terapeutu ili pak pridržavanje zdravog režima ishrane) u skladu sa savetima lekara ili drugih medicinskih radnika. Terapijska (ne)komplijansa/adherenca je karakteristična za mnoge hronične somatske bolesti (hipertenzija, dijabetes melitus) ali i mentalne poremećaje (shizofrenija, afektivni poremećaji). Neadherentnost predstavlja veliki zdravstveni problem, ali i ne manje značajni, ekonomski problem. U radu se diskutuje o svim značajnim implikacijama koje se odnose na problem komplijanse kod pacijenata sa psihijatrijskim poremećajima, kao i o merama prevencije i njenog poboljšanja. Savremeni pristup postizanju komplijanse uključuje saradnju ne samo lekara i pacijenta, već i članova porodice, a u značajnoj meri zahteva i podršku šire društvene zajednice. Očigledno je da samo timski pristup, koji uključuje znanje i praktične sposobnosti svih članova tima, uz programe psihoedukacije, primenu bihejvioralnih tehnika i pažljivo izabranu farmakoterapiju, može da poboljša stav pacijenata i porodice prema lečenju, a time da dovede do ostvarivanja adekvatne saradnje.

Ključne reči: *Komplijansa, adherenca, shizofrenija, afektivni poremećaji*

UVOD

Komplijantnost *(compliance*) ili priklanjanje (*adherence)* su pojmovi koji se u literaturi koriste da bi opisali frekventnost kojom pacijent uzima i/ili se pridržava propisane medikacije [1]. Međutim, u novijoj literaturi adherentnost predstavlja širi pojam i odnosi se težnju pacijenta da se ponaša (bilo da se radi o pridržavanju propisane medikamentozne terapije, redovnim posetama lekaru/terapeutu ili pak pridržavanje zdravog režima ishrane) u skladu sa savetima lekara ili drugih medicinskih radnika. [2,3]. U opticaju su još neki pojmovi koji se vezuju za ponašanje pacijenata prema medikaciji: „ne-adherentnost" - potpuni izostanak uzimanja propisane medikacije; „puna adherentnost" - precizno i tačno pridržavanje uzimanja propisane medikacije i „parcijalna adherentnost" - neadekvatna frekventnost uzimanja, povremeno zaboravljanje/propuštanje terapije, neadekvatno doziranje itd. [4,5,6].

Terapijska (ne)komplijansa/adherenca u psihijatrijskim poremećajima

Terapijska (ne)komplijansa/adherenca karakteristična je za mnoge hronične somatske bolesti (hipertenzija, dijabetes melitus) ali i mentalne poremećaje (shizofrenija, afektivni poremećaji). Neadherentnost predstavlja veliki zdravstveni problem, ali i ne manje značajni, ekonomski problem. Tako se u domenu mentalnih poremećaja procenjuje da se stopa neadherentnosti vezane za antipsihotičnu terapiju kreće u rasponu između 20% i 69% [7], po nekim autorima i do 89% [8], ali se većina slaže da je prosečna stopa oko 50% [7,8]. Oel i sar (Oehl) [6] smatraju da je jedna trećina osoba koje pate od shizofrenije potpuno terapijski adherentna, dok je jedna trećina parcijalno adherentna i isto toliko poptpuno ne-adherntna. Zapaženo je da kod pacijenata koji boluju od shizofrenije, a otpušteni su sa bolničkog lečenja sa nekim od klasičnih antipsihotika (npr. haloperidolom), oko 40% prekine sa uzimanjem terapije tokom prve godine od lečenja, a čak 75% tokom dve godine [11,12]. Što se tiče komplijantnosti vezane za antidepresivnu terapiju, prema nekim autorima 68% pacijenata sa ovom dijagnozom prekida sa uzimanjem terapije tokom tri meseca [9]. Procenjuje se, da su između ostalog, posledice neadherentnosti vezane za antipsihotike česte rehospitalizacije čiji su troškovi u SAD u 2005-oj godini procenjivani na oko 1479 miliona dolara [10]. Iako se stiče utisak da na tržištu postoji sve veći broj lekova na čijim se adekvatnim profilima insistira, situacija se ipak u pogledu komlijantnosti u poslednje tri decenije nije mnogo promenila i problem i dalje postoji [4]. Kada se radi o poboljšavanju komplijanse kod individua obolelih od shizofrenije, podaci iz literature ukazuju na svu kompleksnost ovog zadatka [8]. Tako, u studiji koja je obuhvatila 68 pacijenata obolelih od shizofrenije posle tri meseca od otpusta 55% je sebe ocenilo kao potpuno komplijantno. Međutim prebrojavanjem tableta utvrđeno je da je 40% bilo parcijalno komplijantno (uzeto je više od 80% ukupne doze), a samo 9% je bilo u pravom smislu tog pojma bilo potpuno adherentno. Terapijska nekomplijantnost kod obolelih od shizofre-

nije je veliki zdravstveni problem jer povećava rizik od relapsa za oko 3,7 puta, zatim dovodi ugrožavajućih situacija (naročito u egzarcebaciji bolesti), kako po samog pacijenta (pokušaji suicida), tako i u odnosu na druge (violentno ponasanje) [13,14]. Faktori koji se najčešće povezuju sa sniženom komplijantnošću su smanjivanje/gubitak uvida, paranoidna ideacija, kognitivna deteorijacija, nedostatak podrške od strane familije i okruženja [15], loš odgovor na terapiju, kratko trajanje bolesti, istorija prethodne nekomplijantnosti, zloupotreba psihoaktivnih supstanci, nepostojanje adekvatne terapijske alijanse, nedovoljno precizan dalji plan lečenja, kontrola itd. [4]. Autori ističu kao posebno važno uspostavljanje adekvatne adherentnosti sa obolelima od shizofrenije u ranom stadijumu (*first-episode psychosis*) gde je ovaj problem veoma učestao [5]. Indikatori loše komplijanse kod prvih psihoza su muški pol, mlađe životno doba, nedostatak socijalnih aktivnosti i kontakta, nizak pozitivan skor na PANSS skali i visok totalni skor na istoj skali [16]. I naši autori Stanković i sar. [18] upoređujući stavove pacijenata, sociodemografske i kliničke karakteristike, stepen uvida i tip antipsihotične terapije među komplijantnim i nekomplijantnim pacijentima obolelim od shizofrenije pokazali su da su komplijantni pacijenti imali niži PANSS skor. Autori ukazuju da treba obratiti pažnju ne samo na ozbiljnost psihopatologije već i na stepen uvida i prethodnu istoriju nekomplijantnog ponašanja.

Faktori kao što su pol, godine, bračni status, obrazovni nivo, neurokognitivno oštećenje, težina psihotičnih simptoma i učestalost neželjenih efekata terapije, prisustvo afektivnih komponenti, uključenost porodice u lečenje nisu potvrđeni kao konzistentni prediktori neadherentnosti [17].

Faktori rizika ne-komplijantnost /adherentnosti kod obolelih od shizofrenije i strategije za prevladavanje

Identifikovanje faktora rizika za nekomplijantnost predstavlja važan zadatak svih medicinskih radnika i istraživača. Riziko-faktori se mogu podeliti u nekoliko grupa: a) faktori vezani za pacijenta ili bolest; b) vezani za lekara/terapeuta; c) vezani za sam tretman [1,17,19,20].

Faktori povezane sa pacijentom ili bolešću: zloupotreba psihoaktivnih supstanci, nedostatak porodične podrške, istorija nekomplijantnosti, ozbiljnost psihopatologije, negativan stav prema tretmanu, nedostatak uvida, kraće trajanje bolesti, rani početak bolesti, stigma prema osobama koje uzimaju terapiju.

Faktori povezani sa lekarom: ne obraćanje dovoljno pažnje na neželjene efekte terapije, nedostatak planiranja daljeg praćenja i lečenja, loša alijansa terapeut-pacijent kako tokom hospitalizacije tako i kasnije.

Faktori povezani sa tretmanom: učestalost doziranja i kompleksnost istog, više ili niže doze antipsihotika, loša efikasnost ili sporiji početak delovanja leka, klasični antipsihotici, neželjeni efekti naročito ekstrapiramidalna simptomatologija i dobijanje na težini.

Sveobuhvatan pristup tretmanu (od psihoedukacije do medikacije i timskog

pristupa) obolelih od psihijatrijskih poremećaja je od krucijalnog značaja za postizanje komplijantnosti. Podaci iz literature su oprečni u pogledu terapijske efikasnosti antipsihotika (tipični vs. atipični antipsihotici). Tako, Rosenheck i sar. [21] su uočili da kod pacijenata koji su bili na klozapinu postoji bolja terapijska komplijansa nego kod pacijenata lečenih haloperidolom, pre svega zbog poboljšavanja na fenomenološkom planu i manje učestalih neželjenih efekata Sa druge strane, Geddes i sar. [22] nisu našli dokaze koji bi govorili u prilog da su atipični antipsihotici više efikasni i da se bolje podnose u odnosu na tipične antipsihotike. Otuda naglašava se važnost pažljivog izbora terapije, sa akcentom na podnošljivost koja uz nefarmakološke intervencije u značajnoj meri smanjuje nekomplijantnost [1]. Posebno komforni, kako za samog pacijenta tako i za primenu, izdvajaju se dugodelujući oblici antipsihotika i zato se preporučuju naročito kod onih pacijenata sa kojima treba ostvariti što bolju saradnju [7,15]. Naši autori su stanovišta da je kod psihotičnih pacijenata, solucija risperidona značajno konfornija za upotrebu od tabletarne forme. Pacijenti tretirani ovim oblikom leka pokazali su značajno poboljšanje objektivizovano smanjivanjem skora na PANSS i CGI skali, značajan broj pacijenata odlučio se za nastavak terapije ovom formom leka, a zapažena je i bolja saradljivost sa pacijentima i preciznije doziranje [23]. Kao i kod shizofrenije i kod afektivnih poremećaja zapaženo je da je slaba komplijantnost u značajnoj meri povezana sa recidiviranjem simptomatologije, naročito kod bipolarnog afektivnog poremećaja [24]. Kao što je navedeno, komplijantnost u vezi antidepresivne terapije nije od manjeg značaja, te tako prema nekim autorima 68% pacijenata sa ovom dijagnozom prekida sa uzimanjem terapije tokom tri meseca. Loša komplijantnost najčešće se dovodi u vezu sa cenom leka, nedostatkom osiguranja, stigme prema osobama koje koriste terapiju, nižom edukacijom, strahom od stvaranja zavisnosti itd. [9,25].

Iz svega navedenog, jasno proističu strategije kojima se umanuje nekomplijantnost tj. poboljšava adherentnost. U literaturi se od mera navodi sledeće (1): rad i kontinuirano unapređivanje savezništva lekar-pacijent, psihoedukacija i motivacija pacijenata, uključivanje porodice, bihejvioralne tehnike, pažljiv izbor antipsihotika baziran individualno kao i na osnovu prehodnog odgovora i podnošljivosti terapije, praćenje sporednih efekata leka itd.

ZAKLJUČAK

Savremeni pristup postizanju komplijanse uključuje saradnju ne samo lekara i pacijenta, već i članova porodice, a u značajnoj meri zahteva i podršku šire društvene zajednice. Očigledno je da samo timski pristup koji uključuje znanje i praktične sposobnosti svih članova tima, uz programe psihoedukacije, primenu bihejvioralnih tehnika i pažljiv izbor farmakoterapije, može da poboljša stav pacijenata i porodice prema lečenju, a time da dovede do ostvarivanja adekvatne saradnje.

IMPORTANCE OF THE COMPLIANCE FOR THE PATIENTS

Aleksandar Damjanović [1,2]
Bojana Dunjić-Kostić [1]
Miroslava Jašović-Gašić [1,2]

1 Clinic for Psychiatry, Clinical Centre of Serbia, Belgrade, Serbia

2 School of Medicine, University of Belgrade, Belgrade, Serbia

Summary

Compliance or adherence, are terms used in the literature to describe the degree of constancy and accuracy with which a patient use medication and/or follows a prescribed regimen. But in the recent literature, adherence is actually a broader term that refers to patients readiness to behave in accordance with medical recommendations (either it is about readiness to use prescribed pharmacotherapy or make regular visits to the therapist or to maintain healthy behavior). Thearpeutic noncompliance /nonadherence is characteristic for both great number of chronic somatic illnesses (Hypertension, Diabetes Mellitus), and for the mental ones (Schizophrenia, Affective Disorders). Non-adherence is a great problem of public health and is also a significant economic burden. This article discusses all important implications of the problem of compliance in patients with psychiatric disorders, as well as measures of its prevention and improvement. Contemporary approach to achieving compliance encompasses not only the patient– therapist cooperation, but engagement of the familly members also, and it significantly requires support of the community. It is clear that only team approach, which implies high level of all team members' knowledge and skills, together with psychoeducational programs, usage of behavioral tehniques and carefully selected pharmacotherapy can improve patient's (and familly member's) attitude towards treatment and lead to achieving appropriate cooperation.

Key words: Compliance, adherence, shizophrenia, affective disorders

Literatura:

1. Masand P.S, Narasimhan M. Improving Adherence to Antipsychotic Pharmacotherapy. Current Clinical Pharmacology 2006; 1: 47-56.
2. McDonald H.P, Garg A.X, Haynes R.B. Interventions to Enhance Patient Adherence to Medication Prescriptions: Scientific Review. JAMA 2002; 288(22):2868-79.
3. Haynes R.B. Improving patient adherence: state of the art, with special focus on medication taking for cardiovascular disorders. In: Compliance in Health Care and Research. Burke LE, Ockene IS, Eds. New York, NY:Futura Publishing Co Inc; 2001:3-21.
4. Masand P.S, Roca M, Turner M.S,Kane J.M. Partial adherence to antipsychotic medication

impacts the course of illness in patient with schizophrenia: A Review.Prim Care Companion J Clin Psychiatry 2009; 11(4):147-54.

5. Kane J.M. Problems with compliance in the outpatient treatment of schizophrenia. J Clin Psychiatry 1983; 44(6 Pt 2):3-6.
6. Oehl M, Hummer M, Fleischhacker WW. Compliance with antipszchotic treatment. Acta Psychiatr Scan Suppl 2000;407:83-6.
7. Lindenmayer JP. Long-acting injectable antipsychotics: focus on olanzapine pamoate. Neuropsychiatric Disease and Treatment 2010:6 261–7.
8. Gilmer T.P, Dolder C.R, Lacro J.P et al. Adherence to Treatment With Antipsychotic Medication and Health Care Costs Among Medicaid Beneficiaries With Schizophrenia. Am J Psychiatry 2004; 161:692–9.
9. Bull SA, Hull XH, Hunkeler EM et al. Discontinuation of use and swiching of antidepressants: influence of patient-physitian communication. JAMA 2002; 288(11): 1403-9.
10. Sun SX, Liu GG, Christensen DB, Fu AZ. Review and analysis of hospitalization costs associated with antipsychotic nonadherence in the treatment of schizophrenia in the United States. Curr Med Res Opin. 2007 Oct;23(10):2305-12.
11. Young JL, Zonana HV, Shepler L. Medication nonvompliance in schizophrenia: codification and update.Bull Am Acad Psychiatry Law 1986; 14(2):105-22.
12. Weiden P, Rapkin B, Mott T et al.rating of medication influences (ROMI) scale in schizophrenia. Schizophr Bull 1994; 20(2):297-310.
13. Zygmunt A, Olfson M, Boyer CA, Mechanic D. Interventions to Improve Medication Adherence in Schizophrenia. Am J Psychiatry 2002; 159:1653–64.
14. Dixon L, Goldberg R, Iannone V et al. Use of a Critical Time Intervention

to Promote Continuity of Care After Psychiatric Inpatient Hospitalization. Psychiatric

Services 2009; 60:451–8.

15. Gutiérrez-Casares JR, Cańas F, Rodríguez-Morales A, Hidalgo-Borrajo R, MD, Alonso-Escolano D.Adherence to Treatment and Therapeutic Strategies in Schizophrenic Patients: The ADHERE Study. CNS Spectr 2010; 15:5:327-337.
16. Kampman O, Laippala P, Vaananen J et al. Indicators of medication compliance in first-episode psychosis. Pszchiatry Res 2002; 110:39-48.
17. Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, Leckband SG, Jeste DV. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. J Clin Psychiatry 2002; 63(10): 892-909
18. Stanković Z, Britvić D, Vuković O, Ille T. Treatment compliance of outpatients with schizophrenia: patient's attitudes, demographic, clinical and therapeutic variables. Psychiatr Danub. 2008;20(1):42-52.
19. Hudson TJ, Owens RR, Thrush CR et al. A pilot study of barriers to medication adherence in shizophrenia. J Clin Psychiatry 2004; 65(2):211-16.
20. Diaz E, Nense E, Sullivan MC et al. Adherence to conventional and atipical antipsychotics after hospital discharge. J Clin Psychiatry 2004; 65(3):354-60.
21. Rosenheck R, Chang S,Choe I et al. Medication continuation and compliance: a comparison of patients treated with clozapine and haloperidol, J Clin Psychiatry 2000; 61:382-6.
22. Geddes J, Freemantle N, Harrison P, Bebbington P.Atipical antipsychotics in the teratment of schizophrenia: systematic overview and meta-regression analysis. Br Med J 2000;321:1371-6.
23. Jašović-Gašić M, Marić N, Damjanović A. Risperidon liquid in psychotic disorders-efficacy and attitudes. Psychiatr Danub 2005;17(3-4):191-6.
24. Guitičrrez-Rojas L, Jurado D, Martinez-Ortega JM, Gurpegui M. Poor adherence to treatment associated with high recurrence in bipolar disorder outpatient sample. J Affect Disord 2010; [Epup ahead of print].
25. Tamburrino MB, Nagel RW, Chahal MK,Lynch Đ. Antidepressant Medication Adherence: A Study of Primary Care Patients. Prim Care Companion J Clin Psychiatry 2009;11(5):

Aleksandar DAMJANOVIĆ
Klinika za psihijatriju, Klinički centar Srbije
Pasterova 2, 11 000 Beograd, Srbija
Tel.: + 381 (0) 66 8300840
E mail: damal64@yahoo.com