

Szervezési közlemények

Gyógyszerészet 28. 15—17. 1984.

A betegek együttműködési készségéről (A „compliance” — „non-compliance” kérdés)

DR. VINCZE ZOLTÁN

A krónikus betegségek eredményes kezelésének egyik alapvető feltétele, hogy a beteg a számára előírt orvosi utasításokat maradéktalanul betartsa. A szerző a „compliance” kérdés fontosságára hívja fel a figyelmet, különös tekintettel a „non compliance” okainak feltárására. Ehhez alkalmas matematikai modell kidolgozását tartja szükségesnek.

*

A beteggondozással foglalkozó szakembereket már régóta foglalkoztatja a betegek terápiás és más egészségügyi előírásokkal szembeni magatartása. A gyógyszerfogyasztás szónak mint fogalomnak a jelentése is kettős: egyrészt jelenti a gyógyszer beszerzését, másrészt a felhasználását. Ez utóbbi részletesebb vizsgálata során sokféle hibát lehet megállapítani. Ezek között szerepel az idő előtti gyógyszerelhagyás, öngyógyszerelés, az aluladagolás stb., amelyek az orvosi utasítások figyelmen kívül hagyását bizonyítják [1]. Ez a kérdés az utóbbi időben egyre élesebben vetődik fel. Rétsági szerint szinte nincs olyan beteg, aki az orvosi utasításokat mindenkor és mindenben pontosan követné [2]. 1977-ben fertőző betegségben szenvedő svájci gyermekek szülei 83%-ban igennel feleltek arra a kérdésre, hogy az orvosi előírás szerint adagolták-e a penicillint. Az egyidejű vizeletvizsgálat azonban csak 8%-ban igazolta ezt. Egy másik tanulmány szerint a betegek 28%-a hagyta abba a gyógyszereszedést korábban, pl. amikor már egészségesnek érezte magát [3]. A rostocki poliklinika speciális, epilepsziagondozó részlegén 144 fenitoin szedő epilepsziás beteg gyógyszereszedésének pontosságát vizsgálták. Az első szérumszint-meghatározás alapján megállapították, hogy a betegek 40%-a szedte rendszeresen a gyógyszert [4]. Angol szerzők 189 majd később 229 epilepsziás betegnél állapították meg a gyógyszer alacsony szérumszintjét [5]. Ennek ellenkezőjéről is többen beszámoltak. Az USA-ban az orvost felkeresők fele előbb önmagát gyógyszereli; erről az orvosnak nem is számol be. Sőt, a betegek majd 30%-a az orvosi receptre szedett gyógyszereket, hasonló hatású vény nélkül kapható készítményekkel önhatalmúlag kiegészítette [6]. A heidelbergi egyetem klinikáján végzett vizsgálatból kitűnt, hogy még az ott kezelt 306 betegnek is csak 34%-a mutatkozott „compliant”-nak, 66%-ot a „megbízhatatlan” kategóriába kellett sorolni [7].

A beteg arra való készségének megjelölésére, hogy az orvos utasításait kövesse, az angol „compliance” kifejezést használják. A betegek helytelen

magatartását ilyen értelemben a 2500 éves „Corpus hipocraticum” már ismerte, és mint „az orvos rendelésének be nem tartását” írta le; ma ezt „non compliance”-nek mondják.

Az együttműködési készség kvantitatív előrejelzésére amerikai szerzők matematikai összefüggést állítottak fel, de a kis betegszám messzeemenő következtetések levonását nem tette lehetővé [8].

A beteg együttműködési készségének megállapítása, e készség okainak felderítése számos tényező egyidejű vizsgálatát teszi szükségessé. Az alkalmazkodás fogalmát egyszerűen úgy határozhatjuk meg, hogy milyen mértékben esik egybe egy személy magatartása az orvosi, egészségügyi utasításokkal.

Az együttműködési készség kutatói különböző viselkedési modelleket állítottak fel. Ezek egyike az egészségügyi gondozásba vetett bizalom modellje. E modell szerint a betegek kezelésben való részvételét meghatározó változók multifaktoriális jellegűek [9, 10].

A krónikus, fájdalommentes megbetegedésben szenvedőknél nagyobb százalékban találunk „nem együttműködő” egyéneket. Rossz „együttműködőkészségről” számoltak be diabetéses [11], hypertóniás [12], tuberkulózisos [13] és epilepsziás [8] betegeknél. A betegek aktív és passzív ellenállásának több fajtáját írták le, de az okok feltárását csak Bryant és Ereshesky kísérte meg [8].

Epilepsziás betegeknél gyakran támad kétsége az epileptológusnak az előírások betartásában, a beteg együttműködő készségében. Különösen az ún. terápia-rezisztens esetek rögzítésekor kell erre gondolni. Annak ellenőrzésére, hogy a beteg valóban a számára előírt módon szedi-e a gyógyszereket, a vérszintmeghatározások kielégítő felhasználásádnak [14]. Ehhez azonban alkalmas laboratóriumi háttérrel kell rendelkezni, ami legalábbis adott helyen és időpontban nem mindig áll rendelkezésre, és a vizsgálat maga sem tartozik a rutinellenőrzések, -vizsgálatok sorába. A betegek ily módon történő ellenőrzése (folyamatos ellenőrzése) csaknem lehetetlen és nem a meggyőzés, hanem a következményektől való félelem motiválja az „együttműködésre”. Ez az együttműködés azonban csak látszólagos.

Az orvosi utasítások maradéktalan betartásának alapvető feltétele a bizalom, annak belátása, hogy az orvos (és a beteggel kapcsolatban álló más egészségügyi szakdolgozók) a beteg érdekében,

javára cselekszik és ez a segítségnyújtás a beteg aktív közreműködése nélkül eredménytelen marad. A beteg együttműködőképességének olyan szélsőséges esetben is léteznie kellene, amikor egyébként szubjektív vagy objektív okok miatt a terápia eredményességében kételkedik. Az *együttműködőképesség* átmeneti felfüggesztéséhez, megszüntetéséhez vezethetnek az olyan objektív tények, mint a gyógyszer okozta mellékhatások és kölcsönhatások, a túlzottan bonyolult gyógyszeresedési előírások, vagy a beteg családi, esetleg munkahelyi kapcsolataiban bekövetkezett negatív változások.

Ahhoz, hogy a beteg bizalmát, tehát együttműködőképességét megtarthassuk, az objektív és szubjektív nemkívánt hatásokat egyaránt meg kell szüntetni, de legalábbis mérsékelni. A beteg együttműködőképességének biztosítása (a beteg megnyerése) nem csupán a beteg, hanem a gyógyító team gyakorlatának is függvénye.

Az eddigiekből is kitűnik, hogy az együttműködőképesség sok összetevő, változó egyidejű fennállásától vagy hiányától függ és amely összetevők ugyan nem azonos súllyal, de meghatározó szereppel rendelkeznek.

Lehetőség szerint meg kell találni azokat a változókat, melyek az együttműködő és nem együttműködő betegek csoportja közötti szignifikáns különbséget adják. Ennek ismeretében matematikai összefüggést adhatunk meg az együttműködési készség előrejelzésére.

Az együttműködési készséget meghatározó változókat két csoportba sorolhatjuk ún. kvantitatív és kvalitatív változókat. Az első csoportba tartoznak mindazok a számszerűsíthető tényezők, amelyek a betegséggel, gyógyszeres terápiával, az életszínvonalal stb. kapcsolatosak. A másik csoportba tartoznak a beteg családdal, munkahellyel, egészségügyi intézménnyel stb. való kapcsolatát kifejező változókat.

Epilepsziás betegek esetében az alábbi változókat vizsgálatára kell kitérni:

Kvantitatív változók

1. Epilepszia kialakulása óta eltelt idő években
2. Epilepszia kialakulása életévekben
3. Rohamok gyakorisága
4. Munkakörváltozások száma
5. Munkahelyváltozások száma
6. Intelligenciaszint (IQ)
7. Szociális helyzet
8. A terápia eredménye (kórlapról)

Kvalitatív változók

1. Iskolai végzettség
2. Munkaviszony
3. A család viselkedése a beteggel és betegséggel szemben
4. A barátok, munkahely és munkatársak viselkedése a beteggel és betegséggel szemben
5. A gyógyszeradagolás ütemezése
6. Gyógyszerváltások száma
7. A gyógyszeralkalmazás eredménye (a beteg véleménye)

8. A gyógyszerrel szembeni idegenkedés
9. Fontosnak tartja-e, hogy az orvos vagy más egészségügyi dolgozó utasításait betartsa?
10. Önszántából megváltoztatja-e az előírt mennyiséget?
11. Gyógyszer okozta mellékhatás
12. Az egészségügyi dolgozóba vetett bizalom.

Amennyiben az epilepszia típusa és az ennek megfelelő terápia pontosan meghatározott, nagy a valószínűsége annak, hogy a terápia eredményes vagy eredménytelen volta a beteg együttműködőképességének függvénye.

Feltételezésünk, mely szerint szignifikáns különbség van az együttműködésre hajlamos és nem együttműködő betegek között, bizonyítására vizsgálatainkat megkezdjük.

IRODALOM

1. Darré, J.: Le Pharmacien D'Aujourd'hui et de Demain Monit. Pharm. Lab. 35, 1496, 4973—4974 (1981)
2. Rétsági Gy.: A „compliance” néhány kérdéséről. I. Gyógyszereink 23, 2, 84 (1983). — 3. Morf, J. Eduard: Arzneimittel-sicherheit durch Information. Dtsch. Apoth. Ztg. 120, 18, 795—800 (1980). — 4. Beier, R., Zichiesche, M.: Zuverlässigkeit der Medikamenteneinnahme bei Patienten mit Epilepsie. Dtsch. Gesundh. — Wes. 35, 9, 356—358 (1980). — 5. Cawthorne, J. F., Silas, J. H.: Impact of Therapeuti Audit on Phenytoin prescribing. Brit. med. J. 282, 6, 1278 (1981). — 6. Jaspersen, H. P.: Apotheker, Medikamentenabgabe und verkehrssicherheit. Schweiz. Apoth. Ztg. 117, 17, 459—466 (1979). — 7. Ref.: Ph. Ztg. 126, 24, 1195 (1981). Weshalb Patienten Manchmal so unzuverlässig sind. — 8. Bryant, S. G., Ereshefsky, L.: Determinants of compliance in epileptic outpatients. Drug. Intell. Clin. Pharm. 15, 7—8, 572—577 (1981). — 9. Rosenstock, I. M.: Why people use health services. Milbank. Mem. Fund. Q. 44, 94—124 (1966). — 10. Becker, M. J., Maiman, L. A.: Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. Med. Care. 13, 10—24 (1975). — 11. Watson, J. D., William, T. F., Martin, D. A.: A study of diabetic patients at home. Am. J. Public Health. 57, 452—456 (1967). — 12. Nies, A. S.: Adverse reactions and interactions limiting the use of Antihypertensive drugs. Am. J. Med. 58, 495—503 (1975). — 13. Preston, D. F., Miller, F. L.: The tuberculous outpatient's defection from therapy. Am. J. Med. Sci. 247, 21—26 (1964). — 14. L'Europe pharmaceutique en 1980. III. La pharmacie clinique. Monit. Pharm. Lab. 34, 1439, 3617—3620 (1980)

3. Винце: О готовности больных сотрудничать (вопрос „compliance”-„non compliance”)

Одно из основных условий успешного лечения хронических заболеваний, чтобы больной без остатка придерживался к указаниям врача. Автор обращает внимание на важность вопроса „compliance”, особое внимание уделяя выявлению причин „non compliance”. Он считает необходимой разработку математической модели для этой цели.

Dr. Z. Vincze: On the patients' „compliance-non compliance” problem

One of the basic conditions of the successful treatment of chronic diseases is that the patient follows the medical advises given to him or her. The author calls attention on the importance of the „compliance” problem with special endeavour to disclose the cause

of any „non compliance”. It is regarded necessary to develop a mathematical model suitable for the treatment of the item.

Dr. Vincze Z.: *Über die „Patient-Compliance”*

Eine der grundlegenden Voraussetzungen der erfolgreichen Behandlungen von chronischen Krankheiten ist das Befolgen der ärztlichen Vorschriften. Der Verfasser betont die Wichtigkeit der „Compliance“-Frage, mit besonderer Hinsicht auf die Aufklärung der Gründe von „non-Compliance”. Die Ausarbeitung eines mathematischen Modells scheint notwendig zu sein.

★ *Resumo en Esperanto:*

D-ro Z. Vincze: *Pri la kooperado-volonteco de la pacientoj (Pri la demando „compliance” — „non-compliance”)*

Unu el la bazaj kondiĉoj de sukcesa kuracado de la kronikaj malsanoj estas tio, ke la paciento komplete plenumu la por li preskribitajn kuracistajn instrukciojn. La aŭtoro alvokas la atenton al la graveco de la demando „compliance”, ĉefe konsiderante la malkovron de kaŭzoj de la „non-compliance”. Al ĉio ĉi la aŭtoro pensas necesa prilabori konvenan matematikan modelon.

(*Semmelweis Orvostudományi Egyetem, Egyetemi Gyógyszertára Budapest, Hőgyes E. u. 9.—1092*)

Érkezett: 1983. IV. 22.

A HASONLÓ IRÁSÚ VAGY HANGZÁSÚ GYÓGYSZERNEVEK

H. McNulty és P. Spurr: *Pharm. J.* 229 (6205), 686—688 (1982).

Bevezetőként utal arra, hogy már két évvel ezelőtt közzétették az első ilyen jellegű listát, de hasonló jegyzéket az észak-amerikai és az ausztrál szakirodalomban is lehet találni. Ezt is felhasználták a szerzők jelen közleményük adatainak kidolgozásához. Az *I. táblázat* — két oszlopban — a hasonló hangzású gyógyszerek neveit tartalmazza, páronként; ezek száma kb. 300. Valóban csak a gyakorlat adhat útmutatást, hogy egészen eltérő írású (más betűvel kezdődő) gyógyszernevek is összecszerelődést okozhatnak (pl. ANOVLAR-MINOVLAR, vagy CIMETIDIN-AMANTIDIN). A *2. táblázat* szótagokat (elő- és utótagokat) tartalmaz; az ezekre való különös figyelem ráirányítását ajánlják. Pl. több, mint 30 szernek a neve végződik — olol szóval (a béta-blokkolóknál). Ezért nagy figyelmet kell fordítani arra, hogy ne keveredjenek össze a különböző nemzetközi szabad névvel bíró gyógyszerrendelések. Végül a *3. táblázat* egy tucat olyan névpárt sorol fel, ahol a hasonlóság (hangzásban is) minimális, mégis történt már velük csere; ezt a táblázatban a párok mellé rendelt irodalmi hivatkozás alapján közlik (pl. PRIMOLUT-PRIMOTESTON). A tévedések ellen az orvosokkal való szorosabb együttműködés nyújthat védelmet (1051).

Kempler

A KÖZFORGALMÚ GYÓGYSZERTÁRI GYÓGYSZERÉSZ SZEREPE A GYÓGYSZERISZERTÉSBEN

N. C. Morrow: *Pharm. J.* 229 (6206), 719—723 (1982).

A szerző arról az értékes munkáról számol be, amelyet Észak-Írországból végeznek a gyógyszerészek ezen a munkaterületen. Az ennek a ténynek a megállapításához szükséges előzetes felmérést postai úton továbbított kérdőívek adatainak az értékelése útján végezték. Megvizsgálta, milyen irodalmi forrásokra támaszkodik az irányító munkájában a gyógyszerész és hogyan használja fel ezeket a forrásokat. A felhasználás egyrészt a betegek, másrészt az egészségügy

egyéb szervei, képviselői irányába történik. Megvizsgálta azt is, mennyire érdekelt a gyógyszerész e tevékenységében. A beérkezett 131 értékelhető válasz csak 26,3 %-át képviseli a kiküldött íveknek; az ebből származó adatok és levont következtetések alapján készült a dolgozat. Öt táblázat mutatja be azt, hogy honnan származnak a válaszok (város, falu, munkahely, önálló vagy üzletlanc, forgalom mérete, hány gyógyszerész dolgozik az adott gyógyszertárban, mikor szerezte meg oklevelét). A *6. ill. 7. tábla* az alkalmazott irodalmi forrásokról ad tájékoztatást. A *8., 9. és 10. tábla* az ismeret felhasználásának módjáról, ill. gyakoriságáról tájékoztat. A szerző számos következtetést von le a sokféle módon csoportosított adatokból; ezt megkönnyíti a *11. táblázatban* összefoglalt, az érdekeltektől származó vélemény (1052).

Kempler

A GYÓGYSZERRENDELÉS ÉRTÉKELÉSE A GYÓGYSZERÉSZEK ÁLTAL

W. B. J. Mens és J. R. Jonkers: *J. clin. hosp. Pharm.* 7 (4), 275—280 (1982).

A tanulmány három holland orvos gyógyszerrendelését elemzi 1975 és 1978 között; nem kábító fájdalomcsillapítók és gyulladáscsökkentők vonatkozásában. A felmérés Uithoorn városában történt. Összesen 15 500 vényt dolgoztak fel; ezek mindögyikét biztosított betegek számára rendelték 1975, illetve 1978 január, április, július és szeptember hónapban. A városnak kb. 20 ezer lakosa van. A három orvos közül az egyikre 2000, a másikra 1700, a harmadikra 1800 beteg jut. A felmérés eredményeit táblázatokban, valamint grafikus ábrázolások útján mutatják be. Megadják a vizsgált készítmények (vegyületek) DDD értékét is. Jelentős következtetések nem vonhatók le; maguk a szerzők is azt állapítják meg, hogy a vizsgált gyógyszerhatástani csoportokban az odatartozó gyógyszerrendelések előfordulásának gyakorisága nem tért el jelentősebben a Hollandia más területein vizsgált, hasonló felmérések irodalomban közölt adataitól. Az a megállapítás, hogy januárban több fájdalomcsillapítót rendeltek, mint az év többi — vizsgált — hónapjában, szinte természetes (1053).

Kempler